



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Sammenhenger mellom ensomhet og hjemmeboende personer over 80 år

Arne G. L. Paulshus
Master i folkehelsevitenskap

Forord

Med denne masteroppgaven avslutter jeg 4 lærerike år som deltidsstudent på master i Folkehelsevitenskap ved NMBU. Jeg hadde sett frem til å bruke mer tid på campus Ås med sine grønne flotte omgivelser, men smitteverntiltak knyttet til covid-19 pandemien endret hverdagen for oss alle. Det har gitt noen utfordringer og utsettelse i prosessen med masteroppgaven. Samtidig har tiden vi er inne i forsterket min motivasjon til tematikken og folkehelsevitenskap.

Jeg har mange å takke med alt en videreutdanning i «voksen» alder fører med seg. Først og fremst - tusen takk til min veileder i Geir Aamodt. Din fleksibilitet og støtte viser at folkehelsevitenskap er mer enn bare en jobb. Din faglige integritet, omgjengelighet og evne til å tenke analytisk vekket min interesse fra første forelesning. Dessuten har du gitt meg en større forståelse av fag og politikk. Jeg håper og tror det har gjort meg sterkere rustet i møte med fremtiden. Jeg må også rette en stor takk til min arbeidsgiver i Vestby kommune som har gitt meg mulighet til faglig påfyll. Tilliten til å utvikle metoder i arbeidet med forebygging og helsefremming blant eldre helse har utvilsomt bidratt til valget av tema og metode i denne masteroppgaven. Takk også til alle medarbeidere og jobbrelaterte kontakter/relasjoner i arbeidslivet – når alt kommer til alt underbygger det viktigheten av både kvalitative og kvantitative tilnærminger.

Jeg må også få takke mange rundt meg. Modern og fadern - hverdagen hadde ikke gått opp uten dere. Min medstudent Lars for mange samtaler om oppgaven og livet, og andre medstudenter. Tusen takk også til min kamerat Erik. Vår «kohort» har for meg betydd mye i tider med mindre sosialisering. Jeg ser frem til å fortsette reisen med utvidet horisont og mange nye redskaper i verktøykassen.

Arne G. Paulshus, Ås, 2021

Sammendrag

Bakgrunn:

Temaet for denne masteroppgaven er forekomst og kartlegging av forklaringsvariabler knyttet til ensomhet og eldre hjemmeboende personer over 80 år. Norges befolkning er forventet å få flere eldre enn yngre i løpet av neste tiårsperiode. Ensomhet er forbundet med økt risiko for en rekke sykdommer og tidlig død. Gjennom reformen *Leve hele livet* forsøkes det å tilrettelegge for et mer aldersvennlige samfunn. Samtidig er de eldste i samfunnet blant de mest ensomme i befolkningen. For å kunne redusere ensomhet må vi vite mer om hva som gjør at de eldre er ensomme.

Formål:

Formålet med denne oppgaven er å få økt kunnskap om sammenhenger mellom hva som gjør de eldre er ensomme, og hvilke metoder som brukes for å måle ensomhet. Ved å få større innsikt i slike sammenhenger kan vi utvikle et inkluderende samfunn for alle aldersgrupper.

Metode:

Studiedesignet for masteroppgaven er tverrsnittstudie. Studien tar utgangspunkt i datasett fra Levekårsundersøkelsen helse 2015, som er en spørreundersøkelse fra et tilfeldig utvalg i befolkningen. Utvalgte variabler blir koblet til avhengighetsutfallet ensomhet. I analysene blir det benyttet statistiske metoder og lineære regresjoner.

Hovedfunn:

Resultatene viser en positiv signifikant sammenheng mellom forklaringsvariabelen, god egenvurdert helse, og ensomhet, men forsvinner i justert analyse. Hverken det direkte spørsmålet knyttet til ensomhet eller bruk av flere indirekte spørsmål knyttet til ensomhet, finner sikre sammenhenger av forklaringsvariabler mellom ensomhet og eldre hjemmeboende personer over 80 år.

Konklusjon:

Resultatene i denne masteroppgaven tilsier at ensomhet er et komplekst forskningsspørsmål. Oppgaven klarer ikke å vise til kompleksiteten av mulige forklaringsvariabler til spørsmålet om ensomhet blant hjemmeboende personer over 80 år.

Abstract

Background:

The topic of this master`s thesis is occurrence and mapping explanatory variables related to loneliness and older people living at home over 80 yeras of age. Norwegian population is expected to have more older than younger people during the next ten-year period. Loneliness is associated with an increased risk of a number of diseases and early death.

Through the reform *Live your whole life* an attempt to facilitate a more age friendly society. At the same time, the oldest elderly are among the loneliest in the population. In order to reduce loneliness, we need to know more about what makes elderly lonely.

Purpose:

The purpose of this thesis is to gain increased knowledge about the relationship between what makes the elderly lonely, and what methods are used to measure loneliness. By gaining greater insight into such relationships, we can develop an inclusive society for all age groups.

Design:

This master`s thesis applies a cross- sectional study. The study is based on data set from the Norwegian Living Conditions Survey 2015, which is a survey from the people a sample of the population. Selected variables are linked to the loneliness as a outcome. In the analyze, statical methods an linear regressions are used.

Main findings:

The results show a positive significant relationship between the explanatory variable, good self assessed health, and loneliness, but disappear in adjusted analysis. Neither the direct question related to loneliness or the use of several indirect questions related to loneliness find reliable relationships of explanatory variables between loneliness and older people living at home over 80 yeras of age.

Conclusion:

The results of this master` thesis indicate that loneliness is a complex research question. The thesis fails to refer to the complexity of possible variables to the question of loneliness among people living at home over 80 years.

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord	1
Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Tabeller og grafer	5
1. Innledning	6
2. Bakgrunn	9
2.1 Hvem er eldre?.....	9
2.1.2 Hvem er de hjemmeboende eldre?.....	10
2.1.3 Ensomhet i verden og i Norge	12
2.1.4 Hva er ensomhet?.....	13
2.1.5 Måle ensomhet	14
2.1.6 Emosjonell ensomhet og sosial ensomhet	15
2.1.7 Reformen <i>Leve hele livet</i>	16
3. Problemstilling	18
4. Studiedesign og metode	20
4.1 Design	20
4.2 Datagrunnlag og utvalg.....	20
4.3 Spørreskjema data.....	20
4.4 Oppgavens kausale graf.....	21
4.5 Omkoding av variabler	22
4.6 Statistiske analyser.....	26
4.7 Forskningsetiske vurderinger.....	27
5. Resultat	27
5.1 Presentasjon av resultatet.....	27
5.2 Beskrivelse av utvalget (konfundere)	27
5.3 Beskrivelse av utvalget mhp. forklaringsvariabler	29
5.4 Beskrivelse av logistisk regresjon tabell 3.....	30
5.5 Beskrivelse av lineær regresjon emosjonell ensomhet tabell 4	32
5.6 Beskrivelse av lineær regresjon sosial ensomhet tabell 5.....	33
6. Diskusjon	35
6.1 Oppsummering av resultater	35
6.2 Oppsummering av tidligere forskning	36
6.3 Oppgavens resultater vs. tidligere forskning	38
6.3.1 Styrker og svakheter	38
6.3.2 Konfundere	41
6.3.3 Frafall og seleksjonsskjevheter	42
6.3.4 Informasjonsskjevhet	43
6.4 Oppgavens resultater sett i lys av reformen <i>Leve hele livet</i>	43
7. Konklusjon	44
8. Referanseliste	45
9. Vedlegg	48
9.1 NSD Godkjenning	49

Tabeller og grafer

Tabell a Innsatsområder <i>Leve hele livet</i> og spørsmål fra Levekårsundersøkelsen	s. 19
Oppgavens kausale graf	s. 21
Tabell b Emosjonell ensomhet	s. 23
Tabell c Sosial ensomhet	s. 23
Tabell 1 Konfundere	s. 28
Tabell 2 Forklaringsvariabler	s. 29
Tabell 3 Regresjonsanalyse dikotom	s. 31
Tabell 4 Lineær regresjon emosjonell	s. 33
Tabell 5 Lineære regresjon sosial	s.34

1. Innledning

Denne oppgaven handler om sammenhenger mellom eldre og ensomhet. Norges befolkning er forventet å få mange flere eldre i årene fremover, og spesielt blant de eldste eldre over 80 år (SSB, 2020). Samtidig er det mange som ønsker å bo og være alene (Halvorsen, 2008), og de siste tiårene har det vært en sterk tendens til at flere bor alene (Keilman, 1994) hvor Norge er blant de landene i verden hvor flest bor alene. Det negative aspektet til det å være alene er sterkt knyttet til ensomhet og isolasjon. Samtidig ser en antydning til at det er de unge og de eldste eldre i samfunnet som peker seg ut som de meste ensomme (Barstad & Sandvik, 2015), og ut ifra nasjonal politikk knyttet til befolkningens helse, peker demografiske variasjoner og tilgang til helsetjenester seg ut som komplekse samfunnsutfordringer (Meld. St. 15, 2017-2018).

Ifølge Barstad & Sandvik (2015) regnes så mange som 45% av personer over 80 år som ensomme. Når andelen over 80 år er ventet å stige markant i hele landet i de neste tiårene (SSB 2020a) vil ensomhet bli en faktor vi i økende grad må forholde oss til. Siden ensomhet er sterkt knyttet til redusert livskvalitet, alvorlige sykdommer og tidligere død, vil en økning av eldre og antall ensomme gi en økning også for disse «belastningene» for samfunnet (Lasgaard, Friis, & Shevlin, 2016).

Ifølge forskning kan ensomhet kan føre til tidlig død og ensomhet gir også risiko for en rekke hjerte- og karsykdommer (Holt-Lundstad, et al, 2015, Persinotto, 2011). Hos den eldre pasient, og spesielt eldre med redusert reservekapasitet, vil flere sykdommer forverre og forlenge rehabilitering og livskvalitet, og by på store personlige utfordringer hos den enkelte og for samfunnet. Samtidig viser resultater at ensomhet kan medføre eller forverre plager og tilstander. Forskningsresultater viser også at flere fysiske og psykiske lidelser øker risikoen for ensomhet. (Nicolaisen & Thorsen, 2012)

I følge flere studier på eldre og ensomhet gjort i Norge og sammenlignbare land i Europa (Hansen & Slagsvold, 2016); (Dykstra, 2009); (Barstad & Sandvik, 2015), er det flere demografiske og sosiale faktorer som påvirker risiko for ensomhet. Sosioøkonomisk status, sivil status, barn, fødeland, tilgang til formell og uformell helsehjelp, er noen av faktorene som øker risiko for ensomhet enten alene eller i samsvar med andre faktorer. Enkelte

livsfaser, spesielt for de eldste av oss, som bortgang av familie og venner kan også øke sannsynligheten for ensomhet (Nikolaisen & Thorsen 2017).

Egenvurdering av helse og hvilke sosiale relasjoner en har til andre ser også ut til å være variabler å ta høyde for (J. Gierveld, 1998). Andre faktorer som tilgang til førerkort og kollektivtransport (Nordbakke, Phillips, Skollerud, & Milch, 2020), forståelse av teknologi (Le, Finbråten, Pettersen, Guttersrud, & Joranger, 2021) og egen privatøkonomi (Barstad & Sandvik, 2015) er også assosiasjoner av hva andre har studert og kartlagt knyttet til livskvalitet og ensomhet. Som flere forskere fremhever i sine analyser er det forskjell på å være alene og det å være ensom (Halvorsen, 2008; Barstad, 2015). Det kan også se ut til at helsevesenet og enkelte politikere tegner et litt overdrevet bilde av den faktiske virkeligheten (Jakobsen, 2019).

Nasjonalt har det de siste tiårene vært økende fokus på de eldre, deres livssituasjon og behov for helsehjelp. Befolkningsprognoser viser at Norge allerede i 2030 vil få flere eldre enn yngre. (Meld. St.19. (2018-2019); Meld. St. 19 (2014-2015)). Dette får innvirkning på den formelle helsehjelpen fordi det ikke ser ut til å bli rekruttert nok helsearbeidere. Spesielt i distriktene er det allerede mangel på helse- og omsorgsarbeidere som i stor grad er ment å utøve sine tjenester til eldre (Helsedirektoratet, 2018); (Helse- og omsorgstjensteloven, 2011). Foruten mål om å være blant landene i verden med høyest forventet levealder, fastsatte regjeringen også mål om flere år med bedre levevilkår (Meld. St. 19, 2016); (Folkehelsemeldinga 2019). Det er et uttalt mål å utjevne sosiale helseforskjeller (Helsedirektoratet 2019) og det tillegges stor vekt på å kartlegge risikofaktorer og legge til rette for gode, trygge liv på alle samfunnsnivåer (Folkehelseloven 2012). Til dette trengs relevante datagrunnlag og forskning på tvers av sektorene for å kartlegge kompleksiteten av de ulike faktorer som påvirker den fysiske - og psykiske helsen blant eldre. For å imøtekomme forventede utfordringer er det satt i gang flere politiske grep

Reformen *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017–2018)) er en samling av tidligere helsereformer og utfordringer som er sterkt forbundet mot eldre og ensomhet (Meld. St. 15 (2017-2018)) Reformen tar for seg de områder hvor en ser at det svikter mest i tilbudet til de eldre; mat og måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp, og sammenheng i tjenestene. I tillegg står et aldersvennlig Norge som et eget punkt i form av fysisk tilrettelegging. I reformen vektlegges ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon, som ved tap av partner, endret

helsetilstand og funksjonsnivå. Jeg vil i denne oppgaven ta utgangspunkt i reformen *Leve hele livet* og inkludere mange mulige faktorer som kan påvirke ensomhet. Slik vil jeg få fram samspill av faktorer og kompleksiteten i vårt overordnede mål om å redusere ensomhet blant hjemmeboende personer over 80 år.

Det er utfordrende å forske på ensomhet i samfunnet. Ensomhet er fortsatt et samfunnsområde som kan være et tabubelagt blant mange (Nilsson, Lindström, & Nåden, 2006). Graden - og utbredelsen av ensomhet er sprikende viser tidligere forskning hvor periodevise livsfaser kan være mer naturlig enn andre (Halvorsen, 2008; Barstad, 2015). Det ser derfor ut til at det er stort behov for ytterligere forskning på området, og målet med oppgaven er å tette dette forskningsgapet. Ved å benytte direkte og indirekte spørsmål vil jeg i denne oppgaven kartlegge forekomsten og sammenhenger mellom hva som gjør at de eldre er ensomme gjennom en rekke forhold som kan påvirke risiko for ensomhet. Designet er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse, og jeg vil benytte data fra Levekårsundersøkelsen 2015 som datagrunnlag, som viser et tilfeldig utvalg blant hjemmeboende personer over 80 år fra hele Norge.

2. Bakgrunn

2.1 Hvem er eldre

Denne oppgaven undersøker ulike sammenhenger mellom eldre og ensomhet. Studier på fysisk - og sosial helse har fra tidligere forskning vist å være et effektivt middel i målsettingen om bedre helse i befolkningen. Innenfor helsevitenskapen er det tradisjonelt forsket mest på ytre eksponeringer, men deler av folkehelsevitenskapen tar også for seg læren om befolkningens helse og ulike forhold som vi på individnivå på ingen - eller svært liten grad kan gjøre noe med, som alder, kjønn og oppvekststed (Dahlgren & Whitehead, 1991);(Webb, Bain, & Page, 2017). Virkningene av de mange andre forklaringsvariablene har fått økt oppmerksomhet for å redusere ensomhet (Helsedirektoratet, 2019; Meld. St. 15 (2017–2018))

Definisjon av eldre har tradisjonelt vært forbundet med overgangen fra yrkesliv til pensjonisttilværelse. Årsaken til kategoriseringen er ikke helt kjent, men definisjonen av begrepet *eldre* kan ha opphav fra den tidligere rikskansler prins Otto von Bismarck (1815-1898) i Tyskland. Forventet yrkesaktiv alder ble regnet opp til 65 år, mens tiden i livet fra pensjonsutbetaling etter yrkesaktive karriere ble karakterisert som eldre. Levealder var den gangen betydelig lavere sammenlignet med forventet levealder i dag. Den tradisjonelle definisjon av begrepet eldre er endring (Orimo et al., 2006). Datidens begrep om yrkesaktivt liv og pensjonsalder er betegnelsen på eldre-begrepet som er lite passende for hva vi kjenner til i dag.

Behovet for arbeidskraft til utviklingen av den norske velferdsstaten kan også ha gitt økt oppmerksomhet på definisjonen på eldre. I følge Folketrygdloven (1997) og senere ikrafttredelse av ny pensjonsreform (Regjeringen, 2011) gjøres det et skille på når og hvor lenge du kan stå i arbeid. Samtidig som pensjonsalderen ble satt ned på 1970-tallet, er det likevel flere som står lenger i arbeid i dag. Yrkesaktiviteten blant eldre har økt i årene etter pensjonsreformens innføring i 2011, ikke minst i aldersgruppen 62-66 år. Over halvparten av 63-åringene var i arbeid i 2016. Blant 69-åringene er andelen 14 prosent. (Meld. St. 15 (2017–2018)) (Nordby & Næsheim, 2016).

Aldersstatistikker fra Statisk sentralbyrå er på mange måter med på å definere eldre-begrepet

(SSB, 2020a), hvor det fremkommer at andelen av de eldste eldre øker.

Helsedirektoratet bruker ofte alderen 67-79 år som definisjon på eldre, og 80 år og oppover på de eldste eldre (Helsedirektoratet 2019b). Det er uansett hevet over enhver tvil at økningen av den eldre del av befolkningen har steget i høyutdannede land som Norge (UN data, 2020) , og spesielt andelen som blir over 80 år. (SSB, 2020a). Avansert medisinsk og helsefaglig forskning har endret på svært mye av samfunnsutviklingen i flere høyinntekstland som Norge (Storeng et al., 2021) Derfor blir også andel over 80 år ofte kategorisert som de eldste eldre i dag (Bondevik & Skogstad, 1998), (Helsedirektoratet, 2016).

Helsebegrepet defineres av WHO som fysisk - sosialt og mentalt velvære og ikke bare som fravær av sykdom og lidelse (World Health Organization, 2018, 30. mars). Fysisk funksjon og sosiale relasjoner er derfor også faktorer på hva som blir definert som eldre. Sivilstand og subjektive oppfatninger om relasjoner til familie og venner, og evne til å bruke egne ressurser i relasjon med andre utgjør også en definisjon av hvordan samfunnet kan definere eldre (Wagner, et al, 1999). Økende fysisk aktivitet og sosialt aktivt liv samt evnen til å klare seg selv i hverdagen, kan også gi et bilde av hvem som defineres som dagens eldre i Norge.

2.1.2 Hvem er de hjemmeboende eldre?

En liste utarbeidet av FN årlig setter Norge på en 11. plass i for levealder i verdenssammenheng (UN data, 2020). Sveits og Japan ligger øverst med en gjennomsnittlig forventet levealder, uansett kjønn, på 84 år. I Norge er levealder for kvinner gjennomsnittlig 84 år, mens menn på 80 år. Høyere levealder medfører at flere lever med ulike sykdommer samt fravær av ulike sykdomslidelser, og hvor samfunnet har en oversikt over de eldste (Storeng et al., 2021) Den forventede gjennomsnittlige levealderen samlet for begge kjønn er i Norge pr i dag 82 år (UN data, 2020).

Eldre pasienter har i snitt mellom 4 og 8 diagnoser og redusert reservekapasitet, det vil si de trenger lengre tid til å rehabilitere sykdom enn yngre pasienter. Flere diagnoser forsterker sykdomsbildet, og stiller høye krav til rett helsehjelp. Samtidig er det mange andre påvirkningsfaktorer for eldres helse, og dette har konsekvenser for hvordan vi innretter samfunnet på for å gi best mulig helsehjelp. Mange eldre hjemmeboende i Norge har ikke behov for jevnlig helsehjelp, og de lever lange og selvstendige liv (Storeng et al., 2021) (Meld. St. 15 (2017–2018)). Andre har behov for jevnlig helsehjelp, som defineres som

kommunale vedtak på hjemmesykepleie eller institusjonsplass. Innbyggernes behov for helsehjelp vil endre seg og derfor vil tiltak oftere differensieres i tidsintervaller for å ta høyde for disse endringene (Helse- og omsorgstjensteloven, 2011) Hendelser som lårhalsbrudd, ny livsfase eller tap av førerkort er bare noen av disse faktorene som kan endre hvordan den eldre opplever sin fysiske og psykisk helse (Birkeland & Natvig, 2009; Steptoe, Deaton, & Stone, 2015).

Ekteskap og barn har konsekvenser for uformell omsorg og dette ble studert i en svensk kvalitativ studie (Larsson & Silverstein, 2004). En gruppe personer over 81 år og eldre ble fulgt opp med den hensikt å studere hvilke effekter ekteskap og barn har. Ut ifra deres resultater hadde de ugifte og barnløse mindre sannsynlighet for å motta uformell sosial støtte i alderdommen enn de som var, eller hadde vært gift, og hadde barn. Et annet interessant funn var at gruppen barnløse også fikk mer tidsbegrenset formell helsehjelp. Det kan se ut som betydningen av de nære relasjonene en har med sine nærmeste er viktige faktorer for å redusere ensomhet, å få utbytte av helse- og omsorgstjenester hvis behovet skulle komme. Faren for å bli sosialt isolert gjennom mangel eller tap av relasjoner kan også være utfordrende ved digitale endringer i samfunnet (Nicolaisen & Thorsen (2014). Samtidig viser studier fra andre land at eldre ugifte kvinner også er selvstendige selv uten familie (Connidis & McMullin, 1992).

Resultater fra en eldre studie gjort av Beland (1984) ønsket å teste hypotesen om hvorvidt nedsatt fysisk funksjon i alderdommen medvirket til endret boforhold. Det viset seg at boforhold, samliv med barn og sykdom var viktigere enn nedsatt fysisk funksjon for eldre. Studien fra 80- tallet kan ha vært et fremskritt til nyere forskning og forhold en kjenner til i dag. Å bo alene med formell helsehjelp er ikke nødvendigvis ensbetydende med ensomhet i alderdommen. En internasjonal studie undersøkte kvalitativt hvordan eldre pasienter som bor alene, takler alderdom. Studien deres viste at de eldre pasientene taklet livssituasjonen ved anerkjennelse, som aktiviteter uten fysiske krav. Samtidig fant studien at noen av de eldste eldre i større grad resignerer, og trenger ekstra støtte av helsepersonell, selv om de er hjemmeboende (Birkeland & Natvig, 2009).

Statistisk sentralbyrås prognoser viser at vi blir flere aleneboende (SSB,2020b), flere er barnløse og vi får også færre barn enn tidligere. I følge Stambøl (2013) bor også flere med lengre avstander til sine voksne barn, blant annet som en konsekvens av at flere kvinner tar

høyrere utdanning i storbyene med utdanningsinstitusjoner, mens særlig eldre menn «sitter igjen» i mindre- og små distriktskommuner. Betydningen av uformell omsorg, som vennskap gjennom livet virker å være betydningsfullt gjennom livet (Rawlins, 2004; Nikolaisen & Thorsen, 2017).

2.1.3 Ensomhet i verden og i Norge

Verdens økonomiske forum la i 2019 fram rapporten Global Risks Report 2019. Rapporten er et resultat av en stor global undersøkelse hvor beslutningstakere i offentlig og privat sektor, utdanning og sivilsamfunnet har deltatt. Foruten blant annet klimaendringer er helse og velferd områder det rettes det søkelys på, hvorav isolasjon og ensomhet trekkes frem. Særlig i tettbefolkede land og store stater, inkludert høyinntekts land i Europa flere aleneboende. Eksempelvis i Frankrikes hovedstad, Paris, lever 50 % av befolkningen alene, mens i Stockholm lever hele 60 % av befolkningen alene (World Economic Forum, 2019).

Rapporten til World Economic Forum (2019) antyder at urbanisering i befolkede land som Japan kan være årsaken til at flere flytter fra familie og venner. Av japanere sier 16 % av de eldre over 60 år at de har ingen å henvende seg til når de virkelig trenger det. I Storbritannia kommer det frem at antall nære venner har sunket fra 3 til 2 personer. Blant personer over 80 år og eldre i Norge bor de fleste i privathusholdning (210 000 personer), mens 16 000 bor i omsorgsbolig og sykehjem. Over halvparten av privathusholdningene over 80 år er aleneboende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Utviklingen ser dermed ut til å gå i en retning. I følge Keilman utgjorde aleneboende i Norge i 1990 38 prosent av alle private husholdninger. Prognosene den gang estimerte at det i 2020 ville være 44 prosent aleneboende. I 1990 var det 34 prosent av alle aleneboende 65 år eller eldre. Tilsvarende prognoser i 2020 regnet med en andel eldre aleneboende på 41 prosent (Keilman, 1994). Oppdaterte tall i dag fra den tidens prognoser samsvarer delvis. Andelen aleneboende har økt, men en ser samtidig at det er store demografiske forskjeller, og det er de yngre og eldre som utgjør majoriteten av aleneboende. (Statistisk sentralbyrå, 2020) (Prognosesenteret, 2020). I følge Dykstra (2009) har ikke forekomsten av ensomhet økt de siste tiårene. Som en del av en større internasjonal studie utført på befolkningen i deler av Europa var deres hovedfunn at ensomhet kun gjaldt de eldste, og at ensomhet ikke har økt blant land i Nord-Europa (Viktor et al 2002); (Hansen & slagsvold, 2016).

I Storbritannia ble Tracey Crouch landets første ensomhetsminister i 2018. Tilsvarende ministerpost fikk Japan i 2020 ved Tetsushi Sakamoto. Norge har per dags dato kun helseminister, men har de seneste årene politisk også regjert med både helseminister og folkehelse- og eldreminister. Våren 2020 endret regjerende Regjering sammensetning og opererer nå kun igjen med helseminister. Fra 2020 har Norge et eget Eldreombud som skal ivareta alle eldre sine interesser (Eldreombudsloven, 2020).

2.1.4 Hva er ensomhet?

Halvorsen definerer ensomhet som en subjektiv følelse, knyttet til lengsel etter andre, følelsen av å være sviktet, avvist eller utenfor fellesskapet. (Halvorsen, 2005, s. 42). En annen definisjon av ensomhet er menneskets subjektive oppfatning av en selv og omgivelse hvor det er et uønsket gap mellom de sosiale relasjoner ett menneske ønsker og mottar (Perlman & Peplau, 1981). Ensomhet kan i denne sammenheng være i betydning av social støtte hvor kontakt med andre mennesker og gode relasjoner oppstår. Det motsatte av ensomhet kan ses på å være sammen med andre mennesker (Barstad & Sandvik, 2015). På den annen side er ikke det å være alene det samme som å være ensom (Thorsen & Clausen, 2009, (Cornwell & Waite, 2009). Ensomhet kan oppstå eller vedvare over lenger tid selv når du er i kontakt med andre mennesker. Ensomhet kan derfor også ses som en mer eksistensiell emosjonell tilværelse hvor du som individ er ensom (de Jong Gierveld, 1998; Haraldsen 2015).

Ensomhet beskrives som svært komplekst område, som til dels kan forklares med adferden vi utøver. Eldre forskning bekrefter at antall sosiale bånd og nettverksstørrelse samsvarer med positiv helseatferd, mens isolering fører til negativ helseatferd (Hibbard, 1988; Langlie, 1977). Hvordan en lever sitt liv virker dermed fra tidligere forskning å være betydningsfullt for risikoen for å være emosjonell ensom, sosial ensom, eller begge deler (Nikolaisen og Thorsen 2017). Samtidig er det forskning som også viser at mulige forklaringsvariabler av ensomhet kommer delvis av arv og en rekke miljøfaktorer (Stephoe et al., 2015).

Felles for de fleste teorier og forskning er at ensomhet er en plage, og ikke en sykdom (Nikolaisen & Thorsen 2012). Ensomhet er igjen tidsbegrenset og kan komme og gå. For noen kan et lite, sosialt nettverk føre til følelse av ensomhet, mens det for andre kan være tilstrekkelig med få relasjoner (Cornwell & Waite, 2009). Noen oppsøker også ensomhet på eget initiativ, en såkalt frivillig ensomhet (Nilsson & Nåden, 2006). Derfor kan det være virke

som at det er et skille mellom opplevd/indre ensomhet og faktisk/frivillig ensomhet (Barstad & Sandvik, 2015). Ensomhet kategoriseres som mental helse, samtidig er ensomhet også knyttet til fysisk helse. Et skille i samfunnsmedisinen er mellom psykisk lidelse og plage hvor lidelse er forbundet med en diagnose diagnostisert av autorisert helsepersonell, eksempelvis angst og depresjon, mens en plage beskrives som en tilstand uten diagnose. (Wyller 2015). Derfor kan ensomhet være årsak til og en konsekvens av både mental og fysisk helse. Det er forventet at de fleste vil oppleve en eller annen form for ensomhet flere ganger i løpet av livet, på grunn av endrede livssituasjoner, som tap nære relasjoner (de Jong Gierveld, Van Tilburg, & Dykstra, 2006). Nyere studier fremhever derfor også at det er *følelsen* av å kjenne seg ensom som er skadelig, (Lasgaard et al., 2016).(Perissinotto, Cenzer, & Covinsky, 2012).

2.1.5 Måle ensomhet

Omfang av ensomhet kommer an på hvordan ensomhet måles. Det tradisjonelle er å studere hyppighet, varighet, utbredelse over tid eller hvor eller sterkt dyptfølt den er, og en kan spørre direkte eller indirekte (Barstad & Sandvik, 2015; de Jong Gierveld et al., 2006). Når Barstad & Sandvik (2015) oppsummerer tidligere forskning av ensomhet gjort i Norge viser de i hovedsak til studier som er gjort med det direkte spørsmålet knyttet til ensomhet.

Felles for disse er at de er tverrsnittstudier. Levekårsundersøkelsene er grunnlaget for datainnsamling ved de fleste tidligere studier av ensomhet på norske forhold. Et enkeltstående spørsmål om ensomhet, om en har vært plaget av følelser av ensomhet de siste 14 dager, har blitt stilt som en del av spørsmålsbatteriet HSCL-25 i levekårsundersøkelsene om helse siden 1998 (Barstad & Sandvik, 2015, s.73). På bakgrunn av få spørsmål til tematikken er det derfor også andre metoder å kartlegge ensomhet på. Tidsaspektet er også forbundet med ensomhet, det vil si hvor ofte en opplever ensomhet (Thorsen & Claussen, 2009; Nikolaisen & Thorsen, 2014, Barstad 2000). Med bakgrunn i alle tverrsnittstudier er det også gjort tilsvarende analyser av sammenhenger på ensomhet ut ifra alder, kjønn, demografi og sosioøkonomisk status som husholdningsinntekt og utdanning.

Av indirekte måleinstrumenter er det i hovedsak to kjente i litteraturen, hvor den ene er de Jong Gierveld ensomhetsskala (de Jong Gierveld et al., 2006), og den andre er UCLA Loneliness Scala (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Kjennetegn ved de Jong (et. al 2006) og UCLA Loneliness Scale er bruken av indirekte spørsmål. Det vil si at ensomhet måles med spørsmål som ikke åpenbart forbindes med ensomhet for respondentene; variablene er på en

måte litt «gjemt» i datagrunnlaget (latent variabel). Som de Jong Giverveld scale er også UCLA Loneliness scale tilpasset større levekårsundersøkelser. De opprinnelige 20 spørsmålene er moderert til tre og fire spørsmål, som blant annet Nicolaisen & Thorsen (2012) har benyttet. Spørsmålsformuleringen vektet positivt og negativt. Når de Jong (et al, 2006) beskriver et positivt spørsmål gjør hun det eksempelvis slik: «det er mange mennesker jeg kan stole på hvis jeg får problemer», mens et negativt ladet spørsmål beskrives: «jeg føler meg ofte avvist» (Gierveld et al, 2006, s.124).

Som det fremkommer av Barstad & Sandvik (2015) er det få andre norske studier som bruker andre metoder enn tverrsnitt som datagrunnlag. Det finnes derimot noen unntak, som når Nicolaisen & Thorsen (2014b) brukte oppfølgingsstudier. Panelundersøkelse blir en form for kvantitativ metode, men hvor samme målgruppe blir fulgt opp over tid med samme type spørsmål (Haraldsen, 1999). Nicolaisen & Thorsen (2014b) kartla over flere år mulige forklaringsvariabler på insidensen av ensomhet. Insidens av ensomhet i denne sammenheng vil si at det samme utvalget ble spurt om de samme spørsmålene, hvor formålet var å kartlegge ikke-ensomme til å ensomme. Utvalget i alderssammensetningen var i den norske befolkningen opp til 80 år

2.1.6 Emosjonell ensomhet og sosial ensomhet

Ifølge studien til Slagsvold & Hansen (2015) er de Jong Gierveld skalen et instrument brukt som mål på emosjonell og sosial ensomhet internasjonalt, inkludert Norge. Selv om skalaen opprinnelig inneholder 11 sosiale variabler er den ofte moderert til total 6, som igjen er summert. Helsen påvirkes også av mange andre faktorer, innen folkehelsevitenskap kalt helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 1991). Det vil si, foruten demografiske og sosiale variabler som alder, kjønn og bosted er det bredt omfang faktorer som påvirker helsen også utenfor helsesektoren. Dette er faktorer som fremmer helse eller øker risiko for sykdom eller lidelse, og i denne oppgaven videre kalt forklaringsvariabler.

2.1.7 Reformen *Leve hele livet*

I Norge brukes ofte *omsorgstrappen* som et bilde på bruk av helse- og omsorgstjenester der hvor folk bor (Helsedirektoratet, 2016);(Helse- og omsorgstjensteloven, 2011). Laveste effektive omsorgsnivå er en trygghetsalarm, mens langtidsopphold på et sykehjem er det høyeste- og samfunnsøkonomisk dyreste nivået. Trinnet før trygghetsalarm er samfunnets samlede innsats gjennom å forebygge. Reformen *Leve hele livet* er en kvalitetsreform som i større grad tar hensyn til mennesket framfor systemet. Styringen av de nederste omsorgstrinnene er vesentlig for å imøtekomme den eldre befolkningen (2017-2018). Det å redusere ensomhet er ett av mange mål i det store komplekse bildet, både som i den forebyggende helsepolitikken, men også samfunnsøkonomisk.

Rapporten eldre i by og bygd (Rogne & Syse, 2017) går i dypet på hva storsamfunnet kan forvente seg i neste tiårsperiode. Høyere levealder og spredt bosetting (SSB, 2020) kan gi større geografiske forskjeller. Rogne og Syse skisserer tre ulike scenarioer av «eldrebølgen» i årene som kommer; *utsatt sykkelighet* – antall friske år øker like mye som antall leveår, *komprimert sykkelighet* –sykeligheten er til stede i en kortere tidsperiode og *forlenget eller utvidet sykkelighet* – sykkeligheten er til stede i lengre tidsperiode enn tidligere (2017, s.194). En aldringsprosess fører ikke nødvendigvis til flere sykdommer, men redusert reservekapasitet. Frem til nå er det en realitet at flere hjemmeboende personer over 80 år lever selvstendig liv i eget hjem, tross sykdom (Folkehelseinstituttet 2014).

I følge en stor internasjonal studie med forskning på de tre ulike scenarioene kan en ikke gi et entydig svar på hvilket scenario Norge eller andre land vil få (Chatterji et al, 2015). Gitt et scenario med *utsatt sykkelighet* kan det virke som at storsamfunnet har en stor oppgave foran seg ved å legge til rette for aktivitet og fellesskap for de som ikke lenger har relasjoner til yrkesliv, og andre positive forklaringsvariabler av ensomhet. Gitt en situasjon med *komprimert sykkelighet* eller *forlenget sykkelighet* kan utforingsbildet til eldre hjemmeboende se annerledes ut. Ifølge tall fra SSB (2015) har det i Norge vært en positiv utvikling med friskere leveår blant de eldre. Samtidig viser andre studier at dagens- og framtidens eldre ønsker å bidra frivillig i samfunnet, under forutsetning at det legges til rette for dette (Haugen og Logstein 2017). Lokale forhold som mat og ernæring, aktivitet og fellesskap og ulike former for helsehjelp virker å være av betydning (Rogne & Syse 2017).

Den innførte reformen *Leve hele livet* ser på hva som er de største utfordringene på dette området i Norge. Helsereformen er rettet mot kommune-Norge hvor virkemidlene ligger i erfaringsutveksling og brukermedvirkning på tvers av alle sektorer i samfunnet. Mange eldre vil leve et langt og selvstendig liv, andre vil ha større behov for helse- og omsorgstjenester på institusjon. Det at andelen og antallet eldre som er 80 år eller mer dobles fram mot år 2040, vil gi en betydelig større andel hjemmeboende personer over 80 år (Meld. St. 15 (2017–2018)). Prognosene peker spesielt på de demografiske utfordringer sammen med variasjoner i formell og uformell helsehjelp. Av de demografiske variasjonene viser det seg også om folk bor spredt i småkommuner eller tett i større distriktskommuner og byer. Som reformen påpeker; Småsteder kan imidlertid også være sårbare på grunn av lange avstander og fraflytting, der unge flytter ut og gamle blir igjen (Meld. St. 15, 2017-2018, s.35).

3. Problemstilling

Målet med denne oppgaven er å kartlegge ensomhet blant eldre og faktorer som påvirker risiko for ensomhet. Jeg har tatt utgangspunkt i reformen *Leve hele livet* når jeg velger de ulike faktorene som påvirker ensomhet. Disse faktorene er forbundet med aktivitet og fellesskap, mat og måltider og helsehjelp. Som en del av området helsehjelp er formell helsehjelp i hjemmet som hjemmesykepleie, og uformell helsehjelp som omsorg og tilsyn fra familie og venner inkludert. Levekårsundersøkelsen ekskludere alle eldre på institusjon og de er dermed ekskludert fra min studie. Ut ifra denne bakgrunnen og tidligere forskning viser det seg at typiske variabler som kjønn, bosted og utdanning er assosiert med ensomhet og de forklaringsvariablene som er nevnt over, og de er derfor inkludert som konfundere for å undersøke ensomhet blant hjemmeboende personer over 80 år.

Denne oppgaven vil avgrense problemstillingen knyttet til ensomhet ut ifra det direkte spørsmålet om ensomhet fra Levekårsundersøkelsen og måleinstrumentet til de Jong Gierveld Scale (de Jong Gierveld et al., 2006). Problemstillingen avgrenses derfor til forekomst og hva som karakteriserer utvalget.

Ut ifra en tenkt kausal graf viser vi en visuell framstilling av problemstillingen. Forklaringsvariabler (B) kan være årsak til utfallet (C) og der vi må ta hensyn til konfundere (A). De valgte forklaringsvariablene er sett i lys av reformen *Leve hele livet*, og innsatsområdene aktivitet og fellesskap, mat og ernæring ulike former for helsehjelp som vist i tabellen nedenfor:

Tabell a: I kolonne 1 viser vi de ulike innsatsområdene fra *Leve hele livet* og andre kolonne er de ulike spørsmålene i levekårsundersøkelsen som svarer til disse innsatsområdene.

Leve hele livet	Forklaringsvariabel/bakenfor
Aktivitet og fellesskap	Frivillig arbeid Hobbyer og interesser Gode venner på bosted! Gåing sammenhengende Gåing i hverdagen Elektronisk sosial kontakt Telefonbruk
Mat og ernæring	Mat
Ulike former for helsehjelp	Egenvurdert helse! Formell helsehjelp Uformell hjelp av slekt Uformell hjelp ikke slekt Sosial støtte (andre viser interesse) Psykisklidelse

På bakgrunn av presentert empiri og strategiske føringer skal følgende problemstilling belyses i denne oppgaven:

Sammenhenger mellom ulike innsatsfaktorer og ensomhet blant hjemmeboende personer over 80 år i Norge

4. Studiedesign og metode

4.1 Design

Designet for denne oppgaven er en tverrsnitts studie. I dette kapitlet vil jeg først presentere studiedesignet for oppgaven. Deretter vil jeg beskrive datagrunnlaget for oppgavens studie, før jeg redegjør for hvilke statistiske analyser som ble gjennomført. Til slutt i dette kapitlet vil jeg beskrive hvilke forskningsetiske vurderinger jeg har gjort i behandlingen av datagrunnlaget.

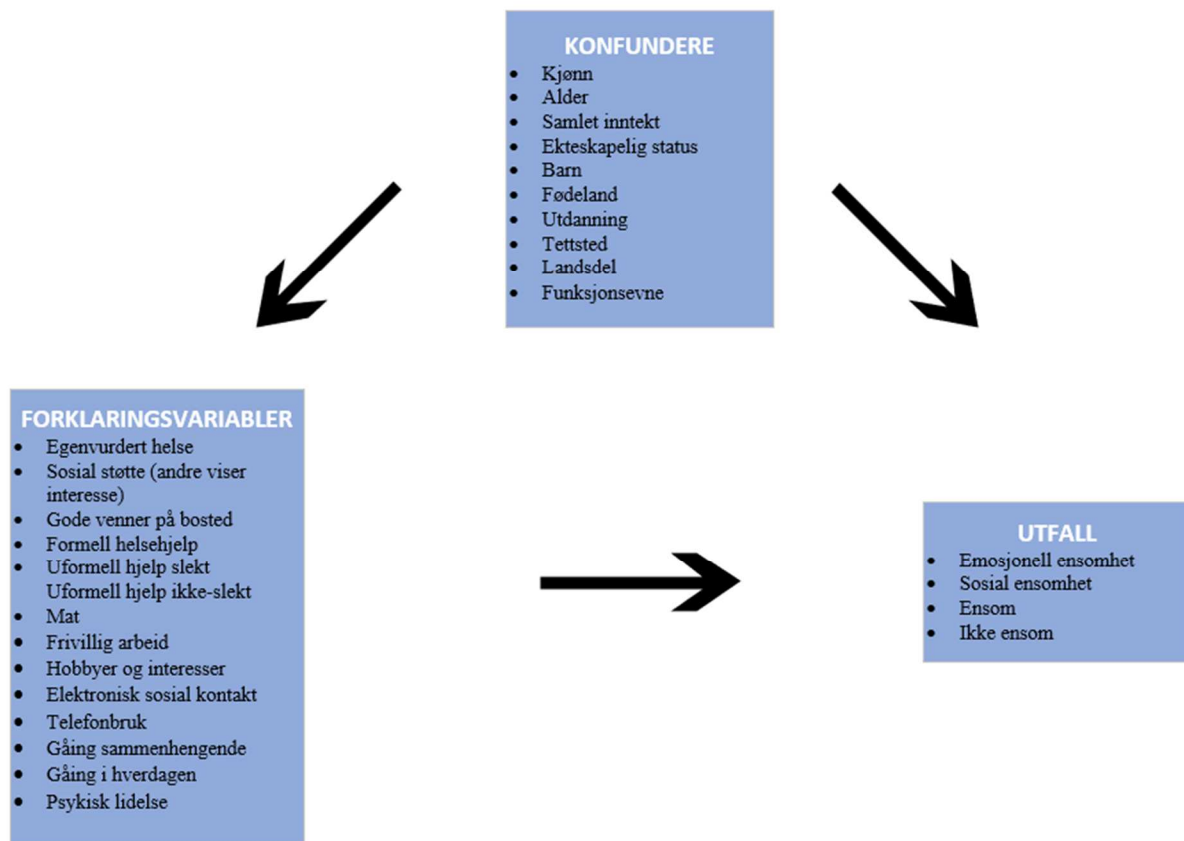
4.2 Datagrunnlag og utvalg

Dataene er fra Levekårsundersøkelsen utgitt i 2017, men innsamlet fra Statistisk sentralbyrå mellom 2015 og 2017 (Statistisk sentralbyrå, 2017). Telefonintervju med tilhørende spørreskjema ble sendt tilfeldig personer over 16 år. Det totale utvalget av alle over 80 år endte på 358 personer. Av inklusjonskriterier fra levekårsundersøkelsen er kun eldre hjemmeboende inkludert.

4.3 Spørreskjemadata

Spørreskjemaet bestod av innledende spørsmål om blant annet bosted og boligtype, utdanningsnivå, husstandsinntekt og sivilstand. Deretter fulgte spørsmål innen ulike temaer knyttet til helse, og enkelt av disse benyttes som avhengige og uavhengige variabler i analysen. En nærmere oversikt og beskrivelse av variablene blir vist i oppgavens kausale graf nedenfor.

4.4 Oppgavens kausale graf



4.5 Omkodning av variabler

For å få et håndterbart datasett ble forarbeidet til analysen gjennomført med omkodninger av variabler. De uavhengige variablene er valgte bakenforliggende konfundere.

Variabler er valgt ut ifra tidligere forskning og min vurdering av viktige uavhengige variabler sett i lys av reformen *Leve hel livet* og problemstillingen. Av de valgte konfundere er endringer beskrevet i omkodning. Tilsvarende endringer for valgte forklaringsvariablene er også beskrevet i omkodning. Følgende endringer ble gjennomført:

Konfundere:

Fødeland: Variabelen ble endret fra seks til tre svargrupperinger. Svaralternativene «Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New-Zealand», «EU/EØS-området utenfor Norden», USA, Canada, Australia og New Zealand» og «Europa utenfor EU/EØS-området» ble slått sammen til «Europa og andre land», mens «Norden utenom Norge» og «Norge» ble stående.

Ekteskapelig status: Variabelen ble endret fra totalt 5 til 2 svargrupperinger. Svaralternativene «Ugift», «Enke/ enkemann/gjenlevende partner», «Separert/separert partner», «Skilt/ skilt partner», «Vil ikke svare» og «Vet ikke» ble endret til «Nei». «Gift/ registrert partner» ble endret til «Ja». Svargrupperingen «Nei» tolkes som aleneboende, mens «Ja» som at respondenten bor sammen med en partner.

Utdanningsnivå: Jeg benyttet variabelen slik at den var definert med fire grupper.

Oppsummert er grupperinger følgende 1.«Grunnskole», 2.«Videregående», 3.«Bachelor og Master/høyere nivå» og 4.«Uoppgitt utdanning». Opprinnelig var svargrupperingene 11.

Tettsted: Jeg benyttet variabelen slik den var definert med to grupper for tettsted og spredtbebygget boligområder.

Funksjonsevne: Variabelen «vansker med å reise/sette seg fra seng/stol» ble valgt som funksjonsevne, og da også omkodet til funksjonsevne med svargrupperinger «ja» og «nei».

Utfallsmål:

Ensomhet: Variabelen ensomhet ble endret fra 6 svargrupperinger til 2.

«Ikke plaget» ble omkodet til ikke ensom.

«Litt plaget», «Ganske mye plaget» og «Veldig mye plaget» ble omkodet til ensom.

Det ble tatt et valg om å kode om alle «Vil ikke svare» og «Vet ikke» også til ensom, siden en kan anta at det trolig er de som er ensomme, som har unnlatt å svare.

Videre beregnet jeg et mål på både sosial og emosjonell ensomhet basert på De Jong Gierveld Scale. De underliggende spørsmålene er gitt i tabell b og c.

Tabell b: Emosjonell ensomhet belyst fra De Jong Gierveld Scale og valgte variabler fra Levekårsundersøkelsen helse 2015.

	De Jong Gierveld Scale	Mine/Levekårsundersøkelsen helse 2015
1	I experience a general sense of emptiness	Følelse av ensomhet
2	I miss having people around me	Vansker med å få kontakt med, snakke med andre mennesker
3	I often feel rejected	Blitt diskriminert siste 12 måneder (på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse)

Tabell c: Sosial ensomhet belyst fra De Jong Gierveld Scale og valgte variabler fra levekårsundersøkelsen helse 2015

	De Jong Gierveld Scale	Mine/ Levekårsundersøkelsen helse 2015
4	There are plenty of people I can lean on when I have problems	Antall en kan få hjelp av ved problemer
5	There are many people I can trust completely	Folk flest er til å stole på
6	There are enough people I feel close to	5 Har fortrolige

Emosjonell ensomhet:

1 Følelse av ensomhet: Variabelen ble endret til følelse av ensomhet dikotom.

Svargrupperingene ble endret til «Ikke plaget» ble gjort om til ensom, mens «Litt plaget», «Ganske mye plaget», «Veldig mye» plaget», «Vil ikke svare» og «Vet ikke» ble alle omkodet til ikke-ensom.

2 Vansker med å få kontakt med, snakke med andre mennesker: Svargrupperingen ble omkodet fra «ingen vansker» til «nei», og «noen vansker» til «ja»

3. Blitt diskriminert siste 12 måneder (på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse):

Svargrupperingen ble omkodet til «ja» og «nei».

Sosial ensomhet:

1.Hjelp ved problemer: Variabelens svargrupperingene ble endret fra «ingen», «1-2», «3-5», «6 eller flere» til «ingen» eller «1 eller flere».

2. Folk flest er til å stole på: Variabelen ble endret fra 10 kategorier til 2. Opprinnelig kategorier var antall ingen eller antallet personer å stole på mellom 1 og 10. Ingen personer ble endret til «ikke til å stole på», alle antall personer ble endret til «stoler på».

3. Har fortrolige: Variablene ble stående med kategoriene «ja» og «nei».

Av de indirekte spørsmålene er den modererte engelske versjonen (de Jong Gierveld Scale) oversatt til norsk. (de Jong Gierveld et al., 2006). I utgangspunktet er skalaen en 11-punkts skala, men til større undersøkelser, som levekårsundersøkelsen, er den modererte 6-punkt skalaen foretrukket. Variabler fra den norske levekårsundersøkelsen om helse som jeg mener er knyttet til spørsmålene fra den engelske versjonen er inkludert. Svarene fra emosjonell og sosial ensomhet er omkodet og summert separat.

Forklaringsvariabler:

Gode venner på stedet der du bor: variabelen ble stående, men svargrupperingene «Vil ikke svare» og «Vet ikke» ble fjernet siden ingen i målgruppen som hadde svart var representert i disse kategoriene.

Egenvurdert helse: Variabelen ble endret fra 6 svaregrupperinger til 4.

«Svært god» og «God» ble omkodet til «God».

«Verken god eller dårlig», «Dårlig» og «Svært dårlig» ble omkodet til «Ikke god»

Det ble tatt et valg om å la svargrupperingen «Vil ikke svare» og «Vet ikke» bli stående.

Telefonbruk: Variabelen «Vansker med å bruke telefon» ble omkodet til «Telefonbruk».

Digital kontakt med venner: Variabelen «Hvor ofte har du kontakt med gode venner, via telefon, sms, epost, meldinger på sosiale medier, eller lignende» kalt «Annen kontakt med venner» ble omkodet til «Digital kontakt med venner». Svaregrupperingene ble gjort om til «daglig» og «Ikke daglig».

Formell helsehjelp: Variabelen ble omkodet fra «Har du i løpet av siste 12 måneder hatt besøk av hjemmesykepleier eller mottatt praktisk bistand hjemme?»

Uformell helsehjelp slekt (1): Variabelen ble omkodet fra «Får du/husholdningen regelmessig ulønnet hjelp fra slekt?»

Uformell helsehjelp ikke-slekt (2): Variabelen ble omkodet fra «Får du/husholdningen regelmessig ulønnet hjelp fra venner eller naboer?». Det ble valgt å ikke slå sammen uformell helsehjelp 1 og 2, siden det i studien er interessant å analysere om hjelpen kom fra slekt, eller ikke slekt.

Tid gåing i hverdagen: Variabelen ble omkodet fra «På en typisk hverdag hvor mye tid bruker du på å gå til og fra steder». Svaregrupperingene ble endret fra 6 til 2.
«Under en halv time per dag» og «vet ikke» ble omkodet til «Under en halv time per dag».

«En halv time til en time per dag», «1 til 2 timer per dag», «2 til 2 timer per dag», «Mer enn 3 timer per dag» ble alle omkodet til «En halv time eller mer per dag».

Mat: Variabelen «Dårlig appetitt eller spist for mye i løpet av en uke» ble endret fra 6 til 3. «Ingen av dagene» og «Noen av dagene» ble valgt stående, mens «Mer enn halvparten av dagene», «Nesten hver dag», «Vil ikke svare» og «Vet ikke» ble slått sammen til «Mer enn halvparten av dagene».

Andre viser interesse for ting du har gjort: Variabelen ble endret fra «Stor interesse» og «Noe interesse» til «ja», mens «Verken stor eller liten interesse», «Lite interesse», «Ingen interesse», «Vil ikke svar» og «Vet ikke ble omkodet til «Nei».

4.6 Statistiske analyser

Kji-kvadrattester ble benyttet for å undersøke sammenhengen mellom kategoriske variabler. Regresjonsanalyse (logistisk regresjon) ble benyttet for å undersøke sammenhengen mellom de ulike forklaringsvariablene og ensomhet. Lineær regresjon for sosial og emosjonell ensomhet og logistisk regresjon for ensomhet (dikotomt mål). Effektmålene er stigningskoeffisienten for lineær regresjon og oddsforhold for logistisk regresjon. Med tverrsnitt som design, har oppgavens effektmål også vært prevalens (andel ensomme / ikke-ensomme). Usikkerhetene til effektmålene er belyst gjennom 95% konfidensintervall (CI) og p-verdi benyttet for å stadfeste signifikante sammenhenger, det vil si å gi effektmålenes usikkerhet (Aamodt et al., 2005). P-verdier mindre enn 5% ($p < 0,05$) er blitt regnet som statistisk signifikante. Analysene av data er gjort ved hjelp av programvaren JMP (Versjon 15.1.0).

Tabell 1 og 2 gjengir oppsummerende statistikk av datamaterialet. Tabell 3, 4 og 5 er resultater fra regresjonsanalyser av ensomhet (tabell 3), emosjonell ensomhet (tabell 4) og sosial ensomhet (tabell 5). Tabellene er ment å gi et bilde av hvorvidt det er sammenhenger av variablene og de eldste eldre rapportering om ensomhet. Tabellene rommer antall, p-verdier og oddsforhold / stigningskoeffisienten for de aktuelle variablene.

4.7 Forskningsetiske vurderinger

Det er vurdert behov for å søke Norsk senter for forskningsdata (NSD), og det ble søkt NSD og da med tilgang til data for Levekårsundersøkelsen helse 2015. Data til oppgaven ble utlevert og godkjent fra NSD. De utleverte data var anonyme data med ingen mulighet for tilbakeidentifisering. Av oppgavens etiske overveielser ble reliabilitet og validitet viktig. Troverdighet, transparens og mulighet for gjentakelse har vært gjennomgående, samt at man undersøkte det man virkelig ville undersøke og at gyldige slutninger er blitt trukket.

5. Resultat

5.1 Presentasjon av resultatet

I dette kapitlet er resultater er beskrevet.

5.2. Beskrivelse av utvalget (konfundere)

Oppsummert tabell 1:

Totalt er utvalgsstørrelsen av personer over 80 år på 358 hvor 212 personer er kvinner og 146 er menn. Av utvalget er det flere kvinner enn menn som oppgir ensomhet, henholdsvis 34 mott 22. Flere har sivilstatus som aleneboende (203) enn de som har oppgitt en ektefelle/samboer (155). Det er som forventet flere aleneboende i denne aldersgruppen, og tilsvarende få respondenter med nasjonalitet utenom Norge, kun 3 om en ser bort i fra de som har nasjonalitet utenom Norge og Norden. Det er et stort flertall som har barn (306) mot de som ikke har barn (52). Det er få som rapporter om ensomhet uten barn (5), men flere ensomme med barn (51). Av samlet inntekt i husstanden er det flere som har en samlet inntekt over 350 000 kroner enn de enn de som har mindre samlet inntekt enn 350 000 (148). Av samlet inntekt under 350 000 i husstanden er det færre ensomme (18), enn de med mer enn 350 000 (38).

Totalt viser analysen ingen signifikante sammenhenger mellom ensomhet og variablene i utvalget. Vi kan likevel legge merke til at, samlet inntekt, ikke er signifikant, men nær signifikans p-verdi 0,118.

Tabell 1: Fordeling i antall av respondenter ensomme og ikke ensomme. Mine valgte konfundere er satt i første høyre kolonne, mens p-verdien er merket i ytre høyre kolonne. Ingen av variabelen viser signifikante forskjeller ($p < 0,05$). Variabelen som ligger nærmest signifikante forskjeller ($p < 0,05$), har jeg valgt å markere oransje.

Tabell 1: Fordeling av de ulike demografiske og potensielt konfunderende variabler og ensomhet (dikotomisert). P-verdier er produsert ved hjelp av kji-kvadrat-tester. Levekårsundersøkelsen i Norge 2017

Variabler	Gruppe	Total	Ensom	Ikke ensom	P-verdi
Total		358	56	302	
Kjønn	Mann	146	22	124	0,804
	Kvinne	212	34	178	
Ekteskapelig status	Ja, gift/samboer	155	24	131	0,942
	Nei	203	32	171	
	Total	358	56	302	
Barn	Ja	306	51	255	0,195
	Nei	52	5	47	
Fødeland	Europa og andre land	3	1	2	0,439
	Norden utenom Norge	7	2	5	
	Norge	348	53	295	
Utdanning	Grunnskole	101	13	88	0,549
	Videregående	172	31	141	
	Bachelor og Master/høyere nivå	81	12	69	
	Uoppgitt	4	0	4	
	Total	358	56	302	
Samlet Inntekt	< 350 000	148	18	130	0,118
	> 350 000	208	38	170	
	Total	356	56	300	
Bor tett eller spredt	Bor spredt	78	11	67	0,672
	Bor tett	280	45	235	
Landsdel	Akershus og Oslo	45	11	34	0,425
	Hedmark og Oppland	46	7	39	
	Vestlandet ellers	69	8	61	
	Agder og Rogaland	48	10	38	
	Vestlandet	64	9	55	
	Trøndelag	35	6	29	
	Nord-Norge	51	5	46	
Funksjon	Ja	48	7	41	0,828
	Nei	310	49	261	

5.3 Beskrivelse av utvalget mhp. forklaringsvariabler

Tabell 2 viser sammenhenger mellom forklaringsvariabler og ensomhet. Av forklaringsvariablene er det flere med god egenvurdert helse (220) enn de med ikke god helse (138). Når jeg justerer er det en variabel som viser seg statistisk signifikant, egenvurdert helse med p-verdi 0,011. Det er også færre ensomme (26) med god egenrapportert helse enn de med dårlig egenrapportert helse (30). Det er få som rapporterer om depresjon, totalt 24, og av disse er det kun 6 ensomme. Ved spørsmål om utvalget har vansker med telefonbruk er det kun 10 som beskriver vansker med telefonbruk, og ingen av disse er ensomme. Jeg legger merke til at telefonbruk og depresjon er de som er nærmest statistisk signifikant med henholdsvis p-verdi 0,167 og p-verdi 0,193.

Tabell 2: Fordeling i antall av respondenter ensomme og ikke ensomme mot mine valgte variabler, som er satt i første høyre kolonne, mens p-verdien er merket i ytre høyre kolonne. Kun variabelen egenvurdert helse viser signifikant forskjell ($p < 0,05$) og er merket grønn. Variabler som ligger nærmest signifikante forskjeller ($p < 0,05$), er merket oransje.

Tabell 2: Fordeling av de ulike forklaringsvariablene og ensomhet (dikotomisert). P-verdier er produsert ved hjelp av kji-kvadrat-tester. Levekårsundersøkelsen i Norge 2017

Variabler	Total	Ensom	Ikke ensom	P-verdi
Totalt	358	56	302	
Egenvurdert helse				
God	220	26	194	0,011
Ikke god	138	30	108	
Telefonbruk				
Ja	10	0	10	0,167
Nei	348	56	292	
Dager går med høy puls				
Ingen av dagene	171	29	142	0,416
1 av dagene	14	1	13	
1 eller flere av dagene	163	23	140	
Missing	10	3	7	
Tid daglig gåring				
Under en halv tim per dag	91	15	76	0,254
En halv time eller mer per dag	85	9	76	
Depresjon				
Ja	24	6	18	0,193
Nei	333	50	283	
Digital kontakt venner				
Daglig	62	9	53	0,767
Ikke daglig	243	39	204	
Frivillig arbeid				
Ja	94	14	80	0,819
Nei	258	41	217	

Interesser og hobbyer med andre	Ja	168	23	145	0,328
	Nei	183	32	151	
Mat	Ingen av dagene	296	46	250	0,582
	Noen av dagene	42	5	37	
	Mer enn halvparten av dagene	14	4	10	
	Vet ikke	6	1	5	
Formell helsehjelp	Ja	97	16	81	0,749
	Nei	258	39	219	
Uformell helsehjelp (ikke slekt)	Ja	21	4	19	0,756
	Nei	335	52	283	
Uformell helsehjelp (slekt)	Ja	84	12	74	
	Nei	272	44	228	
Gode venner i nærheten	Ja	275	44	231	0,714
	Nei	77	11	66	
Andre viser interesse for deg	Ja	272	39	233	0,448
	Nei	68	12	56	
	Vil ikke svare/vet ikke	18	5	13	

5.4 Beskrivelse av logistisk regresjon tabell 3

Ensomhet (direkte spørsmål om ensomhet):

Resultater fra regresjonsanalysen (logistisk regresjon) for ensomhetsspørsmålet er vist i tabell 3. For det direkte spørsmålet om ensomhet finner studien ingen signifikante sammenhenger. Jeg har valgt av å fremheve variabler som ligger under en p-verdi på 0,25 og nært $p < 0,05$. markert orange. Variabelen *tid gåing i hverdagen* har ingen signifikant sammenheng, men p-verdi 0,109, samme gjelder *gode venner på stedet der du bor* med p-verdi 0,227 og *egnevurdert helse* med p-verdi 0,137.

Oppsummert tabell 3: Interessant er det at ved oddsforhold viser variabelen *egnevurdert helse* ingen signifikant sammenheng når analysen justerer for både konfundere og kji-kvadrattest som vist i tabell 1, hvor variabelen er signifikant.

Tabell 3: Resultater fra regresjonsanalysen (logistisk regresjon) for ensomhetsspørsmålet- Tabellen viser hvordan odds for ensomhet endres i forhold til referansekategorien for de ulike variablene i modellen. Levekårsundersøkelsen i Norge, 2017.

Variabler		OR (95% KI)	p-verdi
Dager i uka du går minst 10 min. sammenhengende		0,99 (0,78-1,26)	0,936
Tid gåing i hverdagen	Under en halv tim per dag	1	
	En halv time eller mer per dag	2,37 (0,82-6,8)	0,109
Psykisk lidelse; depresjon	Nei (ref)	1	
	Ja	1,12 (0,42-2,96)	0,826
Digital kontakt med venner	Ikke daglig (ref)	1	
	Daglig	1,06 (0,58-1,91)	0,855
Deltakelse i frivillig arbeid	Nei (ref)	1	
	Ja	0,96 (0,56-1,66)	0,897
Dyrke felles interesser sammen med andre	Nei (ref)	1	
	Ja	0,82 (0,47-1,42)	0,48
Dårlig appetitt eller spist for mye	Mer enn halvparten av dagene	1	
	Ingen av dagene	1,49 (0,60-3,70)	0,391
	Noen av dagene	0,88 (0,30-2,55)	0,809
Formell helsehjelp (offentlig helsehjelp)	Nei (ref)	1	
	Ja	1,23 (0,68-2,22)	0,503
Uformell helsehjelp (ikke slekt)	Nei (ref)	1	
	Ja	0,66 (0,17-2,64)	0,56
Uformell helsehjelp (slekt)	Nei (ref)	1	
	Ja	1,66 (0,69-3,97)	0,256
Gode venner på stedet der du bor	Nei (ref)	1	
	Ja	1,63 (0,74-3,58)	0,227
Andre viser interesse for det du har gjort	Nei (ref)	1	
	Ja	2,79 (0,97-8,01)	0,056
Andre viser interesse for det du har gjort	Ja (ref)	1	
	Nei	1,00 (0,32-3,16)	0,997
Egenvurdert helse	Ikke god (ref)	1	
	God	1,53 (0,87-2,7)	0,137
Samlet inntekt	< 350 000 (ref)	1	
	> 350 000	0,66 (0,22-1,94)	0,447

5.5 Beskrivelse av lineær regresjon emosjonell ensomhet tabell 4

Emosjonell ensomhet (3 indirekte spørsmål om ensomhet):

Oppsummert tabell 4:

Resultater fra lineære regresjon emosjonell ensomhet er vist i tabell 4.

For emosjonell ensomhet finner studien signifikans ved *en* sammenheng, *gode venner på stedet der du bor*. Den signifikante forskjellen er på $p < 0,007$. Det vi si at når respondentene får indirekte spørsmål forbundet med emosjonell ensomhet viser det seg med større sikkerhet at *gode venner på stedet der du bor* er en viktig faktor. Ut ifra analysens stigningstall, -0,29, skårer de med gode venner på stedet du bor 0,29 lavere enn de som ikke har gode venner på stedet de bor ($p=0,0067$).

Jeg velger i tillegg å fremheve variabler som ligger under en p-verdi på 0,25 og nært $p < 0,05$, markert oransje. Variabelen *tid gåing i hverdagen* har ingen signifikant sammenheng, der de som går mest skårer 0,21 lavere på emosjonell ensomhet enn de som går minst (p -verdi = 0,069). Det samme gjelder variabelen *samlet inntekt* med p -verdi 0,211, variabelen *deltakelse i frivillig arbeid* p -verdi 0,236 og variabelen *mat* med p -verdi 0,132.

Tabell 4: Resultater fra lineær regresjon der utfallsvariabelen er emosjonell ensomhet. Resultatene viser stigningskoeffisienten og tolkes som hvor mye sosial ensomhet endres i forhold til referansekategorien for de ulike variablene. Levekårsundersøkelsen i Norge 2017.

Variabler		Stigningstall (95% KI)	p-verdi
Krysningsledd		1,22 (0,38 - 2,05)	0,005*
Egenvurdert helse	Ikke god (ref)	0	
	God	-0,03 (-0,16 - 0,11)	0,679
Telefonbruk	Nei (ref)	0	
	Ja	-0,12 (-0,6 - 0,37)	0,642
Dager i uka du går minst 10 min. sammenhengende	(Kontinuerlig variabel)	0,02 (-0,03 - 0,08)	0,426
Tid gåing i hverdagen	En halv time eller mer per dag	-0,21 (-0,43 - 0,01)	0,069
	Under en halv time (ref)	0	
Psykisk lidelse; depresjon	Ja	-0,07 (-0,32 - 0,18)	0,602
	Nei (ref)	0	
Digital kontakt med venner	Daglig	-0,01 (-0,14 - 0,12)	0,916
	Ikke daglig (ref)	0	
Deltakelse i frivillig arbeid	Ja	-0,08 (-0,2 - 0,05)	0,236

	Nei (ref)	0	
Dyrke felles interesser sammen med andre	Ja	0,04 (-0,08 - 0,16)	0,486
	Nei (ref)	0	
Dårlig appetitt eller spist for mye	Mer enn halvparten av dagene	-0,17 (-0,39 - 0,05)	0,132
	Ingen av dagene	0,15 (-0,12 - 0,42)	0,269
	Noen av dagene (ref)	0	
Formell helsehjelp (offentlig helsehjelp)	Ja	0,05 (-0,08 - 0,17)	0,446
	Nei (ref)	0	
Uformell helsehjelp (ikke slekt)	Ja	0,07 (-0,26 - 0,4)	0,683
	Nei (ref)	0	
Uformell helsehjelp (slekt)	Ja	-0,06 (-0,22 - 0,1)	0,460
	Nei (ref)	0	
Gode venner på stedet der du bor	Ja	-0,29 (-0,49 - -0,08)	0,007*
	Nei (ref)	0	
Andre viser interesse for det du har gjort	Ja	-0,02 (-0,31 - 0,27)	0,879
	Nei	0,09 (-0,24 - 0,41)	0,603
	Vet ikke (ref)	0	
Samlet inntekt	> 350 000	0,15 (-0,08 - 0,38)	0,211
	< 350 000 (ref)	0	

5.6 Beskrivelse av lineær regresjon sosial ensomhet tabell 5

Sosial ensomhet (3 indirekte spørsmål om ensomhet):

Oppsummert tabell 5:

Resultater fra lineære regresjon sosial ensomhet er vist i tabell 5

For sosial ensomhet finner analysen ingen signifikante sammenhenger.

Jeg har valgt å fremheve variabler som ligger under en p-verdi på 0,25 og nært $p < 0,05$. Variabelen *telefonbruk* har p-verdi 0,187, men denne velger jeg å tolke som svært usikker med bakgrunn i beskrivelse i tabell 1, som viste at ingen ensomme svarte at de hadde vansker med telefonbruk, og dermed ikke vektlegges i resultatene. Variablene *uformell helsehjelp (ikke slekt)* med p-verdi 0,106 og *uformell helsehjelp (slekt)* med p-verdi 0,144 og *samlet inntekt* p-verdi 0,238 markeres. *Ut ifra analysens stigningstall, vil det for variabelen uformell helsehjelp (ikke slekt) si at de som ikke har uformell helsehjelp fra venner og naboer har 0,12 lavere score for å bli sosial ensom, tilsvarende 0,05 for de som ikke har uformell*

hjelp av slektninger. For samlet inntekt vil det si at de *ikke* har høyere samlet inntekt enn 350 000 har en lavere score, 0,06, for sosial ensomhet

Tabell 5: Resultater fra lineær regresjon der utfallsvariabelen er sosial ensomhet. Resultatene viser stigningskoeffisienten og tolkes som hvor mye sosial ensomhet endres i forhold til referanse-kategorien for de ulike variablene. Levekårsundersøkelsen i Norge 2017.

Variabler		Stigningstall (95% KI)	p-verdi
Krysningsledd		0,96 (0,61 - 1,31)	<,0001*
Egenvurdert helse	Ikke god (ref)	0,03 (-0,03 - 0,09)	0,286
	God	0	
Telefonbruk	Nei (ref)	-0,14 (-0,34 - 0,07)	0,188
	Ja	0	
Dager i uka du går minst 10 min. sammenhengende	(Kontinuerlig variabel)	-0,02 (-0,04 - 0,00)	0,069
Tid gåing i hverdagen	En halv time eller mer per dag	0,01 (-0,08 - 0,11)	0,766
	Under en halv time (ref)	0	
Psykisk lidelse; depresjon	Ja	0,05 (-0,06 - 0,15)	0,361
	Nei (ref)	0	
Digital kontakt med venner	Daglig	-0,02 (-0,07 - 0,04)	0,481
	Ikke daglig (ref)	0	
Deltakelse i frivillig arbeid	Ja	-0,03 (-0,08 - 0,03)	0,338
	Nei (ref)	0	
Dyrke felles interesser sammen med andre	Ja	0,02 (-0,03 - 0,07)	0,515
	Nei (ref)	0	
Dårlig appetitt eller spist for mye	Mer enn halvparten av dagene	0,00 (-0,09 - 0,09)	0,986
	Ingen av dagene	-0,04 (-0,15 - 0,08)	0,517
	Noen av dagene (ref)	0	
Formell helsehjelp (offentlig helsehjelp)	Ja	-0,01 (-0,07 - 0,04)	0,626
	Nei (ref)	0	
Uformell helsehjelp (ikke slekt)	Ja	-0,12 (-0,26 - 0,02)	0,107
	Nei (ref)	0	
Uformell helsehjelp (slekt)	Ja	0,05 (-0,02 - 0,12)	0,145
	Nei (ref)	0	
Gode venner på stedet der du bor	Ja	-0,04 (-0,12 - 0,05)	0,378
	Nei (ref)	0	
Andre viser interesse for det du har gjort	Ja	0,07 (-0,05 - 0,19)	0,28
	Nei	0	
Andre viser interesse for det du har gjort	Vet ikke (ref)	0,06 (-0,08 - 0,19)	0,401
	> 350 000	0	
Samlet inntekt	< 350 000 (ref)	0,06 (-0,04 - 0,16)	0,239
	> 350 000	0	

6. Diskusjon

6.1 Oppsummering av resultater

Jeg fant ikke ut av kompleksiteten av faktorer som påvirker ensomhet til hjemmeboende personer over 80 år. Av den totale andelen svarte 15,6 prosent at de var ensomme.

Forekomsten av ensomhet i denne oppgaven er lavere sammenlignet med andre studier av ensomhet blant personer over 80 år i Norge (Thorsen & Clausen, 2009, Barstad, 2015), som viste 31,7 prosent og 45 prosent.

Et av to hovedfunn i vår analyse viste ved det direkte spørsmålet, var de med god egenvurdert helse mindre ensomme. Imidlertid var ikke de med god egenvurdert helse mindre ensomme, etter å ha justert for konfunderende faktorer. Ingen av de andre forklaringsvariablene påvirket ensomhet etter å ha justert for konfunderende variabler. **Det andre hovedfunnet** var at ved de indirekte spørsmålene var respondentene med gode venner på stedet der de bodde, mindre ensomme. Resultatet ved bruk av det indirekte bærer stort preg av usikkerhet, fordi de opprinnelige spørsmålene var endret fra det opprinnelige spørsmål fra instrumentet brukt i denne oppgaven.

Sekundære funn kan peke ut svake antydninger, men det understrekes at forklaringsvariablene ikke er statistiske signifikante og bærer stor grad av usikkerhet ut i fra mine valgte verdier. Som svake antydninger trekkes p-verdier her frem som ligger nærmest p-verdi 0,10. I den ujusterte analysen (tabell 1) er samlet inntekt. I tabell 3 er de som hadde mer enn 30 minutters tid gåing i hverdagen og god egenvurdert helse med p-verdier henholdsvis 0,109 og 0,137. I tabell 4 var de som hadde dårlig appetitt mer enn halvparten av dagene i uka med en p-verdi 0,132. I tabell 5 var uformell helsehjelp (ikke slekt) med p-verdi 0,107.

6.2 Oppsummering av tidligere forskning

Direkte spørsmål knyttet til ensomhet

Av sammenlignbare forskning er det få studier av sammenhenger mellom hjemmeboende personer over 80 år og ensomhet. Oppgaven vil først trekke frem tidligere forskning som har kartlagt forklaringsvariabler og forekomst av ensomhet. Barstad (2015) benyttet tilsvarende direkte spørsmål knyttet til ensomhet, og tilsvarende i hvilken grad en opplevde ensomhet de siste 14 dagene ut ifra en tidligere Levekårsundersøkelse (2012). Foruten kjønn ble sosiale variabler som utdanning og inntekt inkludert. I sin ujusterte analyse av forekomst var 45 prosent av kvinner over 80 år litt eller veldig mye plaget av, mens 6 prosent veldig mye plaget av ensomhet. Denne analysen viser en tydelig sammenheng med lav utdanning og lav inntekt.

Når Barstad (2015) legger til andre sosiale variabler endrer analysen seg. De valgte variablene er nasjonalitet, bosted, yrkesaktivitet og sivil status med eller uten barn.

Variablene i den første ujusterte analysen, utdanning og inntekt, blir ikke lenger statistikk signifikante, men de som bor alene og ikke har barn, særlig menn, er de som er plaget av ensomhet. Heller ikke de med nasjonalitet utenom Norge viser noen signifikant sammenheng. Som en tilleggsanalyse til det direkte spørsmålet velger Barstad (2015) å analysere forekomsten av ensomhet gjennom å gjøre kategoriseringen «veldig mye plaget» som ett eget helseutfall, det vil si å gjøre kun «veldig mye plaget» til en avhengig variabel. Resultatene blir de samme, men inntekt viser seg som en tydelig sammenheng. Variabelen inntekt er i studien gradert i fire nivåer, og det er de laveste nivåene av inntekt som viser å ha en økt risiko for ensomhet i denne analysen.

Av andre norske studier som har kartlagt mulige forklaringsvariabler ensomhet blant hjemmeboende personer over 80 år gjennom det direkte ensomhetsutfallet er Grebbestad (2012). Studien inneholdt de samme kontrollerte demografiske og sosiale variablene som Barstad (2015). Men forskjellig fra hans studier var det lagt til flere sosiale variabler. Siden studien i stor grad omfatter variabler knyttet til sosial hjelp, var variabler som rus og vold også inkludert. Når Grebbestad (2012) i sin analyse studere forklaringsvariabler knyttet til ensomhet, fant studien ingen sammenhenger mellom utdanning og inntekt, på lik linje med Barstad (2015). Av andre likheter og ulikheter i kartlegging av sammenhenger til

ensomhetsteamteknikken har disse studiene variert mellom skriftlig og muntlig egenrapportering gjennom data fra Levekårsundersøkelsene (Barstad 2015).

Indirekte spørsmål og andre metoder knyttet til ensomhet

I Norge er det flere som har brukt andre metoder i målet på forekomst og kartlegging som hyppighet, altså hvor ofte du føler deg ensom (Nikolaisen & Thorsen 2014a, Thorsen & Clausen 2009). Ensomhet viste sammenhenger med kjønn, egenvurdert helse og sivilstand. Utfallsmålet av i denne studien ble kategorisert som at svarene «ofte» og «av og til» utgjorde ensomme, mens «sjelden» eller «aldri» som ikke-ensomme. Studien valgte bosted som en forklaringsvariabel, og fant at variasjoner mellom å bo spredt på landsbygda eller i tette storbyer ikke hadde noen sammenheng med ensomhet. Av demografiske variabler ble også boligtype inkludert i denne studie, uten at det viste noen ytterligere risiko for ensomhet (Thorsen & Clausen, 2009)

Tilsvarende har også Barstad (2004) flere ganger studert norske forhold knyttet til ensomhet og eldre med hyppighet som mål. Variabelen knyttet til å det leve lever isolert er også forbundet i studien. Studien fant at forekomsten av ensomhet var større enn isolasjon. Det direkte spørsmålet til ensomhet ble kategorisert med svaralternativene «ofte», «noen ganger», «sjelden» eller «aldri», og jo høyere score jo indikasjon på ensomhet. Verdt å merke seg i studien til Barstad (2004) forskjellig fra Nikolaisen and Thorsen (2012) er at han inkluderte data fra eldre fra institusjon, mens Nikolaisen & Thorsen (2012), ekskluderte, slik at de svarende var eldre hjemmeboende.

Indirekte spørsmål

Bruk av indirekte spørsmål knyttet til ensomhet er det av de færreste gjort tidligere på norske forhold. Nicolaisen & Thorsen (2014b) gjorde en oppfølgingsstudie over 5 år for å kartlegge om personene gikk fra ikke-ensomme til å bli ensomme. Med bruk av instrumentet De Jong Gierveld scale (de Jong Gierveld et al., 2006) fant de at egenvurdert helse var en sterk forklaringsvariabel til ensomhet, viktigere enn ved bruk av det direkte spørsmålet i Levekårsundersøkelsene. Utvalget i denne studien var alder fra 65 til 81 år.

Den modererte De Jong Gierveld scale har blitt brukt i internasjonale sammenhenger hvor også Norge er blitt inkludert (Hansen & Slagsvold 2016). Det tilfeldige utvalget var eldre, personer 60 til 80 år, men derfor ikke tilsvarende denne oppgavens utvalg. Av hovedfunn er var at ensomhet kun gjaldt de eldste, og det vil si de tilfeldig utvalgte opp mot 80 år i denne studien, og at ensomhet ikke har økt blant de europeiske landene. Forklaringsvariabler som korrelerte til ensomhet var sivil status, utdanning, sosioøkonomisk status og egenvurdert helse.

6.3 Oppgavens resultater vs. tidligere forskning

Et av to hovedfunn i vår analyse var at ved direkte spørsmålet var de med god egenvurdert helse mindre ensomme. I midlertidig var ikke de med god egenvurdert helse mindre ensomme, etter å ha justert for konfunderende faktorer. Ingen av de andre forklaringsvariablene påvirket ensomhet etter å ha justert for konfunderende forklaringsvariabler. Det andre hovedfunnet var at ved indirekte spørsmål var de med gode venner på stedet der de bodde mindre ensomme. Usikkerheten til det indirekte utfallsmålet bærer stort preg av usikkerhet, fordi de opprinnelige spørsmålene var endret fra det opprinnelige spørsmål fra instrumentet brukt i denne oppgaven.

6.3.1 Styrker og svakheter

Hvis jeg ser nærmere på funnene, er det derfor interessant å se videre på det valgte instrumentet. Bruk av instrumentet til de Jong Gierveld (de Jong Gierveld et al., 2006) har vist god reliabilitet i andre vestlige land som Frankrike. Ved bruk av variabler i emosjonell og sosial ensomhet var det for de eldste eldre en korrelasjonskoeffisient på 0,81 på emosjonell ensomhet og 0,85 for sosial ensomhet. (J. D. J. Gierveld & Van Tilburg, 2010). Begge disse verdiene er tilfredsstillende. Metoden ved å bruke indirekte spørsmål kan virke og fungere også på norske forhold. På den annen side er ikke denne oppgavens spørsmål forbundet med emosjonell og sosial ensomhet helt i samsvar med den opprinnelige versjonen. Direkte oversatt til norsk fanger ikke ordene og setningene spørsmålene som vist i tabell i problemstillingen.

Når det gjelder emosjonell ensomhet er det opprinnelige spørsmålet «I often feel rejected» byttet ut med «Har du blitt diskriminert siste 12 måneder på grunn av

sykdom/funksjonsnedsettelse?». Tilsvarende er det andre spørsmålet «I miss having people around me» byttet til «Har du vansker med å få kontakt med eller snakke med andre mennesker»? Variablene kan vanskelig forsvares med gyldighet. På den annen side er spørsmålene fra datasettet vektet i henhold til formålet om 3 positive og 3 negative spørsmålsformuleringer. Det vil si at spørsmålene ikke kommer etter hverandre slik at respondenten forstår at kartleggingen er knyttet til ensomhet (de Jong Gierveld et al., 2006). Samtidig gjør forskjellene at oppgaven ikke kan basere seg på tilsvarende reliabilitet og gyldighet som vist i Gierveld & Van Tilburg (2010).

Tidligere studier av forekomst på ensomhet ble av Thorsen & Clausen (2009) studert gjennom det direkte spørsmålet om ensomhet. Med bruk av en tidligere Levekårsundersøkelse og med et tilfeldig utvalg på 325 personer over 80 år, viste forekomsten 31,7 prosent. Ut ifra dette tidligere resultatet er prevalensen av ensomhet gått ned. Derfor er studien til Nicolaisen & Thorsen (2014b) interessant fordi instrumentet til de Jong Gierveld scale (de Jong Gierveld et al., 2006) sammenlignet med det direkte spørsmålet om ensomhet fra Levekårsundersøkelsen, som viste at prevalensen for ensomhet var høyere. Det tilfeldige utvalget var i aldersgruppen 65-81 år og er derfor ikke sammenlignbart for denne oppgavens definisjon av eldre. Allikevel, flere er ensomme ved bruk av spørreskjemaer (Dykstra, 2009), og som Barstad (2015) viser til, er det i Levekårsundersøkelsene historisk brukt både skriftlige og muntlige rapporteringer om ensomhet. Slik det fremstår av datasettet til denne oppgaven, Levekårsundersøkelsen 2015, er alle spørsmålsvariabler spurt gjennom telefonintervjuer.

I forsøket på å finne sammenhenger mellom ensomhet og hjemmeboende personer over 80 år, valgte jeg å benytte Levekårsundersøkelsen om helse fra 2015 (Statistisk sentralbyrå 2017). Levekårsundersøkelsen som gjennomføres hvert 3. år med temaet *helse*, er blitt et kjent datagrunnlag for mye av forskningen på befolkningens helse. Med kun ett spørsmål direkte knyttet til utfallsmålet om ensomhet, kan oppgaven kritiseres for manglende datagrunnlag. Eksempelvis finnes det andre spørreundersøkelser i Norge som kunne vært brukt. Fylkesundersøkelsen (Knapstad, Skogen, Nilsen, & Aarø, 2019) er et annet eksempel på andre større helseundersøkelser i Norge. Samtidig er det per dags dato lite datagrunnlag direkte knyttet til tematikken ensomhet også i fylkesundersøkelsene.

Studien ensomhet i alderdommen (Hansen & Slagsvold 2015) er blant tidligere forskning som kan drøftes opp mot mine resultater. Blant deres hovedfunn er det en sammenheng med høy

alder og ensomhet. Samtidig er det grunn til å presisere at utvalget utgjorde personer fra 60-80 år, som var en annen alderskategori. Internasjonalt ofte kategorisere som eldre (World Health Organization, 2018, 5. februar). Denne oppgavens datamateriale kategoriserte kun personer over 80 år. Hvilke endringer som oppstår på dette feltet i løpet i de neste årene, som for eksempel mellom 80-84, 85-90 år, er ikke tatt hensyn til i vår metode. Flere kvinner er aleneboende på grunn av høyere levealder (UN data, 2020) og av disse er det flere selvrapporterte eldre ensomme i Norge (Barstad 2000). Selv om ikke naturlige aldringsprosesser er ensbetydende med sykdom og lidelser (Wyller 2018), er det naturlig å tro at det er variasjoner blant alle hjemmeboende personer fra 80 år og oppover.

Funn som at høyere utdanning og høyere inntekt gir mindre ensomhet (Hansen & Slagsvold, 2016), er også funnet av andre forskningsmiljøer, men ikke i vår studie. Andelen som har høyere utdanning og høyere inntekt ser ut til å ha mer sosial støtte og være mindre ensomme (Pinquart & Sorensen, 2001). Interessant er det derfor når vi vet at flere yngre i Norge tar etterhvert tar høyere utdanning (Dahl, Bergsli, & van der Wel, 2014). Ut ifra denne virkeligheten, kan en spørre seg om «nye eldre» blir mindre ensomme.

Basert på tidligere forskning og egne valg ble 10 konfundere valgt. Ujustert i det direkte utfallsmålet om ensomhet, finner jeg ingen signifikante sammenhenger. Fra tidligere ujusterte analyser finner blant annet (Barstad 2015) at samlet inntekt har en sammenheng med ensomhet. Denne oppgaven valgte å dele kategoriene for samlet inntekt i to, de som hadde over- og under 350 000 kroner i samlet inntekt. En årsak til at denne oppgavens analyse ikke finner sammenheng mellom inntekt og ensomhet kan være at nedre grense på 350 000, - er for høy husholdningsinntekt sammenlignet med Barstad (2015). Selv om dette er en valgt konfunder i vår oppgaven er den med på å belyse kompleksiteten av kartlegging som påvirker ensomhet

Datasettet inneholder også variabelen, gode venner andre steder enn der respondentene bodde. Variabelen kunne vært interessant å inkludere, fordi gode venner er assosiert med å være viktig fra i livet til senere livet (Hibbard, 1988; Nicolaisen & Thorsen, 2014). Ifølge oppfølgingsstudien til Nicolaisen & Thorsen (2014) er det lite forskning knyttet til ensomhet blant de eldre ved bruk av internett. Derfor ble det i denne oppgaven valgt forklaringsvariabelene, elektronisk kontakt og telefonbruk. Analysene fant ingen

sammenhenger med ensomhet, men spørsmålsformuleringen i levekårsundersøkelsen virker ikke å fange opp utvalgets digitale ferdigheter. Eksempelvis er spørsmålet om telefonbruk kun kategorisert om respondent hadde vansker med telefonbruk. Spørsmålet fanger ikke opp digitale ferdigheter blant annet helsetjenester, som viser seg å være begrenset blant eldre i Norge (Le et al., 2021).

Levekårsundersøkelsen er gjort gjennom elektronisk undersøkelse, Den nylige rapporten om befolkningens helsekompetanse peker på svake digitale ferdigheter blant de eldre (Le et al., 2021). Når vi ser på svarandelen i Levekårsundersøkelsen, er det de over 80 år som har lavest svarprosent blant alle aldersgrupper. Det kan derfor være et spørsmål om det er fordi flere hjemmeboende personer over 80 år ikke er fortrolig med ny teknologi.

Vår oppgave har ikke tatt hensyn til graden av ensomhet. Graderingene av ensomhet er slått sammen som ikke-ensom og ensom. Hvilke konsekvenser andre graderinger ville gitt ville gitt vites ikke. Som Barstad (2015) viste til er det blant personer over 80 år 6 prosent som var veldig mye plaget av ensomhet. Hvilken grad av ensomhet og hva det betyr for sammenhengene mellom ensomhet og denne oppgavens forklaringsvariabler kom ikke frem. I lys av tidligere forskning som viste til at ensomhet kan føre til en rekke sykdommer og tidligere død (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015) er det en svakhet ved denne oppgaven.

6.3.2 Konfundere

Av andre konfundere som oppgaven ikke valgte å inkludere er kjente aldringsprosesser som kreft og Alzheimers sykdom. Med økende alder er det også risiko for sykdommer som Parkinson, hjerte- og karsykdommer og hjerneslag (Wyller, 2015).

I denne studien er funksjonsevne valgt som en forklaringsvariabel, evnen til å reise/sette seg fra stol. Om det er dekkende for fysisk funksjon er svært lite sannsynlig. Variabler som tilgang til førerkort og offentlig transport er også variabler som jeg ikke har inkludert. Tilrettelagt kollektivtransport for eldre har vist seg viktig for å unngå utenforskap (Nordbakke et al., 2020). Variabler som av alkohol og vold er andre variabler som er unnlatt, men som kunne være inkludert (Grebbestad, 2012). Tilgang til grønne omgivelser er også variabler som kan påvirke sammenhengene vi har undersøkt fordi de fremmer fysisk aktivitet og sosiale relasjoner (Hartig, Mitchell, De Vries, & Frumkin, 2014; Ulrich, 1987).

6.3.3 Frafall og seleksjonsskjevhet

Av respondentene i datasettet er alderskategorien, personer over 80 år, blant de færreste av alle alderskategorier i Levekårsundersøkelsen. Det kan være flere årsaker til det. Den totale andelen som ble trukket ut for intervju var blant alle aldergrupper 14 000 personer. Det tilfeldige utvalget blant personer 80 år og eldre var 724. Av disse var det 358 personer som gjennomførte hele- eller deler av undersøkelsen. Haraldsen (1998) beskriver at størrelsen på utvalget bestemmer nøyaktigheten, og størrelsen på trekkgrunnet har vanligvis ingen praktisk betydning. Som det fremkommer av tabell 1 er det få innvandrere i det tilfeldige utvalget eldre hjemmeboende. Når vi vet at innvandrere generelt oppgir mest ensomhet generelt i hele befolkningen (Meld. St. 15 (2017–2018)) kan en spørre seg om utvalget er representativt. Frafall er interessant fordi en kan spørre seg om hvorfor de som ikke velger å svare, er fordi de er ensomme. Dette vil redusere prevalensen av ensomhet, men neppe endre sammenhengene vi har undersøkt.

Ensomhet kan både kan være en konsekvens og årsak til ugunstige helseutfall, men jeg kan ikke med denne metoden skille årsak-virkning. En annen utfordring er de mange assosiasjoner knyttet til et helseutfall som ensomhet. Denne tverrsnittstudien vil kun fange opp respondentens subjektive mening på ett gitt tidspunkt. Denne formen for punktprevalens, kan være sterkt styrt av livshendelser. Når vi vet at forventet levealder er i begynnelsen av 80-årene, og at eksempelvis relasjoner med jevnaldrende kan gå tapt i denne perioden for de tilfeldige utvalgte, er det naturlig å tro at slike hendelser vil påvirke selvrapporteringene.

For å styrke studien er en i denne metoden avhengig av å identifisere kjente variabler. Oppgaven forsøkt å forholde seg til flere demografisk og sosiale variabler av konfundere. Samtidig viser det seg at valg å konfundere og forklaringsvariabler er komplekst. Det at en signifikant sammenheng kan forsvinne når en kontrollerer for flere mulige forklaringsvariabler er vist i tidligere kartlegging av ensomhet gjennom tidligere norske studier av hjemmeboende personer over 80 år (Barstad & Sandvik, 2015; Grebbestad, 2012).

6.3.4 Informasjonsskjevheter. Flere av variablene i min undersøkelse er selvrapporterte og de er derfor beheftet med informasjonsskjevheter. Vi har tidligere rapportert reliabilitet til spørsmål om emosjonell og sosial ensomhet, men i tillegg finnes spørsmål om sosiale forhold og utdanning og helsetjenester. Det er nytteløst å spekulere i hvilke konsekvenser slike feil har på våre resultater.

6.4 Oppgavens resultater sett i lys av reformen *Leve hele livet*

I følge en senere meta-analyse fra internasjonale forhold (Pinquart & Sorensen, 2001) hvor forskerne inkluderte studier med variablene alder, kjønn, sosioøkonomisk status, sosialt nettverk og om en er hjemmeboende eller i behov av helse – og omsorgstjenester på institusjon, virket ensomhetsfølelsen å variere i alderdommen. Regnet fra 60-årsalder til de eldste eldre over 80 år var ensomhetstilstanden tilnærmet U-formet. Ensomhet er høyest i tidligere faser av livet før den stiger igjen inn i alderdommen. Jo høyere alder jo mer ensomhet.

På grunn av ukontrollerbare sosiale tap er det flere forskere som tidligere har antydnet en slik sammenheng (Hobbs, 1996; Wagner, Schütze, & Lang, 1999). Fordi vennskap er forbundet med mindre ensomhet, og tidligere forskning har vist at langvarige vennskap har en spesiell følelsesmessig betydning for de eldre voksne (Rawlins, 2004) kan tidlig utvikling av vennskapsbånd også ha stor betydning for å forebygge ensomhet i alderdommen. Betydningen av gode venner-relasjoner, i en tidlig fase av livet, kan dermed virke å være positivt senere i livet.

Å skape gode relasjoner mellom generasjoner kan derfor vise seg verdifullt for å skape sosial kontakt og redusere ensomhet, selv når gode venner går bort. Når nære venner går bort, kan også viktige og fortrolige samtalepartnere forsvinne (Cattan et al 2015). I følge tidligere studier er yngre mellom 18-25 de mest ensomme sammen med de eldste (Barstad & Sandvik 2015), (Thorsen & Clausen, 2009). Nye relasjoner mellom generasjoner kan virke å ha et utviklingspotensial (St, Meld 19. (2017-2018.)) Mange tiltak er satt i gang. Eksempelvis er den sosiale entreprenøren Generasjon M (Generasjon M, 2021) ett eksempel, som tilbyr ungdom jobb som *M-venn* (meningsfull deltidsjobb) på sykehjem, i omsorgsboliger og i tilrettelagte bofelleskap. Unge og eldre bor vegg i vegg, og det skapes nye relasjoner mellom

generasjoner. De unge får i tillegg til arbeidsplass, og få dekket sin eventuelle mangel på sosial kontakt. Det ville vært interessant å se oppfølgingsforskning på slike områder.

Ut ifra mine funn av sammenhenger mellom eldre og ensomhet kan det se ut som ensomhet er et svært komplekst område, som ikke har entydige svar. Mange av de endrede livssituasjonene i alderdommen er det utfordrende å gjøre noe med. En politisk reform som *Leve hele livet* kan til rette for å redusere ensomhet, gjennom aktivitet og fellesskap, mat og ernæring og helsehjelp blant eldre. Det er fremdeles mye vi ikke vet om ensomhet og personer over 80 år. Mulig er den kvantitative metoden i seg selv ikke nok til å fange denne kompleksiteten.

7. Konklusjon

Ensomhet blant hjemmeboende personer over 80 år er et fagområde som favner bredt. Et av to hovedfunn i vår analyse var at god egenvurdert helse ga mindre sannsynlighet for å være ensom. Imidlertid var ikke de med god egenvurdert helse mindre ensomme, etter å ha gjort videre analyser. Det andre hovedfunnet var at de med gode venner på stedet der de bodde var, mindre ensomme, men usikkerheten til målverdiene er for usikre til å påvise sammenhenger.

Kanskje vil politiske reformer som *Leve hele livet* forsterke utfordringer av ensomhet hos hjemmeboende eldre. Fordi løsningsforslagene bygger på hva de eldre selv mener, kan reformen bidra til nye løsninger for storsamfunnet. Samtidig har jeg erfart i denne oppgaven at ensomhet er et svært komplekst fagområde. Sett bort i fra denne studiens tidligere data fra 2015-2017 har verden opplevd en pandemi. Ensomhet kan for mange ha fått en ny og større betydning. Trolig vil dette bli forsket på i mange år fremover.

8. Referanseliste

- Barstad, A. (2004). Få isolerte, men mange er plaget av ensomhet.
- Barstad, A., & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. Retrieved from https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2445446/RAPP2015-51_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Birkeland, A., & Natvig, G. K. (2009). Coping with ageing and failing health: A qualitative study among elderly living alone. *International Journal of Nursing Practice*, 15(4), 257-264. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01754.x
- Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 325-343.
- Connidis, I. A., & McMullin, J. A. (1992). Getting out of the house: The effect of childlessness on social participation and companionship in later life. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 11(4), 370-386.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31-48.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo Retrieved from http://handling.forebygging.no/Global/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt_Hovedrapport.pdf.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe*. Retrieved from
- de Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. *Cambridge handbook of personal relationships*, 485-500.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European journal of ageing*, 6(2), 91.
- Lov om Eldreombudet, LOV-2020-06-19-80 C.F.R. (2020).
- Generasjon M. (2021). Generasjon M - et ideelt selskap som skaper samfunnseffekt. Retrieved from <https://generasjonm.no/>
- Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.
- Gierveld, J. D. J., & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European journal of ageing*, 7(2), 121-130.
- Grebbestad, U. S. s. (2012). *Sosialhjelp og levekår i Norge*. Retrieved from <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa130/sa130.pdf>.
- Halvorsen, K. (2008). Veier inn i og ut av ensomhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 258-267.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2016). Late-life loneliness in 11 European countries: Results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, 129(1), 445-464.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk : etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S., & Frumkin, H. (2014). Nature and health. *Annual review of public health*, 35, 207-228. doi:<https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-032013-182443>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, LOV-2020-06-19-78 C.F.R. (2011).
- Helsedirektoratet. (2016). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk (02/2016)*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og->

- [rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf/ /attachment/inline/9fd0b64f-1c63-41c9-b06b-240a8f92d60e:2ff83cff46b33ba9aa9e2b4be590080526cb3d6e/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf](#)
- Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling*. Retrieved from Oslo: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/ /attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019). Systematisk folkehelsearbeid. Veileder til lov og forskrift. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>
- Hibbard, J. H. (1988). Age, social ties and health behaviors: an exploratory study. *Health Education Research*, 3(2), 131-139.
- Hobbs, F. (1996). *65+ in the United States* Retrieved from https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=OOJGAAAAMAAJ&oi=fnd&pg=PA4&dq=Hobbs+%26+Damon+1996&ots=r_KKmaUC9t&sig=Q7yWVldguNY-STnQtu95ep0Myb0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- Jakobsen, S. E. (2019, 13.05.2019). Politikerne er bekymret for ensomhet. Men er det virkelig et økende folkehelseproblem? Retrieved from <https://forskning.no/a/1333936>
<https://forskning.no/psykologi/politikerne-er-bekymret-for-ensomhet-men-er-det-virkelig-et-okende-folkehelseproblem/1333936>
- Keilman, N. (1994). Sterk økning i antall alene-boende: Samfunnsspeilet.
- Knapstad, M., Skogen, J., Nilsen, T., & Aarø, L. (2019). *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat*. Retrieved from Oslo: <https://www.fhi.no/publ/2019/fylkeshelseundersokinga-i-sogn-og-fjordane-2019/>
- Larsson, K., & Silverstein, M. (2004). The effects of marital and parental status on informal support and service utilization: A study of older Swedes living alone. *Journal of aging studies*, 18(2), 231-244. doi:10.1016/j.jaging.2004.01.001
- Lasgaard, M., Friis, K., & Shevlin, M. (2016). "Where are all the lonely people?" A population-based study of high-risk groups across the life span. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(10), 1373-1384.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Gutterrud, Ø., & Joranger, P. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I* (1). Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/ /attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf>
- Meld. St.19. (2018-2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>.

- Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet - Grunnlaget for refomen. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=3>
- Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2012). Impairments, mastery, and loneliness. A prospective study of loneliness among older adults. *Norsk epidemiologi*, 22(2).
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women—a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 18(2), 194-206.
doi:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2013.821457>
- Nilsson, B., Lindström, U. Å., & Nåden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(1), 93-101.
- Nordbakke, S., Phillips, R., Skollerud, K., & Milch, V. (2020). *Helseeffekter av Ruter aldersvennlig transport*. Retrieved from <https://www.toi.no/getfile.php/1354823-1607941403/Publikasjoner/T%C3%98I%20rapporter/2020/1810-2020/1810-2020-elektronisk.pdf>
- Nordby, P., & Næsheim, H. (2016). *Yrkesaktivitet blant eldre før og etter pensjonsreformen* (SSB rapport 2017/5). Retrieved from
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatrics & gerontology international*, 6(3), 149-158.
doi:10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x
- Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine*, 172(14), 1078-1084.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3, 31-56.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and applied social psychology*, 23(4), 245-266.
- Prognosesenteret. (2020, 04.08.2020). Andelen aleneboende og eldre husholdninger øker. Retrieved from <https://blogg.prognosesenteret.no/andelen-aleneboende-og-eldre-husholdninger-oeker>
- Rawlins, W. K. (2004). Friendships in later life. *Handbook of communication and aging research*, 273–299. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2004-00240-011>
- Regjeringen. (2011). Pensjonsreformen. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/pensjon-trygd-og-sosiale-tjenester/pensjonsreform/id86731/>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Levekårsundersøkelsen om helse 2015*.
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 25.06.2020). Flere bor alene. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flere-bor-alene>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing (pp. 640-648). London.
- Storeng, S. H., Øverland, S., Skirbekk, V., Hopstock, L. A., Sund, E. R., Krokstad, S., & Strand, B. H. (2021). Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to

- 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. *Scand J Public Health*, 14034948211011796. doi:10.1177/14034948211011796
- Thorsen, K., & Clausen, S.-E. (2009). Hvem er de ensomme? : sosial kontakt og ensomhet23(2009) nr 1. Retrieved from <https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/handle/11250/179160>
- Ulrich, W. (1987). Critical heuristics of social systems design. *European Journal of Operational Research*, 31(3), 276-283. doi:[https://doi.org/10.1016/0377-2217\(87\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0377-2217(87)90036-1)
- UN data. (2020). Forventet levealder. Retrieved from <http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3a68>
- Wagner, M., Schütze, Y., & Lang, F. R. (1999). Social relationships in old age.
- Webb, P., Bain, C., & Page, A. (2017). *Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals*: Cambridge University Press.
- World Economic Forum. (2019). *The Global Risks Report 2019 14th Edition* (14). Retrieved from <https://www.weforum.org/reports/the-global-risks-report-2019>
- World Health Organization. (2018, 5. februar, 5. februar 2018). Ageing and health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2018, 30. mars, 30. mars 2018). Mental health: strengthening our response. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatr - En medisinsk lærebok* (Vol. 2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

--

Dette dokumentet er signert digitalt av følgende undertegnere:

- ARNE GUDMUND LØKEN PAULSHUS, signert 07.01.2021 med ID-Porten: BankID Mobil



Dokumentet inneholder

- En forside med informasjon om signeringen
- Originaldokumentet med signatordetaljer på hver side
- Digitalt integrerte signaturer



Dokumentet er forseglet av Posten Norge

Signeringen er gjort med en signaturtjeneste fra Posten Norge AS. Posten garanterer dermed for autenticiteten og forseglingen av dette dokumentet.



Slik ser du at signaturen er gyldig

Hvis du åpner dokumentet i Adobe Reader, skal det stå øverst at dokumentet er sertifisert av Posten Norge AS. Dette garanterer at innholdet i dokumentet ikke er endret etter signering.

INFORMATION IN ENGLISH ON NEXT PAGE

Avtale om tilgang til data

Du gis herved tillatelse til å benytte nevnte data til *mastergradsarbeid* i prosjektet “*Masteroppgave Folkehelsevitenskap ved NMBU*”, som beskrevet i bestillingsnummer 245. Tilgang på data fås først når vedlagte avtale har blitt signert.

Som bruker forplikter du deg til:

1. Kun å bruke dataene til det prosjektet som er beskrevet i søknaden.
Dersom du ønsker å bruke dataene til annet formål, må det søkes om ny tilgang.
2. Ikke å gi andre personer tilgang til dataene du disponerer.
Dersom andre assisterer deg i bruken av data, må de også underskrive avtale.
3. Å slette datafilen(e) innen endt prosjekt
eller senest 05 januar 2023
4. Å ikke gjøre forsøk på å identifisere individer i datasettet.
Dersom et individ skulle bli identifisert er du forpliktet til å kontakte NSD.
5. Å referere til produsent og distributør av dataene.

Jeg er kjent med at forskeres taushetsplikt er regulert i forvaltningslovens § 13e. Jeg er videre kjent med at forsettlig eller uaktsomt brudd på taushetsplikten, eller medvirkning til dette, kan straffes med bøter eller fengsel.

Data omfattet av avtalen

- Health, Care and Social Relations, Survey on Living Conditions, 2015, Regions [<https://doi.org/10.18712/nsd-nsd2365-1-v4>]



INFORMATION IN ENGLISH

User Agreement for Data Access

You are hereby granted access to use the mentioned dataset in the project “*Masteroppgave Folkehelsevitenskap ved NMBU*”, as described in order number 245. Access to the data will be granted once the enclosed agreement has been signed.

As a user, you commit yourself to:

1. Only use the data for the project described in the application.
If you want to use the data for another purpose, you must send a new application.
2. Not give others access to the dataset.
If others assist you in the use of the data, they too must sign an agreement.
3. Delete the data file(s), or to apply for an extended deadline for data deletion after the projects ends, or at the *latest by 05 januar 2023*
4. Not attempt to identify any individuals in the dataset.
If you were to identify an individual you must notify NSD.
5. Cite the producer and distributor of the data.

I am aware that researchers duty of secrecy is regulated by the Public Administration Act § 13e. I am also aware that an intentional or negligent breach of the duty of secrecy, or complicity in this, can be punished by fines or imprisonment.

This user agreement concerns the following data

- Health, Care and Social Relations, Survey on Living Conditions, 2015, Regions [<https://doi.org/10.18712/nsd-nsd2365-1-v4>]





Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway