



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp

Fakultetet for landskap og samfunn

Livskvalitet blant menn i Østfold

En kvantitativ studie om livskvaliteten til unge og eldre menn i Østfold 2019

Erica Franke Andersen

Master i folkehelsevitenskap

Forord

Tiden som masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) går mot veis ende. Det har vært en lærerik prosess med inspirerende undervisning fra dyktige forelesere, gode samtaler med medstudenter og spennende emner. Med en ernæringsfaglig bakgrunn har dette masterstudiet utvidet forståelsen min for helse og relevant folkehelsearbeid. Prosessen rundt masteroppgaven har vært interessant og lærerik. Jeg er takknemlig for at jeg fikk muligheten til å få en dypere innsikt i et folkehelserelevant tema som livskvalitet. Nå ser jeg frem til å anvende denne kunnskapen i arbeidssammenheng.

Først og fremst ønsker jeg å rette en stor takk til veileder Camilla Martha Ihlebæk, instituttleder og professor ved Institutt for folkehelsevitenskap ved NMBU. Takk for støtte, motivasjon og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele oppgaveprosessen. Jeg vil også takke deg for all forståelse og fleksibilitet du har vist i forbindelse med min foreldrepermisjon.

Jeg vil gjerne takke Viken fylkeskommune for tilgang til datamateriale fra befolkningsundersøkelsen «Oss i Østfold, 2019». Takk til Anni Skipstein og Knut Johan Rognlien fra Viken Fylkeskommune og Jo Ese og Arve Negaard fra Høyskolen i Østfold for et inspirerende seminar om Østfold, høsten 2020 i Sarpsborg.

Tusen takk til min samboer Fagus, for alle sene kvelder hvor du har tatt deg av vår lille Linnea. Takk til Ingrid for korrekturlesing. Sist, men ikke minst, takk til nydelige Linnea som har gitt meg ekstra energi og pågangsmot under hele oppgaveprosessen.

Oslo, 13. desember 2021.

Erica Franke Andersen

Sammendrag

Bakgrunn: Norske menn rapporterer lavere fornøydhet i livet, lavere mening i hverdagen og har mindre støttende og givende relasjoner enn norske kvinner. Norske menn er også en gruppe som er mer utsatt for utenforskap og utgjør om lag to av tre selvmord. Flere studier indikerer at menn er utsatt for lav livskvalitet, og dette gjelder særlig unge menn. Det er behov for mer kunnskap om livskvaliteten til menn.

Hensikt: Å undersøke om det var en forskjell i opplevd global livskvalitet mellom unge menn (18-24 år) og eldre menn (25-66 år) i Østfold. Videre ble det satt som mål å undersøke om det var forskjeller i hvordan sosioøkonomiske faktorer, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet var assosiert med global livskvalitet hos unge og eldre menn og om disse forklaringsvariablene med alder kunne forklare variasjonen i global livskvalitet for dette utvalget.

Metode: Det ble gjennomført en kvantitativ studie med data innhentet fra tverrsnittstudien «Oss i Østfold, 2019» utført av Østfold fylkeskommune, med et analytisk utvalg av menn i alderen 18-66 år (n=4374). Assosiasjonen mellom global livskvalitet og alder ble undersøkt med en multippel regresjonsanalyse, kontrollert for sosioøkonomiske variabler, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet.

Resultater: Økt alder var signifikant assosiert med høyere global livskvalitet, kontrollert for sosioøkonomiske variabler, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet. Å stå utenfor arbeidslivet, oppleve økonomien sin som vanskelig, å ha psykiske plager og å være fysisk inaktiv var signifikant assosiert med redusert global livskvalitet, mens økende grad av sosial støtte var signifikant assosiert med bedre global livskvalitet.

Konklusjon: Denne studien fant en signifikant forskjell i global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn i Østfold, der eldre menn var assosiert med en høyere global livskvalitet enn unge menn. I tillegg var sysselsetting, inntekt, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet signifikant assosiert med global livskvalitet. Folkehelseiltak rettet mot disse faktorene kan være gunstig for å fremme den globale livskvaliteten til menn i Østfold.

Abstract

Background: Norwegian men report lower satisfaction in life, lower meaning in daily life and lower supporting and rewarding relationship than Norwegian women. Norwegian men are also more exposed to exclusion in society and make up about two out of three suicides. Several studies indicate that men are exposed to a low subjective well-being, and especially young men. There is a need for more knowledge about well-being among men.

Aim: To investigate whether there was a difference in perceived global well-being between young men (18-25 years) and elderly men (25-66 years) in the Norwegian county of Østfold. Furthermore, the aim was to investigate whether there were differences in how socioeconomic factors, mental health, social support and physical activity were associated with global well-being in young and older men, and whether these explanatory variables with age could explain the variation in global well-being for this sample.

Methods: A quantitative study was conducted with data obtained from the cross-sectional study «Oss i Østfold, 2019» conducted by Østfold fylkeskommune, with an analytical sample of men aged 18-66 years (n=4374). The association between global well-being and age was examined with a multiple regression analysis, controlled for socioeconomic variables, mental health, social support and physical activity.

Results: Increased age was significantly associated with higher global quality of life, controlled for socioeconomic variables, mental health, social support and physical activity. Being unemployed, experiencing finances as difficult, having mental illness and being physically inactive were significantly associated with reduced global well-being, while increase in social support was significantly associated with better global well-being.

Conclusion: This study found a significant difference in global well-being between young men and older men in Østfold, where older men reported higher global well-being than younger men. Employment, income, mental health, social support and physical activity were significantly associated with global well-being. Public health strategies aimed at these factors can be beneficial in promoting global well-being for men in Østfold.

Tabelloversikt

Tabell 1: Deskriptiv statistisk over karakteristika og determinanter for livskvalitet for totalutvalg og analytisk utvalg. Pearson kji-kvadrat-test for å teste forskjeller i gjennomsnittsverdier av global livskvalitet både i totalt utvalg og analytisk utvalg.

Tabell 2: Bivariate analyser for assosiasjonen mellom forklaringsvariabler og global livskvalitet i hver av de to aldersgruppene. Independent-student T test, pearsons r og One-way ANOVA ble benyttet for å teste forskjeller i gjennomsnittsverdier av global livskvalitet.

Tabell 3: Multippel regresjonsanalyse av assosiasjonen mellom den avhengige variabelen global livskvalitet og de uavhengige variablene alder, utdanning, nåværende hovedaktivitet, opplevd økonomi, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet.

Figuroversikt

Figur 1: Modell om Helse og livskvalitet, videreutviklet fra Dahlgren og Whiteheads modell fra 1991 (Helsedirektoratet, 2014).

Figur 2: Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet fordelt etter utdanning og alder.

Figur 3: Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet for ulike aldersgrupper fordelt etter arbeidssituasjon.

Figur 4: Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet for ulike aldersgrupper fordelt etter opplevd økonomisk situasjon.

Figur 5: Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet blant unge for ulike aldersgrupper fordelt etter psykisk helse.

Figur 6: Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet blant ulike aldersgrupper fordelt etter grad av sosial støtte.

Figur 7: Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet blant ulike aldersgrupper fordelt etter fysisk aktivitet.

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Oss i Østfold 2019- om undersøkelsen.

Forkortelser

CI – Konfidensintervall

DIFI- Direktoratet for forvaltning og IKT

FN- Forente nasjoner

HSCL – Hopkins Symptom Check List

NSD – Nasjonalt senter for forskningsdata

OSS-3 - Oslo-3 Social Support Scale

REK - Regional komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

SD – Standard deviation (Standard avvik)

VIF – Variance inflation factor

WHO – World Health Organization (Verdens helseorganisasjon)

WMA - World Medical Association

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Tabelloversikt	4
Figuroversikt	4
Oversikt over vedlegg	5
Forkortelser	5
1 Innledning	8
2 Bakgrunn	9
2.2 Helse og helsefremmende arbeid.....	10
2.3 Livskvalitet	11
2.4 Faktorer som påvirker helse og livskvalitet	13
2.4.1 Kjønn og alder	15
2.4.2 Sosioøkonomiske faktorer.....	16
2.4.3 Psykisk helse.....	19
2.4.4 Sosial støtte.....	20
2.4.5 Fysisk aktivitet.....	22
2.5 Østfold.....	24
3 Problemstilling	25
4 Metode	26
4.1 Studiedesign.....	26
4.2 Utvalg.....	26
4.3 Datainnsamling.....	27
4.4 Spørreskjema.....	27
4.4.1 Global livskvalitet	27
4.4.2 Alder.....	28
4.4.4 Psykisk helse.....	29
4.4.5 Sosial støtte.....	29
4.4.6 Fysisk aktivitet.....	30
4.4 Statistiske metoder.....	30
4.5 Etske retningslinjer og vurderinger.....	31
5 Resultater	32
5.1 Deskriptiv statistikk	32

5.2 Bivariate sammenhenger mellom forklaringsvariabler og global livskvalitet	33
5.2.1 Utdanning.....	34
5.2.2 Nåværende hovedaktivitet.....	35
5.2.3 Opplevd økonomi.....	36
5.2.4 Psykisk helse.....	36
5.2.5 Sosial støtte.....	37
5.2.6 Fysisk aktivitet.....	38
5.3 Multipel regresjonsanalyse	39
6 Diskusjon.....	40
6.1 Oppsummering av hovedfunn	40
6.2 Sosioøkonomiske variabler og livskvalitet	40
6.2.1 Utdanning.....	41
6.2.2 Nåværende hovedaktivitet.....	42
6.2.3 Opplevd økonomi.....	43
6.3 Psykisk helse og livskvalitet	44
6.4 Sosial støtte og livskvalitet	45
6.5 Fysisk aktivitet og livskvalitet.....	47
6.6 Alder og livskvalitet.....	48
6.7 Metodediskusjon.....	49
6.7.1 Metodisk tilnærming og studiedesign.....	49
6.7.2 Databehandling	50
6.7.3 Validitet og reliabilitet.....	51
6.7.4 Statistisk inferens	52
7 Konklusjon og implikasjoner.....	54
Referanser:.....	55

1 Innledning

I Stortingsmelding 19 (2018-2019) «Folkehelsemeldinga - Gode liv i et trygt samfunn», blir livskvalitet og helse presentert som et viktig satsingsområde på individ- og samfunnsnivå. Her kommer det frem at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel, og mindre sosiale helseforskjeller. I De forente nasjoners (FN) bærekraftsmål 3, fremgår det at «helse og livskvalitet skal være tilgjengelig for alle, uansett alder» (FN, 2021). FN legger til grunn at helse og livskvalitet er en nødvendighet for å sikre et bærekraftig samfunn. For å nå bærekraftsmål 3 har regjeringen som delmål å «fremme mental helse og livskvalitet» blant befolkningen (Meld. St. 19 (2018-2019)).

Til tross for at forskjellene i livskvalitet mellom norske kvinner og menn er marginale, rapporterer norske menn signifikant lavere mening i det daglige, mindre fornøydhet i livet og har lavere støttende og givende relasjoner enn norske kvinner (Nes et al., 2020). Menn er også en gruppe som er mer utsatt for utenforskap og utgjør om lag to av tre selvmord (NOU 2019:3, 2019; Reneflot, 2014). Flere studier indikerer at menn er en gruppe som er utsatt for lav livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2004; Meisenberg & Woodley, 2015; Nes et al., 2020), og i Norge gjelder dette særlig for unge menn (Nes et al., 2020).

Sosioøkonomiske faktorer som utdanning, inntekt og arbeid er assosiert med subjektiv livskvalitet der arbeidsledige med lav utdanning og lav inntekt har høyere risiko for lav subjektiv livskvalitet, sammenlignet med arbeidstakere med høy utdanning og høy inntekt (Adler et al., 1994; Dolan et al., 2008; Kinge et al., 2019). Å være i fysisk aktivitet, oppleve god psykisk helse og ha høy grad av sosial støtte har også vist seg å være fremmende faktorer for den subjektive livskvaliteten (Buecker et al., 2020; Pinquart & Sörensen, 2000; Reneflot et al., 2018). Det er særlig opphopningen av risikofaktorene vanskelig økonomi, lav utdanning, arbeidsledighet, lav sosial støtte og dårlig helse som er relatert til lav livskvalitet (Nes et al., 2020). Østfold er et område som har mange av risikofaktorene for lav livskvalitet, og det er nødvendig med mer kunnskap om hvordan disse faktorene påvirker befolkningen og spesielt unge menn.

Formålet med denne studien var derfor å undersøke forskjellen i livskvalitet mellom unge menn (18-24 år) og eldre menn (25-66 år) i Østfold. Videre ble det undersøkt hvordan faktorer som sosioøkonomiske determinanter, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet påvirket denne forskjellen. Datamaterialet ble innhentet fra befolkningen i Østfold av Østfold fylkeskommune (Østfold Fylkeskommune, 2019).

2 Bakgrunn

I denne bakgrunnen redegjøres det for temaene folkehelse, folkehelsearbeid, helse, helsefremmende arbeid og livskvalitet. Deretter vil ulike determinanter for helse og livskvalitet bli presentert. Avslutningsvis presenteres informasjon om folkehelsen til befolkningen i Østfold. Temaene blir presentert i lys av internasjonal og nasjonal empiri.

2.1 Folkehelse og folkehelsearbeid

Folkehelse kan defineres som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (Folkehelseloven, 2011). I Norge trådte folkehelseloven i kraft i 2012 med formål om å sikre en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller (Regjeringen, 2021). Loven ble iverksatt for å sikre et felles rammeverk for et systematisk helsefremmende arbeid i offentlige sektorer (Prop. 90 L (2010-2011)).

Folkehelseloven bygger på grunnprinsippene om å utjevne sosiale forskjeller, helse i alt vi gjør, en bærekraftig utvikling, føre-var prinsippet og medvirkning (Regjeringen, 2021). Det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet skal utøves på tvers av kommunen, fylkeskommunen og statlig myndighet. Arbeidet innebærer både monitorering av folkehelsen og iverksettelse av nødvendige tiltak (Folkehelseloven, 2011).

Folkehelsearbeid kan defineres som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Folkehelseloven, 2011). I Stortingsmelding 19 (2014-2015) «Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter» ble psykisk helse implementert som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Stortingsmeldingen satt søkelys på at folkehelsearbeidet skulle fremme god psykisk helse, mestring og mening blant den norske befolkningen. Dette budskapet ble videreført i neste Stortingsmelding 19 (2018-2019) «Folkehelsemeldinga - Gode liv i et trygt samfunn». Denne folkehelsemeldingen vektlegger å utjevne sosiale ulikheter, forebygge ensomhet og tidlig innsats blant barn og unge for å sikre befolkningens helse og livskvalitet (Meld. St. 19 (2018-2019)) .

2.2 Helse og helsefremmende arbeid

Helse er et vidt begrep som har mange definisjoner (Naidoo & Wills, 2016). I 1946 definerte World Health organization (WHO) helse som «en tilstand av fullkomment fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og ubehag» (World Health Organization, 1948). Denne definisjonen var på ett vis banebrytende ved at definisjonen koblet sinn og kropp som likevektige faktorer for helse (Hofgaard, 2010). Definisjonen rettet fokuset vekk fra den tradisjonelle medisinske forståelsen av at helse kun er fravær av sykdom, og satt søkelys på helse i et holistisk perspektiv. WHO's helsedefinisjon har dog fått kritikk for dens idealiserende definisjon på helse (Braut, 2009). I Norge er Peter Hjorts definisjon på helse mye brukt. Han definerer helse som «å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Hjort, 1982). Definisjonen vektlegger individets oppfattelse av helse, hvor ens subjektive oppfatning er viktigere enn objektive mål på helse. Eksempelvis kan individer uten sykdomsdiagnoser eller funksjonsnedsettelse oppleve helsen sin som dårlig.

I en undersøkelse om den norske befolkningens helsebegrep ble det identifisert tre tilnærminger til helsebegrepet (Fugelli & Ingstad, 2001). Helse i et holistisk perspektiv, pragmatisk perspektiv og individualistisk perspektiv. I det holistiske perspektivet påvirkes helse av alle faktorer i livet og samfunnet. Pragmatismen beskriver helsen som en sum av erfaringer og bedømminger av hva folk syntes er rimelig ut fra alder, grad av sykdom og sosial situasjon. Individualismen beskriver helse som helt individuelt og må måles fra individ til individ. Med ulike definisjoner er det imidlertid en konsensus om at helse er subjektivt og tidsbetinget (Leonardi, 2018; Saylor, 2004).

Ottawa-charteret i 1986 ble ansett som startskuddet for helsefremmende arbeid på internasjonalt nivå. Dette var den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid, i regi av verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 1986). Charteret belyste hvordan samfunn, systemer og nærmiljø kunne brukes for å forebygge sykdom, men mest av alt for å fremme helse i befolkningen. Dette inkluderte at individet skulle få mulighet til å utvikle personlige ferdigheter, styrking av lokalsamfunnets mulighet for kontroll over fremtidig folkehelsearbeid samt en reorientering av helsetjenester mot et mer forebyggende arbeid. Dette skulle foregå parallelt med en helsefremmende føring i politikken. Konferansen tok også for seg helsebegrepet, og definerte noen forutsetninger som må ligge til grunn for at et samfunn kunne være helsefremmende. Dette innebar fundamentale omstendigheter for å leve, som eksempelvis fred, husly, inntekt og tilgang til mat. I tillegg ble faktorer som utdanning, stabilt økosystem, sosial rettferdighet og utjevning av sosiale ulikheter presentert

som viktige satsningsområder i det helsefremmende arbeidet (World Health Organization, 1986).

Innen helsefremmende arbeid er den salutogene teorien, utarbeidet av sosiologen Aaron Antonovsky, mye benyttet (Walseth & Malterud, 2004). Antonovsky diskuterte hvordan motstandsressurser i livet har betydning for hvordan vi takler stressende hendelser og sykdom senere i livet (Antonovsky, 1987). Når vi står overfor vanskelige situasjoner, mobiliserer vi de motstandsressursene vi har. Slike motstandsressurser kan eksempelvis være god oppvekst, god økonomi, trygg bolig og opplevelsen av sosial støtte. Personer med høy grad av motstandsressurser i livet vil oppleve en sterk «opplevelse av sammenheng» (Antonovsky, 1987). Antonovsky beskrev de tre hovedelementene håndterbarhet, begripelighet og overkommelighet, som nødvendige for en opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1987). Dette innebærer at individet tror hen kan håndtere og påvirke situasjonen og at den virker logisk og meningsfylt. Dette er igjen forbundet med økt egenvurdert helse, psykisk helse og livskvalitet (Eriksson & Lindström, 2006).

Helse og livskvalitet er to begreper som er nært beslektet. I internasjonal litteratur har livskvalitet fått økt oppmerksomhet og blir ofte omtalt i sammenheng med helse (Diener et al., 2017; Steptoe et al., 2015). Flere studier tyder på at livskvalitet og helse ikke er enkeltstående begreper i seg selv, men at de korrelerer med hverandre og henger sammen (Nes et al., 2020; Slade, 2010; World Health Organization, 2018).

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet er et begrep som både kan defineres ut fra objektive mål på levekår og fra subjektive mål på livskvalitet (Nes, 2016). I motsetning til økonomiske mål på velstand tar livskvalitet for seg faktorer om hvordan befolkningen har det i livet på individnivå. I Norge blir livskvalitet ofte knyttet opp mot det internasjonale begrepet «well-being» som er et begrep med flere forståelser (Carlquist, 2015). Én forståelse av livskvaliteten tar utgangspunkt i den hedoniske teorien der menneskets subjektive oppfatning er i sentrum (Carlquist, 2015). I dette perspektivet handler livskvalitet om opplevelsen av tilfredshet, samt tilstedeværelsen av gode følelser og fravær av vonde følelser. Tilfredshet blir ofte omtalt som den «kognitive livskvaliteten» og beskriver hvor fornøyd individet er i livet for øyeblikket (Nes et al., 2018).

De positive og negative følelsene blir ofte omtalt som positiv og negativ affekt, og i forskningslitteraturen blir de negative og positive følelsene anerkjent som to separate enheter (Burgdorf & Panksepp, 2006; Nes et al., 2018). Positiv affekt innebærer gode følelser som glede, vitalitet og engasjement, mens negativ affekt innebærer følelser som tristhet, nedstemthet, sinne og press (Nes et al., 2018). Denne indre forståelsen og opplevelsen blir derfor definert som subjektiv livskvalitet, og kan variere fra god til dårlig i tillegg til at opplevelsen til tider kan være urelatert til sykdom og helseplager (Carlquist, 2015; Nes, 2016).

En annen forståelse av livskvaliteten har elementer fra den eudamoniske teorien som handler om hvordan menneskets funksjon og handlinger fører til realisering av sine potensialer, sosiale relasjoner, mestring, mening og autonomi (Carlquist, 2015). Dette perspektivet blir ofte kalt for «den objektive livskvaliteten» fordi den omfatter hva en objektiv sett mener er gode forhold for mennesket, og tar avstand fra menneskets subjektive oppfatninger (Carlquist, 2015; Nes, 2016). Eksempler på «gode forhold» er skole, utdanning og arbeid (Nes et al., 2018). I rapporten «Livskvalitet, anbefalinger for et bedre målesystem» beskriver Nes og kolleger (2018) disse forholdene som ressurser som beskytter mot krav og belastninger i livet og samtidig fremmer selvutvikling. Disse forholdene påvirkes igjen av samfunnsstrukturelle faktorer som kultur, politisk styresett og fred, i tillegg til natur og nærmiljø. Eksempelvis vil hvilke muligheter en har for skole og utdanning påvirke hvilken jobb og inntekt en får. Dette vil igjen påvirke hvilken grad mennesket mestrer økonomiske belastninger. Selv om hedonisk livskvalitet og eudamonisk livskvalitet er to forskjellige oppfatninger av livskvaliteten, understreker Carlquist (2015) at eudamonisk livskvalitet ofte kan føre til en bedre hedonisk livskvalitet ved at «god fungering» fører til positiv affekt.

I Stortingsmelding 19 (2014-2015) «folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter» blir psykisk helse presentert som en elementær bestanddel av livskvaliteten. Psykisk helse er ikke en enkeltstående faktor i seg selv, men henger sammen med og påvirker livskvaliteten. Dette var likevel ikke første gang psykisk helse ble presentert som en viktig bestanddel av livskvaliteten. Allerede i 1998 definerte WHO (1998) livskvalitet som «enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kulturen og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker at livet skal være og hva de er opptatt av». Denne definisjonen vektlegger den subjektives oppfatning i kontekst med omstendighetene.

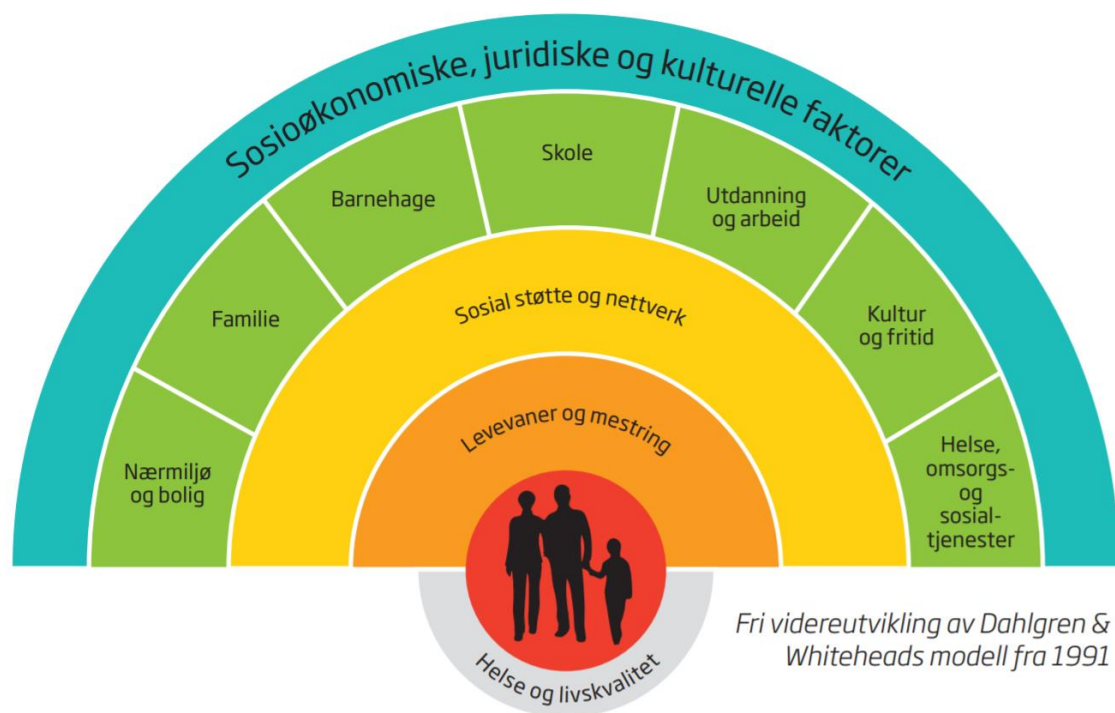
God livskvalitet er forbundet med god psykisk og fysisk helse, samt økt produktivitet og deltakelse i samfunnet (Naidoo & Wills, 2016; Nes, 2016). Det er også funnet en sammenheng mellom god livskvalitet og lavere sykefravær (Straume & Vittersø, 2015), mindre kriminalitet (Naidoo & Wills, 2016) og lavere dødelighet (Martín-María et al., 2017). I Norge oppgir de fleste livskvaliteten sin som god (Nes et al., 2020). I 2019 var den nasjonale gjennomsnittlige skåren for global livskvalitet på 7.33, på en skala fra 0-10. Mening og fornøydhet i livet er to viktige dimensjoner av subjektiv livskvalitet, og i Norge er gjennomsnittsskåren for begge dimensjonene 7.5 (Nes et al., 2020). Det er likevel store variasjoner i livskvalitet på tvers av befolkningen. Innbyggere med høyere utdanning har en signifikant høyere livskvalitet sammenlignet med personer med lavere utdanning (Nes et al., 2020). Blant innbyggerne som befinner seg i laveste inntektskvartil rapporterer hele 36 prosent en svak opplevelse av mening (Støren et al., 2020). Andelen reduseres til 14 prosent blant innbyggerne som befinner seg i den høyeste inntektskvartilen. I tillegg ses det at personer som er arbeidsledige eller uføre, har nedsatt funksjonsevne, har psykiske plager eller dårlig egenvurdert helse, skårer lavt på subjektiv livskvalitet (Støren et al., 2020).

Det er også funnet forskjeller når det gjelder alder, kjønn og livskvalitet (Nes et al., 2020). De yngre er mindre fornøyde i livet og opplever lavere grad av mening enn de eldre. De opplever også mer ensomhet, tristhet og bekymringer (Nes et al., 2020). I befolkningen ses det en økning i livskvaliteten frem til 70-års alder hvor livskvaliteten flater ut (Nes et al., 2020). Når det gjelder kjønn, så skårer menn signifikant lavere på mening i det daglige sammenlignet med kvinner, mens skår på fornøydhet i livet fordeler seg relativt likt mellom kjønnene (Nes et al., 2020). Det vil bli gjort rede for hva forskning viser om assosiasjoner mellom ulike faktorer og livskvalitet i neste kapittel.

2.4 Faktorer som påvirker helse og livskvalitet

Faktorer som påvirker helse og livskvalitet gjennom livets løp kalles helsedeterminanter (Naidoo & Wills, 2016). Dahlgren og Whitehead (1991) utviklet den sosiale helsemodellen «Main determinants of health», en regnbueformet figur som illustrerer påvirkningsfaktorer for helsen, lag for lag (Figur 1). Lagene strekker seg fra individuelle faktorer som genetikk, alder, kjønn og atferd ut til sosiale nettverk, deretter til samfunnsstrukturelle faktorer som arbeidsforhold og kulturelle, sosioøkonomiske og miljømessige faktorer (Dahlgren & Whitehead, 1991). Med bakgrunn i denne modellen kan helse og livskvalitet ses i et holistisk

perspektiv der helse og livskvalitet er et resultat av genetiske, atferdsmessige, sosiale og samfunnsstrukturelle forhold. For å sikre rettferdige helsemuligheter for hele befolkningen, utjevne sosiale forskjeller og fremme helse bør folkehelsestrategier legges i alle de fire lagene (Dahlgren & Whitehead, 1991). Et samfunn som blant annet legger til rette for mestring, mening, tilhørighet og autonomi legger til rette for en god psykisk helse og livskvalitet for befolkningen (Helsedirektoratet, 2014). I forskningslitteraturen er det funnet flere viktige determinanter for livskvaliteten. I den kommende teksten blir relevante determinanter for denne oppgaven presentert. Disse er alder, kjønn, sosioøkonomiske variabler, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet.



Figur 1. Modell om Helse og livskvalitet, videreutviklet fra Dahlgren og Whiteheads modell fra 1991 (Helsedirektoratet, 2014).

2.4.1 Kjønn og alder

Kjønn er en determinant som er nært knyttet til helse og livskvalitet og påvirker både livskvaliteten, mortalitet og morbiditet (Agrawal et al., 2011; Jensen, 2007). I 2020 var den forventede levealderen for norske kvinner 84,9 år og 81,5 år for norske menn (Bævre, 2014). Kvinner er forventet å leve lenger enn menn, men med hyppigere forekomst av sykdom og mer bruk av helsetjenester (Jensen, 2007). I tillegg har kvinner høyere prevalens av psykiske lidelser som depresjon og angst sammenlignet med menn (Afifi, 2007). Likevel forekommer det en høyere prevalens av selvmord både nasjonalt og internasjonalt blant menn (Afifi, 2007; Folkehelseinstituttet, 2021). I tillegg er det registrert et hyppigere alkoholinntak og en høyere risiko for antisosial atferd blant menn som opplever stressende situasjoner, sammenlignet med kvinner (Afifi, 2007). Tall fra statistisk sentralbyrå indikerer dårligere levevaner blant menn sammenlignet med kvinner, der menn har en høyere prevalens av røyking, alkoholinntak, overvekt og fedme (Statistisk sentralbyrå, 2019). I Norge er det store kjønnsforskjeller i skoleprestasjon gjennom hele utdanningsløpet, der gutter i gjennomsnitt presterer vesentlig lavere enn jenter (NOU 2019:3, 2019). Denne forskjellen i skoleprestasjon mellom jenter og gutter fører videre til utdanningsforskjeller. Man antar at det er en stor gruppe menn som lever i et utenforskap på bakgrunn av disse forskjellene i skoleprestasjon og utdanning mellom kjønn.

Internasjonal litteratur rapporterer sprikende resultater på forskjellen i livskvalitet mellom kvinner og menn. Noen studier har funnet at kvinner har høyere livskvalitet enn menn (Alesina et al., 2004; Blanchflower & Oswald, 2004). I andre studier har man derimot ikke funnet signifikante forskjeller i livskvalitet mellom kvinner og menn (Pinquart & Sörensen, 2001; Westerhof & Barrett, 2005). I litteraturen blir det poengtert at de motstridende funnene trolig henger sammen med hvordan livskvalitet blir målt. I internasjonal forskning blir mål på subjektiv livskvalitet ofte kategorisert i gode følelser (positiv affekt), negative følelser (negativ affekt) og fornøydhet i livet (Agrawal et al., 2011; Dolan et al., 2008). I Norge har man eksempelvis funnet at kvinner har en høyere opplevelse av sosiale relasjoner og fornøydhet i livet, mens menn opplever mer mestring og positive følelser (Støren & Rønning, 2021).

Alder er en annen determinant for helse og livskvalitet (Steptoe et al., 2015) og det finnes ulike empiriske studier og teorier som forsøker å forklare forskjellen mellom ulike aldersgrupper og livskvalitet (Dolan et al., 2008). Clark og kolleger (1996) foreslår at den subjektive livskvaliteten utvikler seg i en u-form gjennom livet der livskvaliteten synker frem til mennesket er 36 år, for så å øke igjen. Selv om denne teorien har blitt kritisert for metodiske begrensninger (Dolan et al., 2008; Galambos et al., 2020; Galambos et al., 2021) har flere studier bekreftet denne teorien (Blanchflower & Oswald, 2004; Blanchflower, 2021; López et al., 2013). Easterlin (2006) foreslår den omvendte u-hypotesen der befolkningens livskvalitet øker frem til 40-års alderen for så å synke. Det er riktignok ikke et stort antall studier som har undersøkt denne hypotesen (López et al., 2013). Agrawal og kolleger (2011) fant en signifikant lavere fornøydhet i livet og økt frekvens av negative følelser blant unge menn, sammenlignet med eldre menn. Samtidig har det å føle seg yngre enn ens faktiske alder, vist seg å være en fremmede faktor for livskvaliteten (Westerhof & Barrett, 2005). I Norge er det funnet indikasjoner på tilsvarende funn der den yngre befolkningen har høyere risiko for å ha lav livskvalitet, sammenlignet med den eldre befolkningen (Støren & Rønning, 2021). Den sosioemosjonelle selekteringsteori handler om at eldre mennesker velger flere meningsfulle aktiviteter og handlinger som gir gode opplevelser og positive emosjoner, fremfor yngre grupper som velger handlinger som gir resultater i fremtiden. Denne teorien blir ofte benyttet som en årsaksforklaring til hvorfor eldre grupper rapporterer høyere livskvalitet enn yngre grupper (Carstensen et al., 1999; Carstensen et al., 2003; Hicks et al., 2012).

2.4.2 Sosioøkonomiske faktorer

Forskjeller i utdanning, yrke og inntekt viser seg å spille en viktig rolle for individets helse og livskvalitet (Dahl et al., 2014; Dolan et al., 2008; Sund & Krogstad, 2005). I forskningslitteraturen er det en sterk evidens på at personer med lavere utdanning og inntekt ofte har dårligere helse og livskvalitet sammenlignet med personer med høy utdanning og inntekt (Dolan et al., 2008; Kristenson et al., 2004). Denne sammenhengen er lineær og blir ofte beskrevet som den «sosioøkonomiske gradient» (Helsedirektoratet, 2018a). Desto høyere plassering individet befinner seg på den sosioøkonomiske gradienten, jo bedre helse og livskvalitet har individet. Gradienten baserer seg på et gjennomsnitt i befolkningen og det er selvsagt individuelle forskjeller og unntak. Sosiale ulikheter er altså et velferds- og livskvalitetsproblem, fordi personer med lav sosioøkonomisk status har ofte dårligere helse og lavere forutsetninger for fornøydhet i livet, trivsel og livskvalitet (Dahl et al., 2014). Sosiale

ulikheter er også en utfordring for velferdsstatens økonomiske bærekraft ved at det reduserer verdiskapingen og øker utgifter. Årsaksmekanismene bak de sosioøkonomiske forskjellene i helse og livskvalitet er komplekse og sammensatte (Helsedirektoratet, 2018a). Det antas at noen av årsaksmekanismene er relatert til oppvekst og livsforløp, helseatferd, fysiske og miljømessige omgivelser samt tilgjengelighet av helsetjenester og andre ytelser (Dahl et al., 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Som indikator på sosioøkonomiske faktorer brukes ofte utdanning, yrkesstatus og inntekt/økonomi (Folkehelseinstituttet, 2005).

Utdanning

Grad av utdanning er en viktig determinant for livskvaliteten. I Norge er det funnet at personer med lav utdanning har dårligere livskvalitet enn de med høyere utdanning (Nes., mfl., 2020). I internasjonal sammenheng er utdanning også funnet å være assosiert med helse og livskvalitet (Keyes et al., 2002; Ross & Wu, 1995; Strand et al., 2010; World Health Organization, 2018). Det er ulike hypoteser om hvordan grad av utdanning påvirker livskvalitet. Inntektsmulighetene en ofte får av høy utdanning, i tillegg til muligheter for selvrealisering, har blitt pekt på som hovedårsaker til at høyere utdanning er forbundet med høy livskvalitet (Cramer et al., 2002) .

Ross og Wu (1995) identifiserte arbeidsgivende inntekt, sosiale nettverk og livsstil som tre underliggende faktorer som forklarte sammenhengen mellom utdanning, helse og livskvalitet. Personer som er utdannet har lavere sannsynlighet for å være arbeidsledige og har høyere sannsynlighet for å ha fulltids stillinger, givende arbeid, høy inntekt og redusert sannsynlighet for fattigdom (Ross & Wu, 1995). Å være i utdanning eller arbeid bringer med seg sosiale ressurser i form av sosial støtte (Ross & Wu, 1995). Det ses i tillegg til at personer med høy utdanning har en gunstigere livsstil sammenlignet med de med lav utdanning. De med lav utdanning har høyere sannsynlighet for å bruke tobakk, drikke alkohol og være fysisk inaktiv (Ross & Wu, 1995). Det er derfor trolig at utdanning ikke bare påvirker helsen, men også livskvaliteten.

Utdanning er altså en viktig determinant for livskvalitet. Både internasjonal og nasjonal forskning rapporterer lavere fullført utdanning blant menn sammenlignet med kvinner (Kujala et al., 1998; NOU 2019:3, 2019; World Health Organization, 2018). I Norge har man sett at gutter både har lavere gjennomføring av skolegang og lavere karakterer enn jenter. Forskjellene starter allerede på grunnskolen hvor jenter skårer bedre på lesing og regning enn gutter (NOU 2019:3, 2019). På videregående skole har gutter i gjennomsnitt 7-9 karakterpoeng lavere på vitnemålet sammenlignet med jenter. I løpet av en femårs periode vil

30% av alle mannlige elever som har påbegynt videregående skole ikke fullføre (NOU 2019:3, 2019). Dette er ti prosentpoeng høyere enn jenters frafall. Det ses også forskjeller i gjennomføring av høyere utdanning mellom kjønn hvor flere kvinner enn menn tar høyere utdanning og dette er en trend som antas å øke (NOU 2019:3, 2019). Ved at gutter får dårligere karakterer i tillegg til at de har lavere sannsynlighet for å fullføre videregående skole enn kvinner, vil de ligge bak i kappløpet om studieplass allerede i ung alder. Dette gjør at unge menn kan utgjøre en gruppe der det er spesielt viktig å få mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker livskvalitet.

Yrke

Å være sysselsatt med lønngivende inntekt er en viktig determinant for livskvalitet og helse. På befolkningsnivå ses det at personer som er i jobb er friskere, lykkeligere og har bedre livskvalitet enn personer som står utenfor arbeidslivet (Cole et al., 2009; Ross & Wu, 1995). Å være i arbeid fasiliterer sosiale nettverk, inntekt og selvrealisering som alle er faktorer som bidrar til god livskvalitet (Cole et al., 2009; Ross & Wu, 1995). I Norge skårer gruppen som er pensjonister eller yrkesaktive høyest på tilfredshet, en indikator for god livskvalitet (Støren & Rønning, 2021).

Å være utenfor arbeidslivet har flere negative effekter på livskvaliteten, og dette gjelder særlig for menn (Dolan et al., 2008; Ytterdahl & Fugelli, 2000). I En nasjonal studie utført av Ytterdahl og Fugelli (2000) ble det funnet en assosiasjon mellom langtidsledighet og redusert livskvalitet generelt, men der menn kom dårligere ut enn kvinner. Arbeidsledige menn opplever i høyere grad dårligere selvfølelse og lavere selvrealisering enn arbeidsledige kvinner. Dette kan igjen føre til en helseskadelig atferd (World Health Organization, 2018; Ytterdahl & Fugelli, 2000). Den subjektive livskvaliteten til menn ser ut til å påvirkes av tidligere arbeidsledighet så vel som nåværende arbeidsledighet (Dolan et al., 2008). En indirekte effekt av arbeidsledighet er inntektstapet som også viser seg å ha en negativ innvirkning på den subjektive livskvaliteten (Cummins, 2000). Dette blir presentert ytterligere nedenfor.

Inntekt

På lik linje med utdanning og yrke er inntekt en viktig determinant for livskvalitet og helse. Internasjonalt ses det at populasjoner med høy inntekt i snitt er lykkeligere enn de med lav inntekt (Diener et al., 1999; Easterlin, 1995). I Norge er det funnet en hyppighet av lav livskvalitet blant de som rapporterer vanskelig økonomi (Nes et al., 2020). Det er utført flere internasjonale studier på sammenhengen mellom inntekt og subjektiv livskvalitet, men funnene er komplekse (Ferrer-i-Carbonell, 2005). Flere studier finner imidlertid en svak korrelasjon mellom inntekt og livskvalitet (Clark & Oswald, 1994; Diener & Seligman, 2004; Ferrer-i-Carbonell, 2005). Eksempelvis fant en studie utført på befolkningen i Tyskland at inntektsøkning hadde en god effekt på subjektiv livskvalitet blant den fattigere befolkningen, men en inntektsøkning blant befolkningen med god inntekt ga ingen øvrig økning i subjektiv livskvalitet (Ferrer-i-Carbonell, 2005). Tilsvarende funn fant Diener og kolleger (1993) som illustrerte at samvariasjonen mellom inntekt og subjektiv livskvalitet var kurvlineær, men at økningen i subjektiv livskvalitet avtok gradvis for gruppene med høyest inntekt.

2.4.3 Psykisk helse

Begrepet psykisk helse omfatter både psykiske plager og lidelser, samt god psykisk helse og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Psykisk helse inkluderer vår emosjonelle, psykologiske og sosiale livskvalitet (well-being) (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Slik sett kan det diskuteres om psykisk helse er en determinant for livskvalitet, da god livskvalitet er en del av god psykisk helse og sammenhengen mellom psykisk helse og livskvalitet er kompleks (Reneflot et al., 2018). I litteraturen blir gode følelser (positiv affekt) og dårlige følelser (negativ affekt) anerkjent som to separate kognitive prosesser (Burgdorf & Panksepp, 2006). Dette innebærer at fravær av negative følelser som nedstemthet og tristhet ikke er ensbetydende med tilstedeværelse av gode følelser som glede og tilfredshet. God og dårlig psykisk helse blir derfor sett på som to uavhengige enheter, og dette ses også i sammenheng med livskvaliteten. God psykisk helse kan beskrives som en opplevelse av mestring, tilfredshet, tilhørighet og opplevelse av mening og positive relasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Disse positive opplevelsene skal virke beskyttende for individets ressurser i livets belastninger og føre til økt livskvalitet.

Psykiske lidelser og plager fører ofte til nedsatt funksjon og redusert livskvalitet (Malone & Wachholtz, 2018; Malt & Aslaksen, 2020). Det er særlig livskvalitetsdimensjonen «tilfredshet i livet» som påvirkes av symptomer på angst og depresjon (Reneflot et al., 2018). Reneflot og kolleger (2018) rapporterte en dobling av skår på tilfredshet blant personer med lav grad av psykiske plager. Psykiske plager og lidelser defineres ulikt (Centers for Disease Control and Prevention, 2021), og en person kan ha psykiske plager uten å ha en diagnose for en psykisk lidelse (Reneflot et al., 2018). Psykiske plager karakteriseres ved følelser som engstelse og nedstemthet, og opplevd belastning av de psykiske plagene kan variere mellom individer (Reneflot et al., 2018). Psykiske lidelser er en paraplybetegnelse på flere sykdommer og er samlet i et internasjonalt diagnostisk system (Tesli et al., 2014). De mest utbredte psykiske lidelsene blant den voksne befolkningen er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser. I Norge er forekomsten av depresjon og angst henholdsvis 10% og 15% hvert år (Malt & Aslaksen, 2020).

I motsetning til andre ikke-smittsomme sykdommer debuterer psykiske lidelser oftest i ung alder (Knudsen & Mykletun, 2020). Studier viser at unge mennesker i alderen 18-24 år har høyest risiko for å ha depresjon eller angst blant den voksne befolkningen (Espejo et al., 2012; Strine et al., 2008). Psykiske lidelser fordeler seg ulikt mellom kjønnene og generelt er det en høyere prevalens av psykiske lidelser blant kvinner (Espejo et al., 2012; Knudsen & Mykletun, 2020), mens rusrelaterte lidelser er vanligere blant menn (Knudsen & Mykletun, 2020).

2.4.4 Sosial støtte

Cobb (1976) definerte sosial støtte som «individets opplevelse av å bli omfattet med kjærlighet og omsorg, å bli aktet og verdsatt, samt å tilhøre et sosialt nettverk med gjensidige forpliktelser. Sosial støtte er en viktig determinant for den subjektive livskvaliteten (Støren et al., 2020; Turner, 1981). Tidligere empiri viser til en assosiasjon mellom sosial støtte og subjektiv livskvalitet (Brannan et al., 2013), der en opplevelse av høy sosial støtte er positivt assosiert med positiv affekt og fornøydhet i livet (Chou, 1999; Meehan et al., 1993; Siedlecki et al., 2014). I tillegg har man funnet en reduksjon i negativ affekt ved høy grad av opplevd sosial støtte (Chou, 1999; Siedlecki et al., 2014). Eksempelvis fant Chou (1999) at personer som opplevde høyere grad av sosial støtte var mindre bekymret, triste og engstelige sammenlignet med de som opplevde lav grad av sosial støtte. Det er indikasjoner på at sammenhengen mellom sosial støtte og subjektiv livskvalitet kan modereres av hvem man får

sosial støtte fra, og dette påvirkes igjen av kultur og kontekst (Brannan et al., 2013; Chou, 1999; Suldo et al., 2009). Noen studier foreslår også at det å gi sosial støtte har en større effekt på den subjektive livskvaliteten, fremfor det å motta sosial støtte (Siedlecki et al., 2014; Thomas, 2009).

Sosial støtte deles vanligvis inn i fire underkategorier (Folkehelseinstituttet, 2014).

Emosjonell støtte beskriver en opplevelse av gjensidig omsorg, tilhørighet til hverandre, kjærlighet, tillit og empati. Bekreftende støtte oppstår når mennesket får tilbakemeldinger og anerkjennelser. Informerende støtte handler om å få råd og anbefalinger. Instrumentell støtte beskriver en materiell støtte i form av økonomisk og praktisk hjelp. Den instrumentelle støtten vil bidra til økt mestring og selvfølelse ved at en får hjelp til å løse problemer (Karademas, 2006). Selv om hver underkategori av sosial støtte utgjør en spesiell funksjon viser forskningslitteraturen flere indikasjoner på at emosjonell og instrumentell støtte har den sterkeste assosiasjonen med subjektiv livskvalitet (Grav et al., 2011; Hombrados-Mendieta et al., 2013; Suldo et al., 2009).

I lys av den salutogene teori er sosial støtte en viktig motstandsressurs fordi den kan føre til at individet behersker stresset som blir utløst av krevende situasjoner (Antonovsky, 1987; Mittelmark et al., 2017). Derfor vil personer med lav sosial støtte trolig ha en høyere stressrespons på utfordringer og påkjenninger i hverdagslivet enn personer med høy sosial støtte (Cobb, 1976). Dette kan trolig relateres til studien av Grey og kolleger (2020) som fant en lavere prevalens av psykiske plager og depresjon blant elever som opplevde høy sosial støtte, sammenlignet med personer som opplevde lav sosial støtte, under Covid-19 pandemien. I tillegg til at lav grad av sosial støtte reduserer livskvaliteten, er lav sosial støtte forbundet med økt risiko for hjerte- og karsykdom, slag, psykisk stress, tidlig død og selvmord (Berkman et al., 2015; Cobb, 1976; Otsuka et al., 2019). På landsbasis ses det at personer som er i risiko for å oppleve lav sosial støtte er unge mennesker i alderen 18-24 år, innvandrere, uføre, arbeidsledige og personer med dårlig helse og dårlig økonomi (Barstad, 2021).

Flere nasjonale undersøkelser indikerer at norske kvinner har høyere grad av sosial støtte, enn norske menn (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Dette viser seg ved at menn rapporterer lavere skår for opplevelsen av støttende og givende relasjoner og rapporterer at de har færre å støtte seg til hvis de får personlige problemer, enn hva kvinner rapporterer (Nes et al., 2020). En større andel norske menn rapporterer også at de har lav grad av givende relasjoner, enn norske kvinner (Støren & Rønning, 2021). Denne forskjellen i grad

av sosial støtte mellom kjønn har også blitt funnet i internasjonal forskningslitteratur, der menn rapporterer lavere grad av sosial støtte enn kvinner (Grey et al., 2020; Matthews et al., 1999).

2.4.5 Fysisk aktivitet

En annen viktig determinant for helse og livskvalitet er fysisk aktivitet. Å være i fysisk aktivitet forebygger fysisk og psykisk sykdom, øker livskvaliteten, gir flere friske leveår og forebygger tidlig død (Bahr, 2009; Dalene et al., 2019). Fysisk aktivitet kan defineres som «enhver aktivitet utført av skjelettmuskulaturen som øker energiforbruket over hvilemetabolismen» (Bahr, 2020). Den norske minimumsanbefalingen for fysisk aktivitet blant den voksne befolkningen er 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet, per uke (Helsedirektoratet, 2019).

Det er begrenset med internasjonale studier som har studert sammenhengen mellom fysisk aktivitet og subjektiv livskvalitet (Dolan et al., 2008). Det er riktignok funnet indikasjoner på at økt fysisk aktivitet bidrar til økt lykke og glede (Zhang & Chen, 2019), økt vitalitet og bedret psykisk helse (Häkkinen et al., 2010) og psykisk velvære og mestring (Bahr, 2009; Hillsdon et al., 2005). Flere studier har rapportert en svak signifikant sammenheng mellom fysisk aktivitet og positiv affekt, men ikke negativ affekt (Buecker et al., 2020; Pasco et al., 2011; Wiese et al., 2018). Disse funnene kan indikere at fysisk aktivitet er en fremmende, fremfor forebyggende, determinant for subjektiv livskvalitet. Ved hjelp av tverrsnittstudier, intervensjonsstudier og metastudier er det funnet flere signifikante sammenhenger mellom fysisk aktivitet og subjektiv livskvalitet (Buecker et al., 2020). Det er likevel uklart hvor sterk denne sammenhengen er da det er brukt ulike målemetoder og definisjoner for fysisk aktivitet i tillegg til at studiene er utført på ulike populasjoner (Buecker et al., 2020).

Flere internasjonale studier har undersøkt assosiasjonen mellom fysisk aktivitet og mentale lidelser som angst og depresjon (Dimeo et al., 2001; Dinas et al., 2011; Harvey et al., 2018; Stubbs et al., 2017). Harvey og kolleger (2018) fant ingen langtidseffekt mot angst ved fysisk aktivitet. Stubbs og kolleger (2017) fant derimot en assosiasjon mellom fysisk inaktivitet og høy prevalens av angst. Fysisk aktivitet har vist seg å ha en forebyggende og behandlende effekt mot depresjon (Dimeo et al., 2001; Harvey et al., 2018). Det er derimot usikkert om den forebyggende effekten av fysisk aktivitet er på bakgrunn av en direkte årsakssammenheng eller kun en korrelasjon. Personer som driver med mye fysisk aktivitet kan representere

personer med større motstandskraft i livet og som har flere ressurser, enn personer som er fysisk inaktive (Martinsen, 2008).

Peluso og Andrade (2005) beskriver tre hypoteser for mekanismene bak den positive virkningen fysisk aktivitet har på psykisk helse og livskvalitet. Dette er mestringsfølelse, sosiale interaksjoner og distraksjon. Fysisk aktivitet kan virke utfordrende, så ved å overkomme barrieren og mestre aktiviteten kan dette føre til mestringsfølelse. Flere treningsøkter gjennomføres i sosiale sammenhenger som vil legge til rette for opplevelsen av sosial støtte, som igjen påvirker mental helse. Distraksjon nevnes som en hypotese ettersom fokus på fysisk aktivitet distraherer individet fra å tenke i negative tankerekker man til vanlig opplever (Peluso & Andrade, 2005).

Assosiasjonen mellom fysisk aktivitet og subjektiv livskvalitet gjelder trolig for alle aldersgrupper (Häkkinen et al., 2010; Netz et al., 2005). Selv om alder påvirker i hvilken grad en er fysisk aktiv, er det lite som tyder på at alder påvirker sammenhengen mellom fysisk aktivitet og subjektiv livskvalitet (Pawlowski et al., 2011). Det er flere kvinner enn menn som er fysisk aktive, men menn som er fysisk aktive skårer høyere på indikatorer for subjektiv livskvalitet enn kvinner som er fysiske aktive (Liao et al., 2021; Zhang & Chen, 2019). Det er imidlertid usikkert om disse funnene gjelder for alle aldersgrupper, ettersom de fleste studier ser på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og subjektiv livskvalitet for eldre grupper (Dolan et al., 2008).

2.5 Østfold

Dataene som undersøkes i denne masteroppgaven er hentet fra Østfold og det kan være nyttig å vite litt mer om konteksten for dataene. Frem til 2020 var Østfold et fylke i Øst-Norge (Thorsnæs, 2020). Fylket bestod av 18 kommuner med et totalt innbyggertall på 297 520 personer. Fra 1. januar 2020 ble Østfold, Buskerud og Akershus sammenslått til Viken fylke (Mæhlum, 2021). I denne oppgaven er det innhentet data fra befolkningsundersøkelsen «Oss i Østfold, 2019» og i den følgende delen vil relevant bakgrunnsinformasjon om det tidligere fylket bli presentert.

Det er flere folkehelseutfordringer tilknyttet Østfold fylke. Sammenlignet med landet som helhet har befolkningen i Østfold i snitt lavere utdanningsnivå, flere med lav inntekt og flere som får stønad til livsopphold (Østfold Fylkeskommune, 2019). Fylket viser høyere forekomst av overvekt og fedme, hjerte- og karsykdom og kronisk obstruktiv lungesykdom, og befolkningen har noe lavere gjennomsnittlig levealder i befolkningen sammenlignet med landet som helhet (Folkehelseinstituttet, 2019; Østfold Fylkeskommune, 2019). Prevalensen av psykiske lidelser er økende, og bruk av medikamentell behandling er høyere enn landsgjennomsnittet (Østfold Fylkeskommune, 2019). Befolkningen skårer under landsgjennomsnittet på subjektiv livskvalitet og det er de yngre aldersgruppene som skårer lavest (Østfold Fylkeskommune, 2019). I tillegg rapporteres det lav livskvalitet blant personer med lav utdanning og inntekt, arbeidsledige eller personer med sykdom.

Folkehelsen blant den yngre befolkningen i Østfold skiller seg særlig ut, både på landsbasis og innad i fylket. Unge innbyggere (18-24 år) fra Østfold er den populasjonen i Norge som skårer høyest på gjennomsnittlig grad av nedstemthet (Nes et al., 2020). Denne gruppen er blant dem med lavest gjennomsnittlig skår på mening i hverdagen og fornøydhet i livet, og her kommer menn dårligst ut. Nasjonalt opplever den unge befolkningen mest ensomhet, og Østfold er et av fylkene med høyest gjennomsnittsskår på opplevelsen av denne følelsen. Det er små forskjeller i determinanter for livskvalitet mellom kvinner og menn i fylket. Kvinner er litt mer glade og opplever i høyere grad støttende og givende relasjoner enn menn (Nes et al., 2020).

3 Problemstilling

På bakgrunn av empiri og forskning forstås det at menn er en gruppe som er utsatt for lav subjektiv livskvalitet (Nes et al., 2020). I tillegg viser forskningslitteraturen flere indikatorer på at unge menn har høyere risiko for å ha lavere livskvalitet enn eldre menn (Støren et al., 2020; Østfold Fylkeskommune, 2019). Østfold er et område som skårer lavere på flere folkehelsemål enn landet som helhet, og det er grunn til å tro at dette kan ha innvirkning på livskvaliteten deres (Folkehelseinstituttet, 2019; Nes et al., 2020). Det er derfor behov for ytterligere kunnskap om livskvaliteten til menn i Østfold.

Hensikten med denne studien er å undersøke forskjellen i global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn i Østfold, samt undersøke assosiasjonen mellom utdanning, nåværende hovedaktivitet, opplevd økonomi, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet, og global livskvalitet.

På bakgrunn av dette er forskningsspørsmålene for denne studien som følger:

1. Er det en forskjell i opplevd global livskvalitet mellom unge og eldre menn i Østfold?
2. Er det forskjell i hvordan sosioøkonomiske faktorer, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet er assosiert med global livskvalitet hos unge og eldre menn?
3. Kan alder, sosioøkonomiske faktorer, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet forklare variasjonen i global livskvalitet hos menn i Østfold?

4 Metode

4.1 Studiedesign

For å besvare problemstillingen er det gjennomført en kvantitativ tverrsnittstudie. Data ble hentet fra befolkningsundersøkelsen «Oss i Østfold, 2019» gjennomført av Østfold fylkeskommune. Denne befolkningsundersøkelsen hadde som formål å innhente kunnskap om levekår, helse og livskvalitet blant befolkningen i Østfold.

4.2 Utvalg

Inklusjonskriterier for befolkningskartleggingen var kvinner og menn i alderen 18-79 år med fast bopel i Østfold fylkeskommune (vedlegg 1). Studiepopulasjonen utgjorde totalt 220 699 innbyggere. Fylkeskommunen bestilte et utvalg på 116 179 deltakere fra folkeregisteret. Deltakerne ble rekruttert per e-post og dette førte til at deltakere som ikke hadde tilgang til e-post eller internett ble ekskludert. Dermed var det kun 89 740 deltakere som fikk tilsendt invitasjon. Etter datainnsamlingen gjensto det generelle utvalget med $n=16\,558$ respondenter. Andelen kvinnelige og mannlige respondenter var tilnærmet lik. Tilsvarende var fordelingen mellom alders kategoriene 18-24 år, 25-34 år, 35-49 år, 50-66 år og 67-79 år. Gruppen 18-24 år var noe underrepresentert, og utgjorde 10,2% av netto utvalg.

Utvalget for denne masteroppgaven besto av menn 18-66 år ($n=5237$). Det ble laget et analytisk utvalg for de statistiske analysene ved å fjerne de som hadde manglende data på en eller flere av variablene som skulle inkluderes i analysene. Deltakere som var pensjonister, ble også fjernet for å få mer sammenlignbare grupper. De resterende deltakerne som da utgjorde det analytiske utvalget, var totalt $n=4374$ deltakere. Fordelingen av deltakere mellom alderskategoriene var skjevfordelt, hvor unge menn (18-24 år) var underrepresentert sammenlignet med eldre menn (25-66 år).

4.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført fra april til juni 2019, i regi av Østfold fylkeskommune, (Østfold fylkeskommune, 2019). Deltakerne fikk utsendt spørreundersøkelsen i et web-format på e-post (vedlegg 1). Dette førte til en målgruppeavgrensning ettersom innbyggere uten e-post eller internett ikke fikk mulighet til å delta i undersøkelsen. For å kople deltakerens folkeregistrerte adresse opp mot riktig e-post brukte Østfold fylkeskommune et kontaktregister utarbeidet av Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI). Etter gjennomført datainnsamling sto fylkeskommunen igjen med 16558 fullførte besvarelser på spørreskjemaet.

Med den tilsendte e-posten var det vedlagt informasjon om befolkningsundersøkelsens formål, frivillig deltakelse, estimert gjennomføringstid, informasjon om tilfeldig utvalg, personvern og relevante kontaktpersoner (vedlegg 1). Det ble iverksatt ulike tiltak for å tilskynde deltakelse. Dette gjaldt tiltak som at utvalget ble innhentet i kort tid før utsendingstidspunktet, Ipad-lotteri ved deltakelse og signatur av folkehelseteamet påført fylkeskommunen og Østfoldhelse sine logoer på e-posten. I tillegg ble undersøkelsen promotert på kommunens hjemmesider.

4.4 Spørreskjema

Spørreskjemaet ble utarbeidet av Østfold fylkeskommune og Kantar (vedlegg 1). Det ble utlevert i web-format og inneholdt 59 spørsmål om deltakernes levekår. Østfold fylkeskommune estimerte 15 minutter gjennomføringstid på spørreskjemaet. Spørsmålene var fordelt under hovedkategoriene helse, arbeidssituasjon, kosthold og levevaner, fysisk aktivitet, sosial støtte, nærområdet og bakgrunn. Spørreskjemaet var på norsk med kategoriske og kontinuerlige former på svaralternativene. I denne studien ble bare de variablene som var relevante for å besvare problemstillingen benyttet og disse blir beskrevet nedenfor. Svaralternativ som «ønsker ikke å svare», «Vet ikke» og «Annet» ble kodet til «Missing».

4.4.1 Global livskvalitet

Global livskvalitet ble målt ved to spørsmål som måler både den kognitive og eudamoniske livskvaliteten til deltakerne (Nes et al., 2020). Spørsmålet som måler den kognitive livskvaliteten var: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?». Spørsmålet som måler den eudamoniske livskvaliteten var: «Alt i alt, i hvilken grad opplever du livet ditt som meningsfylt for tiden?». Begge spørsmålene skulle rangeres på en tipunkts-skala fra 0= «Ikke meningsfylt i det hele tatt» til 10= «Svært meningsfylt». De to variablene ble sammenslått til

én uvektet gjennomsnittscore for global livskvalitet (Nes et al., 2020). Global livskvalitet er benyttet som en kontinuerlig variabel i analysene.

4.4.2 Alder

Deltakernes alder ble hentet ut fra folkeregisteret, og overført som en kontinuerlig variabel i datasettet. Variabelen ble dikotomisert til 0= «Menn 18-24 år» og 1= «Menn 25-66 år».

4.4.3 Variabler for sosioøkonomisk status

Utdanning

Utdanning ble målt med spørsmålet: «Hva er din høyest fullførte utdanning?».

Svaralternativene var som følger: 1= «Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år». 2= «Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år». 3= «Høyskole/universitet mindre enn 4 år». 4= «Høyskole/universitet 4 år eller mer». 5= «Ønsker ikke å svare». Svaralternativene ble rekodet til: 0= «Grunnskole», 1= «Videregående», 2= «Høyskole/universitet» («Høyskole/universitet mindre enn 4 år» og «Høyskole/universitet mer enn 4 år»).

Nåværende hovedaktivitet

Nåværende hovedaktivitet ble målt med spørsmålet: «Hva er din nåværende hovedaktivitet?».

Svaralternativene var som følger: 1= «Yrkesaktiv heltid», 2= «Yrkesaktiv deltid», 3= «Selvstendig næringsdrivende», 4= «Sykemeldt», 5= «Arbeidsledig», 6= «Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger», 7= «Mottar sosialstønad», 8= «Alders- eller førtidspensjonist», 9= «Skoleelev eller student», 10= «Vernepliktig, sivilarbeider», 11= «Hjemmearbeidende», 12= «Annet», 99= «Ønsker ikke å svare». Variabelen ble dikotomisert til 0= «Sysselsatt» (Svaralternativ 1,2,3,9 og 10) og 1= «Ikke sysselsatt» (Svaralternativ 4,5,6,7 og 11).

Opplevd økonomi

Økonomisk situasjon ble målt ved et subjektivt mål om opplevd økonomi. Slike subjektive mål ansees som en robust og god indikator på individets økonomiske ståsted (Howard Litwin, 2009). Spørsmålet var som følger: «Hvis du bor alene- tenk på din samlede inntekt. Dersom du bor sammen med andre- tenk på den samlede inntekten til alle i husholdningen: Hvor lett eller vanskelig er det for deg/dere å få pengene til å strekke til i det daglig, med denne inntekten?». Svaralternativene var: 1= «Svært vanskelig», 2= «Vanskelig», 3= «Forholdsvis

vanskelig», 4= «Forholdsvis lett», 5= «Lett», 6= «Svært lett». Variabelen ble dikotomisert til 0= «Lett» (svaralternativ 4,5 og 6) «og 1= «Vanskelig» (svaralternativ 1,2 og 3).

4.4.4 Psykisk helse

Psykisk helse ble målt ved Hopkins symptom checklist-10 (HSCL-10) (Derogatis et al., 1974). Til tross for at det originale spørreskjema var på 25 spørsmål (HSCL-25) har det blitt vanligere å bruke kortversjonen HSCL-10 i Nord-Europa (Kleppang & Hagquist, 2016). I studien til Strand og kolleger viser de til god reliabilitet ved kortversjonen HSCL, dersom cutoff point på gjennomsnittskår er på 1.85, fremfor en gjennomsnittskår på 1.75, slik den er på HSCL-25 (Strand et al., 2009). Respondenten må besvare hvor plaget de har vært av følgende symptom den siste uken: «Frykt uten grunn», «Føler deg redd eller engstelig», «Matthet eller svimmelhet», «Føler deg anspent eller oppjaget», «Lett for å klandre deg selv», «Søvnproblemer», «Nedtrykt, tungsindig», «Følelse av å være unyttig, lite verdt», «Følelse av at alt er slit». «Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden». Symptomene skal rangeres på en firepunktsskala hvor 1= «Ikke plaget», 2= «Litt plaget», 3= «Ganske mye plaget» og 4= «Veldig mye plaget». Det ble laget en gjennomsnittscore for hver respondent som hadde skåret minimum fem av de 10 symptomene (Syed et al., 2008). Variabelen ble deretter dikotomisert til 0= «Ingen psykiske plager» (gjennomsnittscore <1.85) og 1= «Psykiske plager» (gjennomsnittscore ≥1.85).

4.4.5 Sosial støtte

For å måle deltakerens nivå av sosial støtte ble Oslo Social Support Scale benyttet (Meltzer, 2003). Dette er et selvrapporteringskjema som tar for seg tre spørsmål om subjektiv sosial støtte. Spørsmålet «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?» er rangert i en fire-punkts skala hvor 1= «Ingen», 2= «1-2», 3= «3-5» og 4= «6 eller flere». Spørsmålet «Hvor stor interesse viser andre for det du gjør?» er rangert i en fem-punkts skala hvor 1= «Ingen deltakelse og interesse», 2= «Liten deltakelse og interesse», 3= «Usikker», 4= «Noe deltakelse og interesse», 5= «Stor deltakelse og interesse». Spørsmålet «Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?» Svaralternativene er rangert i en fem-punkts skala hvor 1= «Svært vanskelig», 2= «Vanskelig», 3= «Verken lett eller vanskelig», 4= «Lett», 5= «Svært lett». Det ble konstruert en sumskår av de tre variablene for deltakerne som hadde besvart på minimum 2 spørsmål ved å lage en gjennomsnittskår som så ble multiplisert med tre. I tråd med Bøen et al. (2012) ble

sumskåren kategorisert til 0= «Lav støtte» (sumscore 3-8), 1= «Middels støtte» (9-11) og 2= «Høy støtte» (sumskår 12-14).

4.4.6 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ble målt ved spørsmålet: «Driver du med noen form for sport, mosjon eller fysisk aktivitet?» 1= «Ja», 2= «Nei». Variabelen ble rekodet til 0= «Ja», 1= «Nei».

4.4 Statistiske metoder

De statistiske analysene ble utført i IBM SPSS Statistics versjon 27.0 for Windows. For alle statistiske analyser ble statistisk signifikansnivå satt til $p < 0.05$. Deskriptiv statistikk ble benyttet for å beskrive utvalget. For å teste om det var forskjeller mellom unge og eldre menn ble det benyttet Pearson kji-kvadrat tester både for det totale og det analytiske utvalget. One-way ANOVA og Student independent t-test ble brukt til å undersøke bivariate sammenhenger mellom forklaringsvariablene og global livskvalitet. I tillegg ble Students independent t-test utført for å teste forskjeller i gjennomsnittskår på global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn for alle kategoriene i forklaringsvariablene.

Det ble gjennomført en multipl regressjonsanalyse for å undersøke den lineære sammenhengen mellom global livskvalitet og alder, utdanning, nåværende hovedaktivitet, opplevd økonomi, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet. Den standardiserte koeffisienten, β , ble benyttet som effektmål, og R^2 ble brukt for å forklare varians. Konfidensintervall for koeffisient B ble satt til 95%.

Det ble ikke funnet sterke indikasjoner på multikollinearitet i regressjonsanalysen ettersom Variance inflation factor (VIF) var under 10, toleranse var over 0.10, og $r < 0.89$ (Tabachnick & Fidell, 2013). Mahalanobis distance og Casevise diagnostics ble brukt som verktøy i SPSS for å måle uteliggere i regressjonsanalysen. Indikasjoner for en uakseptabel høy andel uteliggere ble ikke funnet ettersom Mahalanobis distance høyeste verdi var 26,10384, en verdi som ikke oversteg Chi-square distribution critical value (29,59). Resultatene fra Casevise diagnostics viste at <1% av residualene befant seg utenfor residualverdiene -3,0-3,0. I et datasett med en normalfordelt distribusjon vil ca 1% av alle tilfeller falle på utsiden av dette spekteret, uten at det påvirker resultatene på et negativt vis (Tabachnick & Fidell, 2013).

4.5 Etiske retningslinjer og vurderinger

De etiske elementene for denne studien har bakgrunn i prinsippene fra Helsinkideklarasjonen (2018), Helseforskningsloven (2008) og Helseregisterloven (2014). I 1964 ble Helsinkideklarasjonen vedtatt av World Medical Association (WMA) (2018). Dette er en internasjonal deklarasjon som legger føring på forskerens etiske ansvar under medisinsk forskning på mennesker. Helsinkideklarasjonen tydeliggjør at forskningens formål aldri skal overskride deltakerens sikkerhet og helse (World Medical Association, 2018). Siste revidering ble publisert i 2013. Loven om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven) (2008) har som formål å «fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning». Forskeren er ansvarlig for at forskningsprosjektets gjennomføring står i samsvar med Helseforskningsloven (2008). Dette innebærer at forskningen ivaretar deltakerens integritet, menneskerettigheter og menneskeverd. Det skal tas etiske hensyn før, under og etter forskningsprosessen og deltakeren skal sikres god informasjon før forskningsstart.

I henhold til § 36 i Helseforskningsloven (2008) og § 23 til §25 i Helseregisterloven (2014) har deltakeren i forskningsprosjektet rett til informasjon, innsyn, retting, sperring eller sletting av helseopplysninger. Dette er ivaretatt ved at deltakerne fikk et informasjonsskriv vedlagt invitasjonen til levekårsundersøkelsen, på e-post (vedlegg 1). Her fikk deltakerne informasjon om undersøkelsens omfang og formål med studien. I tillegg ble det oppgitt informasjon om frivilligbasert deltakelse, personvern, rett til innsyn, korrigerings og sletting av sine egne helseopplysninger. Ved å delta samtykket deltakerne til deltakelse i studien. Dersom deltakerne ønsket innsyn, revidering eller sletting kunne de ta kontakt med personvernombudet som sto oppført i informasjonsskrivet.

I overensstemmelse med Helseforskningsloven (2008) er det kun sanket inn nødvendige helseopplysninger etter angitt formål (kap. 7, §32). Forskningens formål var å innhente og analysere data om utvalgets globale livskvalitet. Innsamlingen av levekårsindikatorer hos utvalget kan ses på som et trinn i «oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen» §5 i folkehelseloven (2011). Denne tverrsnittstudien kan bli brukt i videre folkehelsearbeid for å fremme helse og forebygge sykdom blant befolkningen. I henhold til Helseforskningsloven (2008) §33 skal medisinsk og helsefaglig forskning forhåndsgodkjentes av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Norsk senter for forskningsdata (NSD) har vurdert denne tverrsnittstudien som anonymt. Derfor var det ikke nødvendig å sende inn søknad til REK om forhåndsgodkjenning.

5 Resultater

Dette kapitlet inneholder resultater fra de statistiske analysene som ble utført. Resultatene blir presentert i tre underkapitler med tilhørende tabeller og figurer. Førstkommende underkapittel inneholder en oversikt over deskriptiv data om totalt utvalg og analytisk utvalg for unge menn og eldre menn i Østfold. Videre presenteres resultatene fra de bivariate analysene som viser til bivariate sammenhenger mellom forklaringsvariablene og global livskvalitet. Til slutt blir resultatene fra den multiple regresjonsmodellen presentert.

5.1 Deskriptiv statistikk

Tabell 1 viser en oversikt over deskriptiv data, fordelt på det totale utvalget (n=5237) og det analytiske utvalget (n=4373). Unge menn hadde et høyere prosentvist frafall fra totalt til analytisk utvalg (26%), sammenlignet med gruppen med eldre menn (15%). Det var særlig unge menn med grunnskole som høyeste utdanning, psykiske plager og fysisk inaktive som hadde høyt prosentvist frafall fra totalt til analytisk utvalg (tabell 1)

Det analytiske utvalget besto av 455 unge menn og 3918 eldre menn (tabell 1). Unge menn hadde en signifikant høyere andel med grunnskoleutdanning som høyeste utdanning og en lavere andel med høyskole/universitetsutdanning sammenlignet med eldre menn.

Majoriteten av både unge og eldre menn var sysselsatt, men andelen var signifikant høyere i gruppen med yngre menn. Omtrent tre fjerdedeler i begge gruppene opplevde økonomien sin som lett. Det var en prosentvis større andel med psykiske plager blant unge menn sammenlignet med eldre menn (tabell 1). De fleste deltakerne i begge grupper opplevde middels sosial støtte, mens lav sosial støtte ble oppgitt av litt under en tredjedel av deltakerne i begge gruppene. Andelen som drev med fysisk aktivitet, var 71 % av unge menn og 67% av eldre menn (tabell 1).

Tabell 1. Deskriptiv statistisk over karakteristik og determinanter for global livskvalitet for totalutvalg og analytisk utvalg.

	Totalt utvalg (N=5237)				p-verdi*	Analytisk utvalg (N=4374)				
	Unge menn (N=616)		Eldre menn (N=4621)			Unge menn (N=455)		Eldre menn (N=3918)		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Utdanning					<0.001					< 0.001
Grunnskole	143	24%	573	12.8%		94	20.7%	485	12.4%	
Videregående	340	58.4%	1867	41.6%		277	60.9%	1612	41.1%	
Høyskole/Universitet	99	17%	2050	45.7%		84	18.5%	1821	46.5%	
Total	582	100%	4490	100%		455	100%	3918	100%	
Nåværende hovedaktivitet					<0.001					< 0.001
Sysselsatt	549	90.9%	3683	84.1%		418	91.9%	3325	84.9%	
Ikke sysselsatt	55	9.1%	697	15.9%		37	8.1%	593	15.1%	
Total	604	100%	4380	100%		455	100%	3918	100%	
Opplevd økonomi					0.958					0.754
Lett	369	73.2%	3183	73.1%		337	74.1%	2875	73.4%	
Vanskelig	135	26.8%	1171	26.9%		118	25.9%	1043	26.6%	
Total	504	100%	4354	100%		455	100%	3918	100%	
Psykisk helse					<0.001					<0.001
Ingen psykiske plager	405	66%	3588	78.3%		315	69%	3088	79%	
Psykiske plager	209	34%	995	21.7%		140	31%	830	21%	
Total	614	100%	4583	100%		455	100%	3918	100%	
Sosial støtte					0.055					0.229
Lav støtte	186	32%	1230	27.4%		137	30%	1051	27%	
Middels støtte	263	45%	2223	49.6%		208	46%	1944	49%	
Høy støtte	136	23%	1033	23%		110	24%	923	24%	
Total	585	100%	4486	100%		455	100%	3918	100%	
Fysisk aktivitet					0.563					0.129
Ja	410	69%	3061	67.5%		322	71%	2635	67%	
Nei	187	31%	1474	32.5%		133	29%	1283	33%	
Total	597	100%	4535	100%		455	100%	3918	100%	

* Pearson kji-kvadrat-test for å teste forskjeller i gjennomsnittsverdier av global livskvalitet både i totalt utvalg og analytisk utvalg.

5.2 Bivariate sammenhenger mellom forklaringsvariabler og global livskvalitet

Unge menn rapporterte lavere global livskvalitet (Gj.snitt=6.6, SD±2.5) sammenlignet med eldre menn (Gj.snitt=7.3, SD±2,2) ($p < 0.001$). Tabell 2 viser gjennomsnittskår for global livskvalitet for variablene utdanning, nåværende hovedaktivitet, opplevd økonomi, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet fordelt på de to aldersgruppene. Funnene fra de bivariate analysene blir presentert nedenfor.

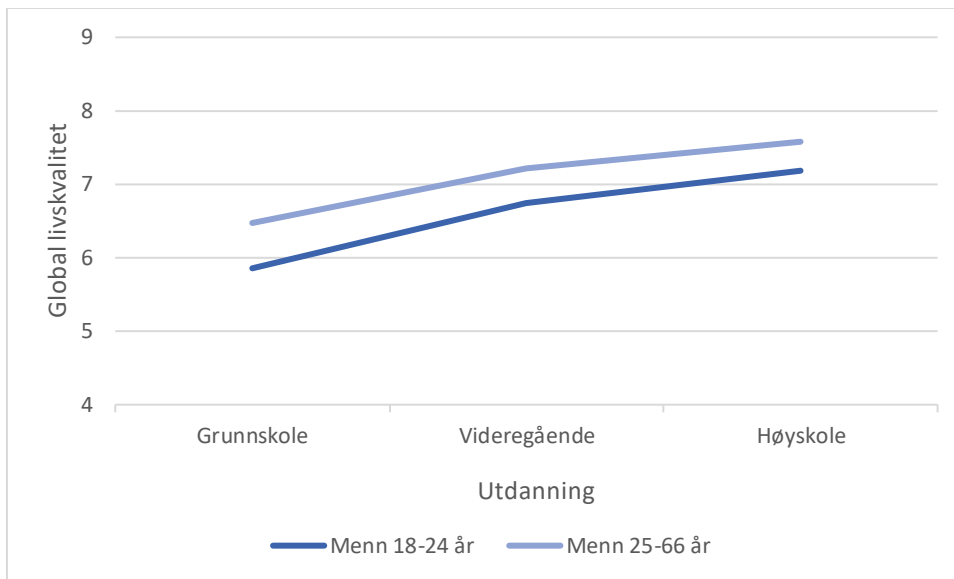
Tabell 2. Bivariate analyser for assosiasjonen mellom forklaringsvariabler og global livskvalitet i hver av de to aldersgruppene.

	Unge menn				Eldre menn			
	N	%	Gj.snitt (SD) for global livskvalitet	p-verdi*	N	%	Gj.snitt (SD) for global livskvalitet	p-verdi*
Utdanning				<0.001				
Grunnskole	94	20.7%	5.8 (2.9)		485	12.4%	6.4 (2.8)	<0.001
Videregående	277	60.9%	6.7 (2.4)		1612	41.1%	7.2 (2.8)	
Høyskole/Universitet	84	18.5%	7.1 (2.1)		1821	46.5%	7.5 (2.0)	
Nåværende hovedaktivitet				<0.001				<0.001
Sysselsatt	418	92%	6.8 (2.3)		3325	85%	7.6 (1.9)	
Ikke sysselsatt	37	8%	4.3 (3.1)		593	15%	5.2 (2.7)	
Opplevd økonomi				<0.001				<0.001
Lett	337	74.1%	7.0 (2.3)		2875	73.4%	7.8 (1.9)	
Vanskelig	118	25.9%	5.5 (2.6)		1043	26.6%	5.8 (2.5)	
Psykisk helse				<0.001				<0.001
Ingen psykiske plager	315	69%	7.6 (1.7)		3088	79%	7.9 (1.6)	
Psykiske plager	140	31%	4.4 (2.5)		830	21%	4.7 (2.3)	
Sosial støtte				<0.001				<0.001
Lav støtte	137	30%	4.9 (2.8)		1051	27%	5.6 (2.5)	
Middels støtte	208	46%	7.0 (2.0)		1944	49%	7.6 (1.8)	
Høy støtte	110	24%	8.0 (1.7)		923	24%	8.4 (1.5)	
Fysisk aktivitet				<0.001				<0.001
Ja	322	71%	6.9 (2.3)		2635	67%	7.5 (2.1)	
Nei	133	29%	5.8 (2.7)		1283	33%	6.7 (2.4)	

*Independent-student T test, pearsons r og One-way ANOVA ble benyttet for å teste forskjeller i gjennomsnittsverdier av global livskvalitet.

5.2.1 Utdanning

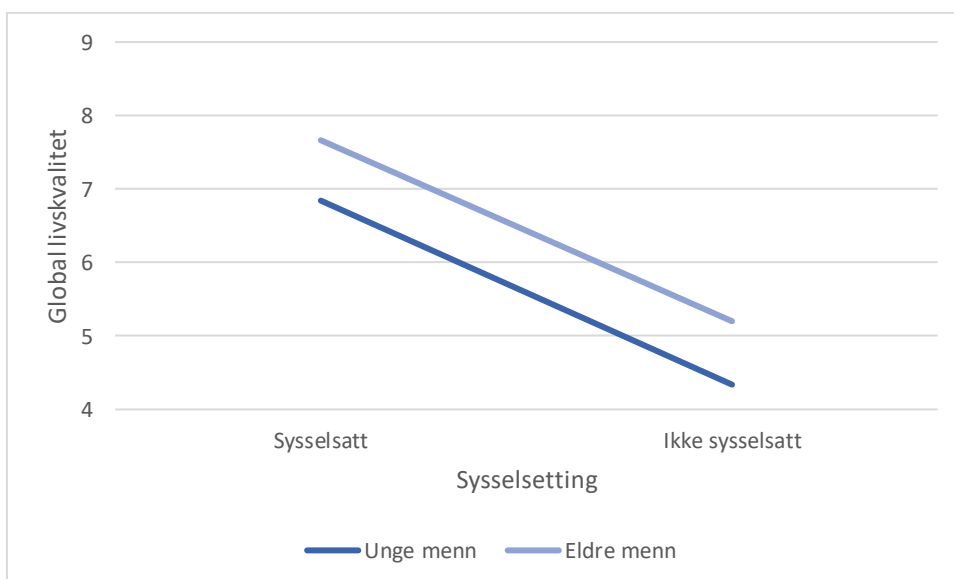
Det var en signifikant sammenheng mellom økende grad av utdanning og global livskvalitet både for unge menn ($p < 0.001$) og eldre menn ($p < 0.001$) (tabell 2). I gruppen med eldre menn viste Tuckey`s Honest Significance Difference (HSD) test statistisk signifikante forskjeller mellom alle utdanningsnivåene. Blant unge menn ble det derimot kun funnet en statistisk signifikant forskjell i global livskvalitet mellom grunnskoleutdanning og høyskole/universitetsutdanning ($p < 0.001$). Eldre menn hadde gjennomgående høyere global livskvalitet i alle utdanningsgruppene sammenlignet med unge menn (figur 2). Denne forskjellen var derimot kun signifikant for gruppen med videregående som høyeste utdanning ($p = 0.002$), mens for gruppen med grunnskole som høyeste utdanning var det en nesten signifikant sammenheng ($p = 0.054$). Det var ingen signifikant forskjell mellom unge og eldre menn i global livskvalitet blant de som hadde høyskole/universitetsutdanning ($p = 0.084$).



Figur 2. Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet for ulike aldersgrupper fordelt etter utdanning.

5.2.2 Nåværende hovedaktivitet

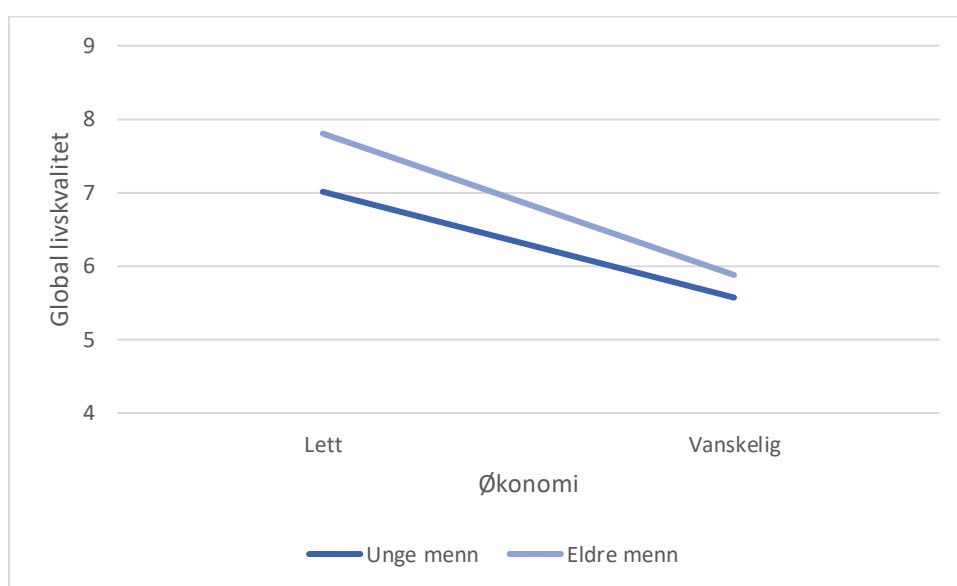
Deltakere som var sysselsatt, hadde høyere global livskvalitet sammenlignet med deltakere uten sysselsetting, både for unge menn ($p < 0.001$) og eldre menn ($p < 0.001$) (tabell 2). Unge menn hadde en gjennomgående lavere skår i global livskvalitet for begge kategorier sammenlignet med eldre menn (figur 3). Det var en signifikant forskjell i global livskvalitet mellom unge og eldre menn for gruppen som var sysselsatt ($p < 0.001$). For gruppen som ikke var sysselsatt var det ingen signifikant forskjell i global livskvalitet mellom aldersgruppene ($p = 0.064$).



Figur 3. Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet for ulike aldersgrupper fordelt etter arbeidssituasjon.

5.2.3 Opplevd økonomi

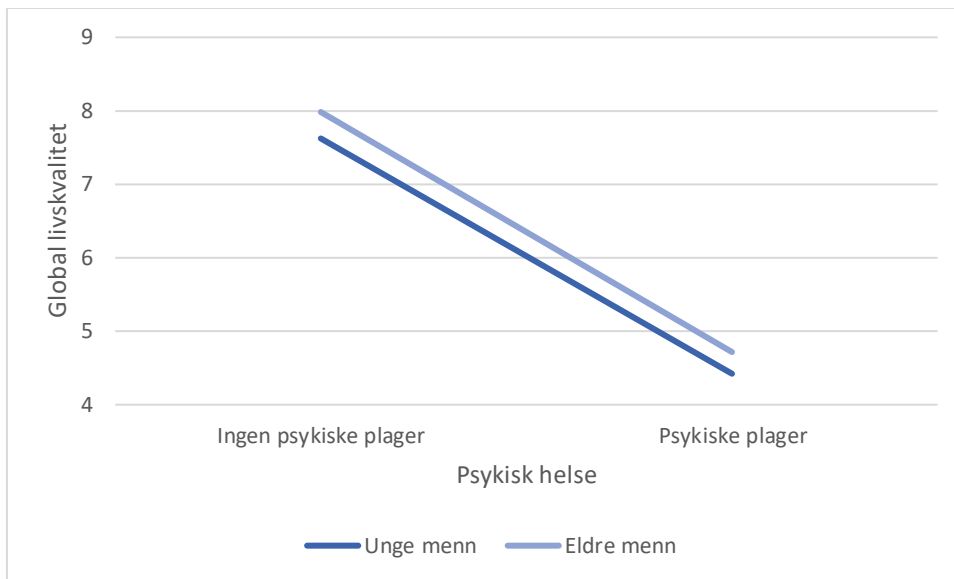
Det var en signifikant sammenheng mellom opplevd økonomi og global livskvalitet både for unge menn ($p < 0.001$) og eldre menn ($p < 0.001$) (tabell 2). Eldre menn hadde høyere global livskvalitet enn unge menn i begge kategoriene av opplevd økonomi (figur 4), men denne forskjellen var bare signifikant forskjellig blant dem som opplevde økonomien sin som lett ($p < 0.001$). I gruppen som opplevde økonomien sin som vanskelig var det ingen signifikant forskjell i global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn ($p = 0.224$).



Figur 4. Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet for ulike aldersgrupper fordelt etter opplevd økonomisk situasjon.

5.2.4 Psykisk helse

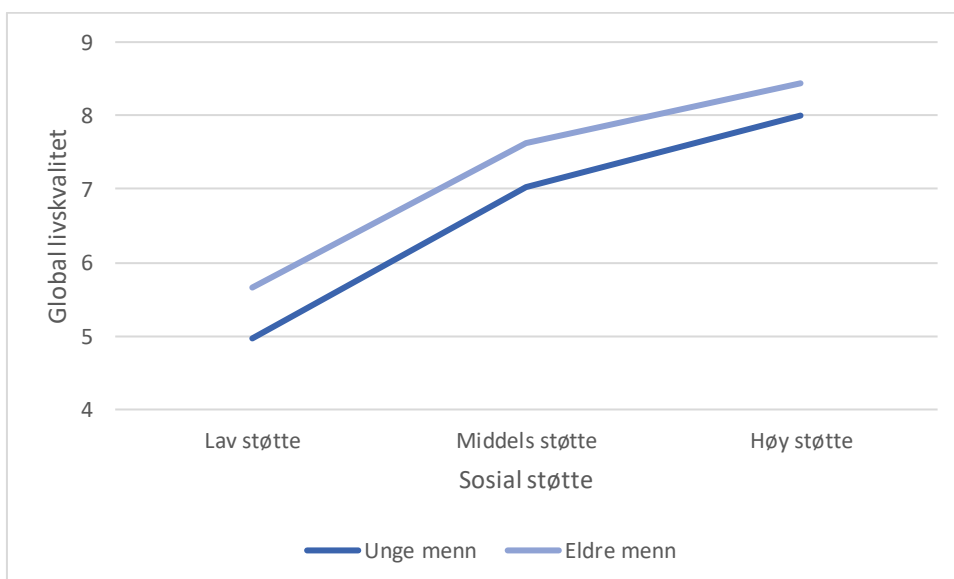
Det var en signifikant sammenheng mellom psykiske plager og lav skår på global livskvalitet både for unge menn ($p < 0.001$) og eldre menn ($p < 0.001$) (tabell 2). Illustrert i figur 5 hadde eldre menn en høyere skår på global livskvalitet i alle kategoriene sammenlignet med unge menn. Forskjellen i gjennomsnittsskår for global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn var kun signifikant for gruppen uten psykiske plager ($p < 0.001$) og ikke for gruppen med psykiske plager ($p = 0.180$).



Figur 5. Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet for ulike aldersgrupper fordelt etter psykisk helse.

5.2.5 Sosial støtte

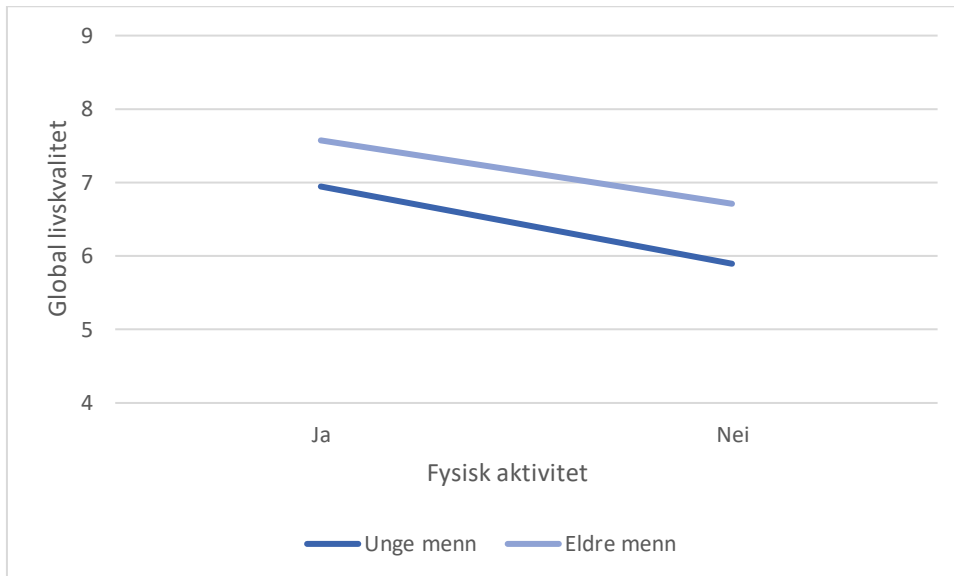
Det ble funnet en signifikant positiv sammenheng mellom sosial støtte og global livskvalitet både for unge menn ($p < 0.001$) og eldre menn ($p < 0.001$) (tabell 2). Tukey HSD test viste signifikante forskjeller mellom alle nivåene for sosial støtte både for unge menn og eldre menn. Eldre menn hadde imidlertid en gjennomgående høyere global livskvalitet i alle kategoriene for sosial støtte sammenlignet med unge menn (figur 6). Det var en signifikant forskjell i global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn ved lav sosial støtte ($p = 0.004$), middels sosial støtte ($p = 0.001$) og høy sosial støtte ($p = 0.006$).



Figur 6. Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet blant ulike aldersgrupper fordelt etter grad av sosial støtte.

5.2.6 Fysisk aktivitet

Det var også en signifikant positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og global livskvalitet for unge menn ($p < 0.001$) og eldre menn ($p < 0.001$) (tabell 2). Eldre menn hadde en signifikant høyere global livskvalitet sammenlignet med unge menn både i gruppen som ikke rapporterte fysisk aktivitet ($p < 0.001$) og i gruppen som rapporterte fysisk aktivitet ($p < 0.001$) (figur 7).



Figur 7. Grafisk fremstilling av gjennomsnittsskår for global livskvalitet blant ulike aldersgrupper fordelt etter fysisk aktivitet.

5.3 Multippel regresjonsanalyse

Modellen med alder, utdanning, nåværende hovedaktivitet, opplevd økonomi, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet hadde en statistisk signifikant effekt på global livskvalitet ($F(9, 4363) = 416.378, p < 0.001$) (tabell 3), og variablene forklarte hele 46% av variansen i global livskvalitet.

Regresjonsanalysen viste at økt alder var assosiert med økt global livskvalitet, også når alle de andre forklaringsvariablene var inkludert i modellene ($\beta = .68, p < 0.001$) (tabell 3). Å stå utenfor arbeidslivet, å oppleve økonomien sin som vanskelig, å ha psykiske plager og å være fysisk inaktiv var signifikant assosiert med redusert global livskvalitet, mens økende grad av sosial støtte var signifikant assosiert med bedre global livskvalitet (tabell 3). Den standardiserte koeffisienten indikerer at psykiske plager utgjorde den sterkeste assosiasjonen med global livskvalitet sammenlignet med de andre forklaringsvariablene i modellen ($\beta = -.397, p < 0.001$).

Tabell 3. Multippel regresjonsanalyse av den avhengige variabelen global livskvalitet og forklaringsvariabler.

	Koeffisient B	Standardisert koeffisient, β	95% CI for B		p-verdi*
			Laveste	Høyeste	
Alder	0.514	.068	0.344	0.683	<0.001
Utdanning					
Videregående	0.130	.028	-0.030	0.290	0.111
Høyskole	0.011	.002	-0.154	0.176	0.900
Nåværende hovedaktivitet	-0.915	-.139	-1.073	-0.757	<0.001
Opplevd økonomi	-0.698	-.133	-0.821	-0.574	<0.001
Psykisk helse	-2.208	-.397	-2.349	-2.067	<0.001
Sosial støtte					
Middels støtte	1.005	.217	0.877	1.133	<0.001
Høy støtte	1.587	.292	1.435	1.740	<0.001
Fysisk aktivitet	-0.290	-.059	-0.401	-0.179	<0.001

* $P < 0.05$

6 Diskusjon

I dette kapittelet blir resultatene diskutert i lys av relevant teori og empiri. Diskusjon av resultatene er delt inn i seks kapitler. Det første kapittelet oppsummerer hovedfunn fra resultatene. I de neste kapitlene diskuteres forklaringsvariablene opp mot global livskvalitet. I det siste kapittelet vil sammenhengen mellom alder og global livskvalitet bli diskutert.

6.1 Oppsummering av hovedfunn

Unge menn hadde en signifikant lavere skår på global livskvalitet sammenlignet med eldre menn totalt og dette gjaldt også for nesten alle kategorier relatert til forklaringsvariablene. Det ble funnet bivariante sammenhenger mellom utdanning, nåværende hovedaktivitet, psykisk helse, grad av sosial støtte og fysisk aktivitet og global livskvalitet i begge aldersgrupper. Modellen med alder, utdanning, opplevd økonomi, nåværende hovedaktivitet, psykisk helse, grad av sosial støtte og fysisk aktivitet forklarte 46% av variansen i global livskvalitet. Psykiske plager var den variabelen som viste den sterkeste sammenhengen med global livskvalitet, men alder var fortsatt signifikant assosiert med livskvalitet.

6.2 Sosioøkonomiske variabler og livskvalitet

Resultatene viste at sosioøkonomisk posisjon var assosiert med global livskvalitet. Dette er i tråd med tidligere forskningslitteratur som har vist at personer med høy sosioøkonomisk status hadde høyere subjektiv livskvalitet, sammenlignet med personer med lav sosioøkonomisk status (Hsu et al., 2019; Luhmann et al., 2015; Pinguart & Sørensen, 2001). Resultatene i denne masteroppgaven viste at gruppen deltakere med grunnskole som høyeste utdanning rapporterte signifikant lavere global livskvalitet sammenlignet med de med videregående eller høyskole som høyeste utdanning, og denne forskjellen ble funnet i begge aldersgrupper. Gruppen deltakere som rapporterte økonomien sin som vanskelig eller som ikke var sysselsatt hadde signifikant lavere global livskvalitet enn de som rapporterte økonomien sin som lett eller som var sysselsatt, både for unge menn og eldre menn. Disse funnene vil bli diskutert i teksten under.

6.2.1 Utdanning

Gjennomsnittskår for global livskvalitet økte med økende lengde på utdanning både for gruppen unge menn og gruppen eldre menn. Dette funnet støttes av flere studier som fant at opplevelsen av lykke eller subjektiv livskvalitet økte med antall år med utdanning (Blanchflower & Oswald, 2004; Frey & Stutzer, 2000; Yang, 2008). Eksempelvis fant Yang (2008) at grunnskole som høyeste utdanning økte risikoen for lav livskvalitet med 32%, mens høyskole som høyeste utdanning økte risikoen for høy livskvalitet med 37%. Det ses også nasjonalt at utdanningslengden korrelerer med global livskvalitet (Nes et al., 2020).

Årsakene til hvorfor utdanningsnivå er assosiert med livskvalitet er komplekse, men det er rapportert at personer som har høyere utdanning har lavere sannsynlighet for å være arbeidsledige, bedre økonomi, høyere sosial støtte og gunstigere livsstil (Ross & Wu, 1995). Sammenlignet med nasjonale data på global livskvalitet skårer både unge menn og eldre menn i Østfold lavere enn landsgjennomsnittet blant alle utdanningsgruppene. Eksempelvis er landsgjennomsnittet i global livskvalitet 7.12 for de med grunnskoleutdanning som høyeste utdanning (Nes et al., 2020). I Østfold har unge menn og eldre menn med grunnskole som høyeste utdanning en gjennomsnittskår i global livskvalitet på respektive 5.8 og 6.4 poeng. Selv om denne studien ikke kan svare på årsaken til dette, kan en forklaring være at i Østfold er det generelt flere negative faktorer som kan påvirke livskvaliteten, slik som lav inntekt, kroniske sykdommer og psykiske lidelser (Østfold Fylkeskommune, 2019).

Selv om den bivariante sammenhengen mellom utdanning og global livskvalitet var signifikant så ble det ikke funnet en signifikant assosiasjon mellom utdanning og global livskvalitet i modellen. Dette funnet støttes av resultatene til Helliwell (2003) der det heller ble identifisert en sammenheng mellom utdanning og subjektiv livskvalitet, da det ble kontrollert for inntekt. Det kan tenkes at utdanning er en endogen variabel ettersom flere studier har vist at økt utdanning frembringer økt inntekt, bedre helseatferd og bidrar til dannelse av nye sosiale nettverk (Dolan et al., 2008; Ross & Wu, 1995).

Det var signifikant flere med høyere utdanning (høyskole/universitet) i gruppen eldre menn sammenlignet med gruppen yngre menn ($p < 0.001$). Majoriteten av unge menn hadde videregående skole som høyeste utdanning, mens majoriteten av eldre menn hadde høyskole som høyeste utdanning. Andelen unge menn og eldre menn med høyskoleutdanning var henholdsvis 18.5% og 46%. En viktig årsak til at en lavere andel unge menn har høyere utdanning kan være at de er i en tidlig livsfase hvor flere av deltakerne fortsatt er i

videregående utdanning. Utdanningsnivået blant befolkningen øker jevnt, og det er trolig at andelen unge menn med høyskoleutdanning i Østfold også vil øke (Bartsch, 2020).

6.2.2 Nåværende hovedaktivitet

Resultatene for denne masteroppgaven viste at gruppen som var sysselsatt rapporterte høyere global livskvalitet sammenlignet med gruppen som ikke var sysselsatt, og dette gjaldt for begge aldersgrupper. Det å ikke være sysselsatt var også negativt assosiert med global livskvalitet i modellen. Dette funnet er i tråd med internasjonal forskningslitteratur som har funnet at arbeidsstatus er assosiert med subjektiv livskvalitet (Clark & Oswald, 1994; Flatau et al., 2000; Frey & Stutzer, 2000). Dette er også sett på nasjonalt nivå i Norge hvor gruppen arbeidsledige og uføre skårer lavest på tilfredshet (Støren & Rønning, 2021).

Det kan være mange grunner til at det å være sysselsatt påvirker livskvaliteten. I litteraturen blir arbeidsplassen diskutert som en fremmede arena for livskvalitet (Cole et al., 2009; World Health Organization, 2018). Individuer som er i jobb er lykkeligere (Cole et al., 2009), har høyere inntekt (Flatau et al., 2000) og opplever oftere sosial støtte (Matthews et al., 1999), sammenlignet med de som er arbeidsledige. Som følge av arbeid genereres inntekt, en faktor som er viktig for livskvaliteten fordi det medfører en forutsigbarhet (Barstad, 2020), øker selvfølelsen (World Health Organization, 2018) og fornøydheten i livet (Nes et al., 2020). For flere kan arbeidsplassen være et sted der man realiserer sitt potensial og opplever en følelse av mening (Martela & Pessi, 2018). Opplevelsen av mening kan frembringes fra ens indre motivasjon eller fra tilhørigheten som erfares ved å jobbe mot et felles mål (Martela & Pessi, 2018). Arbeidsplassen kan dermed være en arena for en opplevelse av mening i livet og selvrealisering, som er to viktige bestanddeler av livskvaliteten.

På den andre siden var det å være arbeidsledig, sykemeldt, ufør eller å motta sosialhjelp signifikant assosiert med lavere livskvalitet, sammenlignet med de som var sysselsatte i begge aldersgrupper i denne studien. Dette er også i tråd med nasjonale data i Norge, som finner at det å være arbeidsledig, sykemeldt, ufør eller kvalifisert til å motta sosialhjelp fører til en firedoblet risiko for å ha lav tilfredshet i livet (Nes et al., 2020).

Det er flere faktorer som kan forklare hvorfor arbeidsledighet er forbundet med lav global livskvalitet. For det første vil arbeidsledighet føre til et inntektstap (Flatau et al., 2000). Inntektstapet påvirker livskvaliteten ved at individet kan oppleve psykisk stress, og dette gjelder spesielt for menn som står for hovedinntekten i familien (Creed & Klisch, 2005). For

det andre kan individer som står utenfor arbeidslivet potensielt miste viktige elementer av det som utgjør god livskvalitet som sosial støtte, mestring, mening og selvutvikling. Basert på tidligere empiri ser det ut til at arbeidsledige menn er ekstra sårbare for å oppleve lav grad av selvfølelse, selvrealisering og maskulinitet (World Health Organization, 2018; Ytterdahl & Fugelli, 2000). Det var ingen signifikant forskjell i global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn som ikke var sysselsatt i denne masteroppgaven. Dette var noe overraskende da det tidligere er rapportert at eldre arbeidsledige opplever mer psykologisk stress, sammenlignet med yngre arbeidsledige (Creed & Watson, 2003).

6.2.3 Opplevd økonomi

Flere internasjonale studier har vist at inntekt er positivt assosiert med subjektiv livskvalitet (Diener & Seligman, 2004; Ferrer-i-Carbonell, 2005; Frey & Stutzer, 2000). I denne masteroppgaven ble det valgt å bruke en variabel for opplevd økonomi istedenfor oppgitt inntekt. Dette var fordi inntektsvariabelen i denne masteroppgaven var knyttet til husstandens inntekt, og det var derfor vanskelig å si noe om personens reelle inntekt. Det er imidlertid flere studier som redegjør for sammenhengen relativ inntekt og subjektiv livskvalitet (Yu & Chen, 2016). Opplevd økonomi blir påvirket av hvilke standarder de lokale normene setter (McBride, 2001). Ifølge en slik tilnærming vil personer som ikke har en økonomi som imøtekommer de normative kravene til materielle goder ha en lavere livskvalitet. Dette støttes av funnene i denne masteroppgaven hvor menn som opplevde økonomien sin som vanskelig rapporterte signifikant lavere livskvalitet, sammenlignet med menn som opplevde økonomien sin som lett i begge aldersgrupper. Det kan være flere årsaksforklaringer til at økonomi påvirker livskvalitet. Carrigan (1985) foreslår inntekt som en determinant for menns subjektive livskvalitet ved at økt inntekt påvirker selvfølelse og maskulinitet. Barstad (2020) foreslår at sammenhengen mellom opplevelsen av økonomisk situasjon og subjektiv livskvalitet kan relateres til positiv affekt og negativ affekt. En opplevelse av god økonomi kan føre til positiv affekt hvor følelser som ro, glede og forutsigbarhet er tilstedeværende. Å oppleve økonomien sin som vanskelig kan derimot medføre stress, nedstemthet og tristhet, og i noen tilfeller depresjon (Barstad, 2020; Haushofer & Fehr, 2014; Santiago et al., 2011).

I tillegg er det funnet at det å sammenligne sin egen økonomi med andre i aldersspranget « fem år yngre eller eldre enn en selv» påvirker livskvaliteten (McBride, 2001). Det kan tenkes at unge og eldre menn i Østfold har ulike normative verdier på materielle goder i tillegg til

ulikt økonomisk sammenligningsgrunnlag blant venner og bekjente. Dette kan være med på å forklare hvorfor unge menn har en lavere global livskvalitet sammenlignet med eldre menn, både blant de som rapporterer økonomien sin som lett og vanskelig. Dette funnet samsvarer imidlertid ikke med tidligere forskning som viser en u-form på sammenhengen mellom alder, inntekt og livskvalitet (Dolan et al., 2008; Easterlin, 1995; McBride, 2001). Dette er også sett i Norge der de som opplever vanskelig økonomi har en subjektiv livskvalitet som synker frem til midten av 40 årene, for så å øke igjen (Nes et al., 2020). Eldre menn utgjør et relativt stort alderssprang (25-66 år) i denne studien og det er dermed utfordrende å sammenligne funnene i denne studien med nasjonale og internasjonale studier der aldersgruppene er inndelt i mindre alderssprang.

Modellen som ble testet i denne studien indikerte en svak negativ assosiasjon mellom det å oppleve økonomien sin som vanskelig og global livskvalitet ($\beta = -.133$, $p < 0.001$). Grunnen til at assosiasjonen er relativt svak kan skyldes at Norge har et høyt bruttonasjonalprodukt.

Inntekt har vist seg å korrelere svakere med subjektiv livskvalitet i land med høyt bruttonasjonalprodukt, sammenlignet med land med lavt bruttonasjonalprodukt (Veenhoven, 1991). Diener og Diener (1995) foreslår at inntekt påvirker subjektiv livskvalitet i stor grad frem til inntekten imøtekommer behovene individet har, basert på sosiale normer. Når inntekten imøtekommer individets krav for å kunne dekke utgifter, vil assosiasjonen mellom inntekt og subjektiv livskvalitet avta (Diener & Diener, 1995).

6.3 Psykisk helse og livskvalitet

Forekomsten av psykiske plager blant både unge og eldre menn i Østfold var nevneverdig høyere enn det som er funnet i andre studier i Norge (Sandanger et al., 2007; Tesli et al., 2014). Befolkningen i Østfold skårer lavere på flere folkehelsemål og levekårsindikatorer enn landsgjennomsnittet, og det kan ha en betydning for dette funnet (Folkehelseinstituttet, 2019). Det var en signifikant høyere andel unge menn med psykiske plager enn eldre menn med psykiske plager i dette materialet. Dette er i tråd med en rekke internasjonale studier som har funnet en høyere forekomst av psykiske plager blant unge mennesker og at høyere alder er assosiert med bedre livskvalitet (Espejo et al., 2012; Lorem et al., 2017; Strine et al., 2008).

Resultatene fra denne studien viste en signifikant assosiasjon mellom psykisk helse og global livskvalitet ($p < 0.001$), også kontrollert for alder, utdanning, nåværende hovedaktivitet, inntekt, sosial støtte og fysisk aktivitet. Den standardiserte koeffisienten indikerte at psykiske

plager hadde en sterk assosiasjon med redusert livskvalitet. Dette funnet støttes av tidligere forskning som viser til sterke sammenhenger mellom psykisk helse og subjektiv livskvalitet (Flatau et al., 2000; Lew et al., 2019; Nes et al., 2020; Reneflot et al., 2018).

Som tidligere nevnt er det funnet at en opphopning av risikofaktorer for lav subjektiv livskvalitet fører til en forsterkende effekt der livskvaliteten reduseres ytterligere (Nes et al., 2020). I en tidligere studie har man funnet at blant personer med psykiske plager har majoriteten lav inntekt og lav utdanning (Rognerud et al., 2002). Personer med psykiske plager er oftere utenfor arbeidslivet, har dårligere fysisk helse, og opplever lavere grad av sosial støtte enn de som ikke har psykiske plager (Reneflot et al., 2018; Rognerud et al., 2002). Personer med psykiske plager er også ekstra sårbare for stressende hendelser, noe som igjen kan føre til en reduksjon av livskvaliteten (Bovier et al., 2004). Dette kan være en årsak til at unge og eldre menn i Østfold med psykiske plager skårer lavt på global livskvalitet.

Gruppen uten psykiske plager i Østfold rapporterte en gjennomsnittskår i global livskvalitet på 7.6 for unge menn og 7.9 for eldre menn. Disse skårene ligger høyere enn landsgjennomsnittet som er på 7.3 poeng (Nes et al., 2020). Personer med god psykisk helse har ofte høy sosioøkonomisk status, høy sosial støtte og driver med fysisk aktivitet, og dette er også faktorer som bidrar til en økt psykisk helse (Reneflot et al., 2018; Rognerud et al., 2002). I lys av den salutogene teori vil god psykisk helse være forbundet med en «opplevelse av sammenheng» (Eriksson & Lindström, 2006). En opplevelse av sammenheng er som tidligere nevnt en helsefremmende faktor, og kan trolig øke livskvaliteten ytterligere. Mestring og selvfølelse er to viktige underdimensjoner av den subjektive livskvaliteten (Bovier et al., 2004). Man har funnet at det å oppleve mestring og god selvfølelse både har en direkte, indirekte og bufrende effekt på den psykiske helsen, og derfor også den subjektive livskvalitet (Bovier et al., 2004).

6.4 Sosial støtte og livskvalitet

Flere tidligere studier viser at det å oppleve sosial støtte øker subjektiv livskvalitet, og at mangel på sosial støtte kan føre til stress og redusert subjektiv livskvalitet (Chi & Chou, 2001; Cohen & Wills, 1985; Grav et al., 2011; Pinguart & Sörensen, 2000; Siedlecki et al., 2014). Resultatene fra Østfold bekrefter disse funnene. Det ble identifisert en signifikant forskjell i gjennomsnittskår på global livskvalitet mellom de som opplevde lav, middels og høy sosial støtte, både for gruppen unge menn og gruppen eldre menn. I modellen ble det også funnet at

høy sosial støtte var sterkere assosiert med global livskvalitet, enn middels sosial støtte. Denne signifikante forskjellen henger trolig sammen med de positive effektene av å oppleve sosial støtte, samt de negative effektene ved fravær av sosial støtte (Cohen & Wills, 1985). Å oppleve høy sosial støtte blir sett på som en determinant for livskvaliteten fordi det er forbundet med høyere grad av fornøydhet i livet, økte positive følelser, større selvtillit, sosiale relasjoner og fravær av ensomhet (Barstad & Sandvik, 2015; Cohen & Wills, 1985; Siedlecki et al., 2014). Med bakgrunn i den salutogene teori er sosial støtte en viktig motstandsressurs fordi den bidrar til en «håndterbarhet» av stressende situasjoner (Antonovsky, 1987; Mittelmark et al., 2017).

Å oppleve lav sosial støtte er en risikofaktor for redusert livskvalitet (Nes et al., 2020). Andelen deltakere som rapporterte lav sosial støtte var 30% blant unge menn og 27% blant eldre menn. Som tidligere nevnt er mangel på sosial støtte særlig knyttet til menn, og forskning viser at menn ofte har et lavere sosialt nettverk sammenlignet med kvinner (Courtenay, 2003). I tillegg til at lav grad av sosial støtte har flere direkte negative effekter på livskvaliteten kan en indirekte årsak som fravær av motstandsressurser føre til en ytterligere reduksjon av livskvalitet fordi det fører til stress og negative følelser. Eksempelvis fant Dalgard og kolleger (2006) at risikoen for depresjon ved negative livshendelser økte ved lavere grad av sosial støtte. Personer som fikk ingen eller litt hjelp hadde mer enn dobbelt så høy risiko for depresjon sammenlignet med personer som fikk mye hjelp.

Blant grupper med lav sosioøkonomisk status rapporteres det oftere om lav grad av sosial støtte (Matthews et al., 1999). Selv om det ikke ble undersøkt, er det grunn til å anta at deltakerne som rapporterer lav grad av sosial støtte i Østfold har en gjennomsnittlig lavere sosioøkonomisk status. Både nasjonalt og internasjonal rapporteres det nemlig en sammenheng mellom sosial støtte og sosioøkonomisk status (Matthews et al., 1999; Nes et al., 2020).

Unge menn hadde en signifikant lavere global livskvalitet enn eldre menn, både i gruppene med lav, middels og høy sosial støtte. Dette kan kanskje forklares ved at det tidligere er funnet at ulike aldersgrupper har ulike sosiale behov, og dette ser ut til å påvirke den subjektive livskvaliteten (Segrin, 2006; Siedlecki et al., 2014). Eksempelvis er det funnet at yngre grupper har et sterkere behov for flere bekjente, enn hva eldre har (Segrin, 2006). Samtidig ses det at unge menn har en lavere prevalens av nære venner (Fung et al., 2001).

6.5 Fysisk aktivitet og livskvalitet

Resultatene viste at 29% av unge menn og 33% av eldre menn oppga at de ikke var fysisk aktive. Til sammenligning viser tall fra rapporten om «Fysisk inaktive i Norge» at 31% av befolkningen i Norge er fysisk inaktive (Ommundsen & Aadland, 2009). Tallene fra rapporten «Fysisk inaktive i Norge» gjelder riktignok både for kvinner og menn, men det antas at forskjellen i inaktivitet mellom norske kvinner og menn er liten (Søgaard et al., 2000). Det er derfor en liten forskjell i andelen som er fysisk aktive i Østfold og landet som helhet. Både unge og eldre menn som var fysisk aktive i Østfold rapporterte en høyere global livskvalitet sammenlignet med personer som var fysisk inaktive. Dette funnet støttes av flere studier som har funnet at fysisk aktivitet er assosiert med økt subjektiv livskvalitet (Buecker et al., 2020; Chekroud et al., 2018). Chekroud og kolleger (2018) fant en 43% reduksjon i antall dager med psykiske plager hos personer som var fysisk aktive sammenlignet med personer som var fysisk inaktive. Buecker og kolleger (2020) fant en sterk sammenheng mellom fysisk aktivitet og positive følelser som en del av affektiv livskvalitet. Det var derimot svært svake assosiasjoner mellom fysisk aktivitet og negativ affekt, og fysisk aktivitet og kognitiv livskvalitet (Buecker et al., 2020). Dette kan indikere at fysisk aktivitet fremmer gode følelser fremfor å forebygge dårlige følelser.

Resultatene fra Østfold viste at eldre menn som var fysisk aktive hadde signifikant høyere global livskvalitet sammenlignet med unge menn som var fysisk aktive. En slik aldersforskjell i fysisk aktivitet og subjektiv livskvalitet er også rapportert tidligere (Wicker et al., 2015). Her fant Wicker og kolleger (2015) at subjektiv livskvalitet var høyest for middelaldrende personer.

Modellen som ble testet i denne masteroppgaven viste at selv om fysisk aktivitet var signifikant assosiert med global livskvalitet, så var sammenhengen relativ svak. Fysisk aktivitet var blant forklaringsvariablene som viste lavest assosiasjon til global livskvalitet. Dette støttes av andre studier som også har funnet svake assosiasjoner mellom fysisk aktivitet og indikatorer for subjektiv livskvalitet (Buecker et al., 2020; Pasco et al., 2011; Wiese et al., 2018).

6.6 Alder og livskvalitet

Modellen som ble testet for menn i Østfold viste at eldre menn hadde en høyere global livskvalitet enn unge menn, også når det ble kontrollert for utdanning, nåværende hovedaktivitet, opplevd økonomi, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet. Dette funnet støttes av tidligere studier som viste til signifikante assosiasjoner mellom alder og subjektiv livskvalitet, der subjektiv livskvalitet er på lavest nivå i tidlig 20-årene og deretter øker jevnt med årene (Agrawal et al., 2011; Horley & Lavery, 1995; Thomas et al., 2016; Westerhof & Barrett, 2005; Yang, 2008). Eksempelvis fant Yang (2008) at lykke øker 5% for hvert tiår individet eldes, noe som indikerer en lineær sammenheng mellom alder og subjektiv livskvalitet. Horley og Laverly (1995) fant en positiv lineær sammenheng mellom alder og tilfredshet, livskvalitet og lykke, men her var den største økningen i tilfredshet, livskvalitet og lykke etter 40 år. Disse funnene står i motsetning til tidligere teorier om at sammenhengen mellom alder og livskvalitet har en U-form (Clark et al., 1996).

Det kan virke som et paradoks at eldre har bedre global livskvalitet enn yngre, ettersom den fysiske og kognitive funksjonen reduseres med alderen (Thomas et al., 2016). Det har likevel altså blitt observert at den «gode psykiske helsen», også definert som god subjektiv livskvalitet, øker med alder (Thomas et al., 2016). Forklaringen for at man finner en slik sammenheng kan henge sammen med flere faktorer. Groove og kolleger (1989) fant at unge i alderen 18-25 år hadde det laveste nivået av selvtillit, og hadde høyest nivå på meningsløshet i livet. Videre fant de at mening og selvtillit økte med alder, og at meningsløshet i livet sank med høyere alder. Jeste og Oswald (2014) foreslår at aldring medfører en visdom som innebærer bedre beslutningsprosesser hos eldre enn yngre grupper. I tillegg vil de eldre ha en bedre emosjonell regulering, sosialt resonnement, innsikt og anerkjennelse av usikkerhet enn yngre grupper (Jeste & Oswald, 2014). Studier viser altså at yngre grupper har flere indikatorer for lav subjektiv livskvalitet, sammenlignet med eldre, noe som støtter funnene i denne studien, der unge menn rapporterer lavere global livskvalitet enn eldre menn for nesten alle forklaringsvariablene. Unge menn er i en krevende fase i livet der valgene de tar påvirker deres fremtidige liv, mens de fleste eldre trolig kan «høste» gevinsten av valg de gjennomførte som unge. Forskjellen i livskvalitet mellom unge og eldre menn kan også forklares med sosioemosjonell selekteringsteori (Carstensen et al., 1999), som handler om at motivasjon for handlinger er bestemt av tidshorizonten på levetiden. Eldre individer vil dermed velge meningsfulle aktiviteter og handlinger som medfører positiv affekt og mening,

mens unge individer vil velge aktiviteter og handlinger som fører til kunnskap og arbeid som gir gevinster på langsikt (Carstensen et al., 1999; Carstensen et al., 2003).

Forskjellen i global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn kan også forklares med sosioemosjonell selekteringsteori (Carstensen et al., 1999), som handler om at motivasjon for handlinger er bestemt av tidshorisonten på levetiden til individene. Eldre individer vil dermed selektere meningsfulle aktiviteter og handlinger som medfører positiv affekt og mening, og unge individer vil selektere aktiviteter og handlinger som fører til kunnskap og arbeid som gir gevinster på langsikt (Carstensen et al., 1999; Carstensen et al., 2003).

6.7 Metodediskusjon

I den følgende delen vil styrker og svakheter for oppgavens metode bli drøftet.

6.7.1 Metodisk tilnærming og studiedesign

For å besvare problemstillingen var det hensiktsmessig å benytte en kvantitativ studie. Datagrunnlaget som ble benyttet var basert på en tverrsnittstudie av befolkningen i Østfold i 2019. En tverrsnittstudie har et enkelt studiedesign som ofte brukes i tidlig fase av epidemiologiske studier (Webb et al., 2017). Studiedesignet gir nyttig informasjon om hvordan sykdom og helsedeterminanter er fordelt i en populasjon på et spesifikt tidspunkt, men tar ikke for seg tidsdimensjoner, insidens eller kausale relasjoner (Rothman, 2012). Særlig når det gjelder kausalitet må man være forsiktig med å trekke for bastante konklusjoner i en slik tverrsnittsundersøkelse som denne masteroppgaven bygger på, da det potensielt kan være motsatte årsakssammenhenger mellom noen av forklaringsvariablene og global livskvalitet (Flanders et al., 1992). Selv om tverrsnittstudier har metodiske begrensninger (Rothman, 2012), har dette studiedesignet likevel høy relevans i folkehelsearbeidet. Dette er fordi tverrsnittstudier kan benyttes som et effektivt verktøy i overvåkning av helsetilstanden i henhold til Folkehelseloven (2011) §5 oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen, ettersom dette studiedesignet innhenter data om forekomst av helsetilstander på ett gitt tidspunkt (Rothman, 2012).

Det er både ulemper og fordeler med bruk av kvantitative epidemiologiske studier. Når informasjon om helsen til en populasjon kvantifiseres, gir det oss gode indikatorer på hvordan helse og sykdom fordeler seg i ulike befolkningsgrupper (Magnus & Bakketeig, 2003). Basert på denne kunnskapen kan en iverksette tiltak for å forebygge sykdom og fremme helse. Denne

metoden kan også bli brukt som et indirekte effektmål på politiske og statlige tiltak for folkehelsen (Magnus & Bakketeig, 2003). En svakhet ved kvantitativ metodikk er at det ikke blir redegjort for menneskelige perspektiver og utdypende informasjon om dataene som innhentes (Magnus & Bakketeig, 2003). Kvalitative data kan være viktig for å øke treffsikkerheten til befolkningstiltak (Galson et al., 2017). I rapporten «Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid» blir innbyggerinvolvering diskutert som et viktig mål for å styrke folkehelsen (Helsedirektoratet, 2018b). Det er trolig at videre forskning kan ha nytte kvalitative perspektiver for å få et dypere perspektiv på påvirkninger på folkehelsen i Østfold.

6.7.2 Databehandling

Før de statistiske analysene ble utført, ble forklaringsvariablene kategorisert og dikotomisert. I denne studien var det gunstig å dikotomisere variablene fordi det forenklet og tydeliggjorde presentasjonen av resultatene (Skovlund, 2017). Eksempelvis ble psykiske plager dikotomisert til ingen plager (sumscore <1.85) og psykiske plager (≥ 1.85). Grenseverdien er basert på tidligere forskning og satt til 1.85 (Strand et al., 2009). Grenseverdier for dikotomiserede variabler bør være basert på tradisjonelle avklarte grenseverdier eller medianverdi (Skovlund, 2017). En styrke med denne studien er at det ikke brukt egendefinerte grenseverdier. Egendefinerte grenser kan øke risikoen for type 2 feil og svekke reliabiliteten til studien (Skovlund, 2017). En annen utfordring med dikotomisering er imidlertid at den kan overestimere effektstørrelsen og påvirker teststyrken, noe som paradoksal kan føre til type I-feil eller type II-feil (Christley, 2010; Skovlund, 2017).

I denne studien var det ønskelig å undersøke hvilke kategoriske og kontinuerlige variabler som var assosiert med global livskvalitet, samt styrken på denne assosiasjonen. Derfor ble det utført en multippel regresjonsanalyse. Dette er en statistisk metode som er mye brukt i folkehelserelaterte studier (Levy & Stolte, 2000). For denne studien var en multippel regresjonsanalyse gunstig å bruke ettersom den ga mulighet til å studere lineære sammenhenger mellom kontinuerlig og kategoriske variabler (Davis, 2001). Den standardiserte koeffisienten, β ble benyttet som effektmål for regresjonsanalysen. Effektmålet i standardisert form gjør det mulig å sammenligne resultatene mellom forklaringsvariablene, ettersom måleenhetene er standardiserte (Pallant, 2016).

Signifikansnivå, α , ble satt til $p < 0.05$ før studiens oppstart og det aksepteres dermed under en 5% sannsynlighet for at resultatene er tilfeldige (Curran-Everett, 2009; Thiese et al., 2016). Dersom resultatene i denne studien er tilfeldige, vil det ha medført en type I-feil. En type I-

feil karakteriseres ved at en forkaster nullhypotesen på feilaktig grunnlag (Braut, G. S., 2021). Type II-feil karakteriseres ved at en beholder nullhypotesen når den er usann og forekommer ofte ved små utvalg (Braut, G.S, 2021). I denne studien var utvalget stort, noe som kan ha redusert risikoen for en type II-feil.

Den multiple regresjonsmodellen forklarer 46% av variansen for global livskvalitet blant menn i Østfold, og regresjonsanalysen var signifikant ($p < 0.05$). Selv om dette viser at modellen hadde en relativ høy varians (Doğan et al., 2012; Gallagher & Vella-Brodrick, 2008; Gülaçtı, 2010), er det trolig flere uidentifiserte forklaringsvariabler for global livskvalitet blant menn i Østfold, enn de som ble inkludert i denne studien. En multippel regresjonsanalyse er svært sensitiv for uteliggere og dette kan føre til feilaktige verdier på resultatene (Pallant, 2016). Resultatene fra denne studien viser ingen antydninger til en høy andel uteliggere basert på Tabachnick og Fidells (2013) definisjon på uteliggere. De definerer uteliggere som residualverdier under -3.3 og over 3.3. Multikollinearitet forekommer når to uavhengige variabler korrelerer med hverandre i en regresjonsanalyse (Alin, 2010). Statistiske analyser med høy multikollinearitet kan gi feilaktige resultater for statistisk signifikans (Allen, 1997). I denne studien ble det ikke funnet sterke indikasjoner på multikollinearitet i resultatene ettersom VIF hadde verdier under 10, toleranse hadde verdier over 0.10 og $r < 0.89$ (Tabachnick & Fidell, 2013).

6.7.3 Validitet og reliabilitet

Validitet handler om hvor godt man måler det studien har til hensikt å måle (Magnus & Bakketeig, 2003; Pripp, 2018). En deler ofte inn i ytre og indre validitet. Indre validitet handler om hvorvidt resultatene er gyldige for det undersøkte utvalget (Magnus & Bakketeig, 2003; Pripp, 2018). Eksempelvis vil et måleverktøy som benyttes ukorrekt føre til en systematisk feil som igjen begrenser validiteten til studien (Pripp, 2018). Den ytre validiteten sier noe om hvor vidt en studie er generaliserbart, altså om en kan overføre informasjon fra utvalget over til en større populasjon (Pripp, 2018). Reliabilitet handler om presisjon og repeterbarhet i studien (Magnus & Bakketeig, 2003). Kan studiens gjennomføring repeteres med samme resultat så kan en anta at studiet har høy reliabilitet. Regresjonsmodellen var signifikant og dette øker reliabiliteten til denne studien fordi det er lav sannsynlighet for at resultatene er tilfeldige (Svartdal, 2020). Spørreskjemaene som er brukt for å måle psykiske plager og sosial støtte er anerkjente spørreskjemaer med høy reliabilitet, noe som også øker reliabiliteten for denne studien (Bøen et al., 2012; Haavet et al., 2010; Løvås, 2013).

I epidemiologiske studier er det særlig relevant å ta høyde for systematiske skjevheter fordi de påvirker validiteten til studien (Magnus & Bakketeig, 2003). Resultatene i denne studien er trolig utsatt for seleksjonsskjevhet ettersom deltakere uten e-post og internett ikke ble invitert til å delta i befolkningskartleggingen. I tillegg ses det en lavere responsrate blant den yngste aldersgruppen (Vedlegg 1). Strandhagen og kolleger (2010) fant en sammenheng mellom utdanning og responsrate på undersøkelser. De fant at personer med lavere sosioøkonomisk status eller som var ugifte, unge eller menn hadde en lavere respons på spørreskjemaer. At befolkningsgrupper med ulike karaktertrekk ikke har besvart undersøkelsen kan ha ført til seleksjonsskjevhet og dermed svekker generaliserbarheten til denne studien. Det hindrer også studien i å innhente viktig informasjon om særlige sårbare grupper.

Selvrapporteringsskjemaer kan føre til under- og overestimering (Brug et al., 2006; Yun et al., 2006), noe som kan ha ført til en informasjonsskjevhet i dataene for denne studien.

Informasjonsskjevhet er kjent for å føre til redusert validitet og forekommer når måleverktøyet for å innhente data er brukt feil (Magnus & Bakketeig, 2003). Ettersom måleverktøyet som ble benyttet var et selvrapporteringsskjema krever det at deltakerne har god forståelse av spørsmålenes betydning. Variabelen fysisk aktivitet måler ikke hvilken aktivitet som utføres eller frekvens og intensitet. Dette er en svakhet i studien ettersom den måler hva deltakerne selv oppfatter som aktivitet. HSCL-10 og OSS-3 er anerkjente måleverktøy med høy validitet (Bøen et al., 2012; Haavet et al., 2010). Dette reduserer informasjonsskjevheten og styrker validiteten for denne studien.

6.7.4 Statistisk inferens

Statistisk inferens handler om å trekke slutninger om en populasjon basert på observasjoner fra utvalget (Polit & Beck, 2010). For å trekke en slutning om statistisk inferens bør utvalget være generaliserbart for populasjonen. Dette innebærer at utvalget er representativt med fellestrekk og like egenskaper som populasjonen den er trukket ut fra (Polit & Beck, 2010). Generaliserbarheten påvirkes av den metodiske tilnærmingen i innhenting av utvalg og gjennomføring av studien. Det vil alltid være variasjoner mellom mennesker og en fullstendig generaliserbarhet blir ofte sett på som et ideal fremfor et absolutt mål (Polit & Beck, 2010).

Rekrutteringen av deltakerne foregikk ved at utvalget ble trukket tilfeldig og hadde en relativ lik fordeling mellom aldersgrupper og kjønn (Vedlegg 1). Dette styrker generaliserbarheten til studien (Polit & Beck, 2010). Ettersom spørreskjemaet ble sendt på e-post koblet til

folkeadresse var treffsikkerheten på utvalget høyt. Ved datainnhenting fullførte 18.5% av deltakerne de utsendte spørreskjemaene (vedlegg 1). Lav responsrate for web-baserte spørreskjemaer utsendt på mail er en kjent og etablert problematikk (Sheehan, 2001). Responsraten var likevel over nedre tolererte verdi ($N < 15\%$) og påvirker trolig ikke generaliserbarheten til populasjonen i Østfold. Det totale og analytiske utvalget for denne masteroppgaven utgjorde henholdsvis $N=5237$ og $N=4374$. Frafallet til det analytiske utvalget var hele 863 deltakere, men antall deltakere i utvalg holdt seg fortsatt over Tabachnick og Fidells (2013) anbefalte antall $N > 50 + 8 * \text{antall variabler}$ ($N > 106$) og påvirker trolig ikke generaliserbarheten til utvalget. Unge menn var underrepresentert i begge utvalg. Det var også skjevheter i utdanning siden majoriteten av respondentene hadde videregående skole som høyeste utdanning, og dette gjaldt for begge aldersgrupper.

Det er ønskelig å generalisere funnene i denne studien for resten av den mannlige befolkningen (18-66 år) i Østfold fylke. Ettersom dette er en tverrsnittstudie, vil det ikke være mulig å trekke slutning om en kausal inferens. En kan likevel bruke assosiasjonene som er funnet i denne studien som indikatorer for livskvalitet.

7 Konklusjon og implikasjoner

Funnene i denne studien bekrefter at det var en signifikant forskjell i global livskvalitet mellom unge menn og eldre menn i Østfold. Eldre menn var assosiert med en høyere global livskvalitet enn unge menn, kontrollert for sosioøkonomiske variabler, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet. Å være utenfor arbeidslivet, oppleve økonomien sin som vanskelig, ha psykiske plager og være fysisk inaktiv var signifikant assosiert med redusert livskvalitet, mens økende grad av sosial støtte var signifikant assosiert med høyere livskvalitet, både for unge menn og for eldre menn.

Funnene i denne studien indikerer at enkelte grupper menn i Østfold er utsatt for lav global livskvalitet og det kan være gunstig å iverksette tiltak rettet mot utdanning, yrke og inntekt samt psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet for å fremme livskvaliteten til menn i Østfold. Det kan også være hensiktsmessig å iverksette tiltak rettet mot ulike aldersgrupper ettersom det er vist at unge og eldre menn kan ha ulike sosiale behov og normative verdier på materielle goder. Dette vil også stå i tråd med FNs (2021) bærekraftsmål 3 hvor god livskvalitet skal være tilgjengelig for alle, uansett alder (FN, 2021).

Alder, sosioøkonomiske faktorer, psykisk helse, sosial støtte og fysisk aktivitet forklarte 46% av variansen for livskvalitet hos menn i Østfold, og det er trolig behov for mer forskning på livskvaliteten til menn i Østfold for å kartlegge flere av faktorene som påvirker livskvaliteten deres. Det kan være hensiktsmessig å utføre longitudinelle studier for å kartlegge årsakssammenhenger for global livskvalitet, ettersom dataene i denne studien kun viser til korrelasjoner mellom uavhengige variabler og global livskvalitet. Kvalitative metoder kan også være gunstig som et supplement til longitudinelle studier fordi det kan kartlegge for områder av livskvaliteten som kvantitative studier ikke dekker.

Referanser:

- Adler, N., Boyce, T., Chesney, M., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. & Syme, L. (1994). Socioeconomic status and health. *American Psychologist*, 49 (1): 15–24. doi: 10.1037/0003-066X.49.1.15.
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48 (5): 385-391.
- Agrawal, J., Murthy, P., Philip, M., Mehrotra, S., Thennarasu, K., John, J. P., Girish, N., Thippeswamy, V. & Isaac, M. (2011). Socio-demographic Correlates of Subjective Well-being in Urban India. *Social Indicators Research*, 101 (3): 419-434. doi: 10.1007/s11205-010-9669-5.
- Alesina, A., Di Tella, R. & MacCulloch, R. (2004). Inequality and happiness: are Europeans and Americans different? *Journal of Public Economics*, 88 (9): 2009-2042. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2003.07.006>.
- Alin, A. (2010). Multicollinearity. *WIREs Computational Statistics*, 2 (3): 370-374. doi: <https://doi.org/10.1002/wics.84>.
- Allen, M. P. (1997). *The problem of multicollinearity*. In: *Understanding Regression Analysis*, . New York: : Plenum Press.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. 1st ed. utg. San Francisco:: Jossey-Bass.
- Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bahr, R. (2020). *Fysisk aktivitet*: Store Medisinske Leksikon. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet (lest 06.09.2021).
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet- En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/248399 (lest 24.11.2021).
- Barstad, A. (2020). *Økonomi, helse og livskvalitet - en analyse av levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017*: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/429442?_ts=1740a955568 (lest 24.08.2021).
- Barstad, A. (2021). *Bli vi stadig mer ensomme?* SSB analyse, 2021: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme> (lest 20.10.2021).
- Bartsch, B. (2020). *Stort kjønns gap i høyere utdanning blant unge*: Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/stort-kjonns-gap-i-hoyere-utdanning-blant-unge> (lest 20.11.2021).
- Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (2015). *Social Network Epidemiology*. 2 utg. Social Epidemiology. Oxford, Storbritannia: Oxford.
- Blanchflower, D. G. & Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88 (7): 1359-1386. doi: [https://doi.org/10.1016/S0047-2727\(02\)00168-8](https://doi.org/10.1016/S0047-2727(02)00168-8).
- Blanchflower, D. G. (2021). Is happiness U-shaped everywhere? Age and subjective well-being in 145 countries. *Journal of Population Economics*, 34 (2): 575-624. doi: 10.1007/s00148-020-00797-z.
- Bovier, P. A., Chamot, E. & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13 (1): 161-170. doi: 10.1023/B:QURE.0000015288.43768.e4.
- Brannan, D., Biswas-Diener, R., Mohr, C. D., Mortazavi, S. & Stein, N. (2013). Friends and family: A cross-cultural investigation of social support and subjective well-being among college students. *The Journal of Positive Psychology*, 8 (1): 65-75. doi: 10.1080/17439760.2012.743573.

- Braut, G. S. (2009). *Helse*: Store Medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/helse> (lest 16.10.2020).
- Braut, G. S. (2021). *Type 1 feil*: Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: https://snl.no/type_1-feil (lest 13.12.2021).
- Braut, G. S. (2021). *Type 2 feil*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/type_II-feil.
- Brug, J., Wammes, B., Kremers, S., Giskes, K. & Oenema, A. (2006). Underestimation and overestimation of personal weight status: associations with socio-demographic characteristics and weight maintenance intentions. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 19 (4): 253-262. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2006.00707.x>.
- Buecker, S., Simacek, T., Ingwersen, B., Terwiel, S. & Simonsmeier, B. A. (2020). Physical activity and subjective well-being in healthy individuals: a meta-analytic review. *Health Psychology Review*, 15 (4): 574-592. doi: 10.1080/17437199.2020.1760728.
- Burgdorf, J. & Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30 (2): 173-187. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.06.001>.
- Bævre, K. (2014). *Forventet levealder i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/> (lest 18.10.2021).
- Bøen, H., Dalgard, O. S. & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socioeconomic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*: 12. doi: 10.1186/1471-2318-12-27.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf (lest 12.11.2021).
- Carrigan, T., Connell, B. & Lee, J. (1985). Toward a New Sociology of Masculinity. *Theory and Society*, 14 (5): 551-604.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54 (3): 165-181. doi: 10.1037/0003-066X.54.3.165.
- Carstensen, L. L., Funk, H. H. & Charles, S. T. (2003). Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life. *Motivation and Emotion*, 27 (2): 103-123. doi: 10.1023/A:1024569803230.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *About Mental Health*. Tilgjengelig fra: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm> (lest 21.10.2021).
- Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H. & Chekroud, A. M. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *The Lancet*, 5 (9): 739-746. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X).
- Chi, I. & Chou, K. L. (2001). Social Support and Depression among Elderly Chinese People in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52 (3): 231-252. doi: 10.2190/v5k8-cnmg-g2up-37qv.
- Chou, K. L. (1999). Social support and subjective well-being among Hong Kong Chinese young adults. *Journal of Genetic Psychology*, 160 (3): 319-331. doi: 10.1080/00221329909595402.
- Christley, R. M. (2010). Power and Error: Increased Risk of False Positive Results in Underpowered Studies. *The Open Epidemiology Journal*, 3: 16-19. doi: <https://doi.org/10.2174/1874297101003010016>.
- Clark, A., Oswald, A. & Warr, P. B. (1996). Is job satisfaction u-shaped in age? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69: 57-81.
- Clark, A. E. & Oswald, A. J. (1994). Unhappiness and Unemployment. *The Economic Journal*, 104 (424): 648-659. doi: 10.2307/2234639.

- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5): 300-314. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological bulletin*, 98 (2): 310-57. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
- Cole, K., Daly, A. & Mak, A. (2009). Good for the soul: The relationship between work, wellbeing and psychological capital. *The Journal of Socio-Economics*, 38 (3): 464-474. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socec.2008.10.004>.
- Courtenay, W. H. (2003). Key Determinants of the Health and Well-Being of Men and Boys. *International Journal of Men's Health*, 2 (1): 1-30.
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, E. (2002). Livskvalitet i ulike deler av Oslo. *Norsk epidemiologi*, 12 (3): 257-263.
- Creed, P. & Watson, T. (2003). Age, Gender, Psychological Wellbeing and the Impact of Losing the Latent and Manifest Benefits of Employment in Unemployed People. *Australian Journal of Psychology*, 55 (2): 95-103. doi: 10.1080/00049530412331312954.
- Creed, P. A. & Klisch, J. (2005). Future outlook and financial strain: Testing the Personal Agency and Latent Deprivation Models of Unemployment and Well-Being. *Journal of occupational Health Psychology*, 10 (3): 1-33. doi: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.3.251>.
- Cummins, R. (2000). Personal Income and Subjective Well-Being: A Review. *Journal of Happiness Studies*, 1: 133-158. doi: 10.1023/A:1010079728426.
- Curran-Everett, D. (2009). Explorations in statistics: hypothesis tests and P values. *Advances in Physiology Education*, 33 (2): 81-6. doi: 10.1152/advan.90218.2008.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y> (lest 13.12.2021).
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO- Strategy paper for Europe*. Stocholm: Institute for future studies.
- Dalene, K. E., Nystad, W. & Ulf, E. (2019). *Helseeffekter av fysisk aktivitet*: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ml/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/> (lest 06.09.2021).
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H., Dunn, G. & The, O. G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (6): 444-451. doi: 10.1007/s00127-006-0051-5.
- Davis, M. J. (2001). Contrast Coding in Multiple Regression Analysis: Strengths, Weaknesses, and utility of popular Coding Structures. *Journal of Data Science* 8(1): 61-73. doi: 10.6339/JDS.2010.08(1).563.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19 (1): 1-15. doi: <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>.
- Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L. & Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or Absolute? *Social Indicators Research*, 28: 195-223. doi: 10.1007/BF01079018.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 68 (4): 653-63.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2): 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5 (1): 1-31. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x.

- Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J. & Delgado-Chase, D. (2017). If, Why, and When Subjective Well-Being Influences Health, and Future Needed Research. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 9 (2): 133-167. doi: <https://doi.org/10.1111/aphw.12090>.
- Dimeo, F., Bauer, M., Varahram, I., Proest, G. & Halter, U. (2001). Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *British Journal of Sports Medicine*, 35 (2): 114-7. doi: 10.1136/bjbm.35.2.114.
- Dinas, P. C., Koutedakis, Y. & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, 180 (2): 319-325. doi: 10.1007/s11845-010-0633-9.
- Doğan, T., Sapmaz, F., Tel, F. D., Sapmaz, S. & Temizel, S. (2012). Meaning in Life and Subjective Well-Being among Turkish University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 55: 612-617. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.543>.
- Dolan, P., Peasgood, T. & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29 (1): 94-122. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joep.2007.09.001>.
- Easterlin, R. A. (1995). Will raising the incomes of all increase the happiness of all? *Journal of Economic Behavior & Organization*, 27 (1): 35-47. doi: [https://doi.org/10.1016/0167-2681\(95\)00003-B](https://doi.org/10.1016/0167-2681(95)00003-B).
- Easterlin, R. A. (2006). Life cycle happiness and its sources intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of economic psychology*, 27 (4): 463-482. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joep.2006.05.002>.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (5): 376-381. doi: 10.1136/jech.2005.041616.
- Espejo, E. P., Hammen, C. & Brennan, P. A. (2012). Elevated Appraisals of the Negative Impact of Naturally Occurring Life Events: A Risk Factor for Depressive and Anxiety Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40 (2): 303-315. doi: 10.1007/s10802-011-9552-0.
- Ferrer-i-Carbonell, A. (2005). Income and well-being: an empirical analysis of the comparison income effect. *Journal of Public Economics*, 89 (5): 997-1019. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2004.06.003>.
- Flanders, W. D., Lin, L., Pirkle, J. L. & Caudill, S. P. (1992). Assessing the Direction of Causality in Cross-sectional Studies. *American Journal of Epidemiology*, 135 (8): 926-935. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a116388.
- Flatau, P., Galea, J. & Petridis, R. (2000). Mental Health and Wellbeing and Unemployment. *Australian Economic Review*, 33 (2): 161-181. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8462.00145>.
- FN. (2021). *Sustainable development goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*: FN. Tilgjengelig fra: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/> (lest 17.11.2021).
- Folkehelseinstituttet. (2005). *Definisjoner: Sosial ulikhet i helse*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/> (lest 29.11.2021).
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet--faktaar/>.
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Folkehelseprofil for Østfold* Oslo.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Selv mord i dødsårsaksstatistikken*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/selv-mord-i-dodsarsaksstatistikken/> (lest 18.10.2021).
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (lest 03.09.2021).
- Frey, B. S. & Stutzer, A. (2000). Happiness, Economy and Institutions. *The Economic Journal*, 110 (466): 918-938. doi: <https://doi.org/10.1111/1468-0297.00570>.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse- slik folk ser det. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.

- Fung, H. H., Carstensen, L. L. & Lang, F. R. (2001). Age-Related Patterns in Social Networks among European Americans and African Americans: Implications for Socioemotional Selectivity across the Life Span. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52 (3): 185-206. doi: 10.2190/1ABL-9BE5-MOX2-LR9V.
- Galambos, N. L., Krahn, H. J., Johnson, M. D. & Lachman, M. E. (2020). The U Shape of Happiness Across the Life Course: Expanding the Discussion. *Perspectives on Psychological Science*, 15 (4): 898-912. doi: 10.1177/1745691620902428.
- Galambos, N. L., Krahn, H. J., Johnson, M. D. & Lachman, M. E. (2021). Another Attempt to Move Beyond the Cross-Sectional U Shape of Happiness: A Reply. *Perspectives on Psychological Science*, 16 (6): 1447-1455. doi: 10.1177/17456916211008823.
- Gallagher, E. N. & Vella-Brodrick, D. A. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44 (7): 1551-1561. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.01.011>.
- Galson, S. W., Staton, C. A., Karia, F., Kilonzo, K., Lunyera, J., Patel, U. D., Hertz, J. T. & Stanifer, J. W. (2017). Epidemiology of hypertension in Northern Tanzania: a community-based mixed-methods study. *BMJ journal*, 7 (11): e018829. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018829.
- Gove, W., Ortega, S. & Style, C. (1989). The Maturational and Role Perspectives on Aging and Self Through the Adult Years: An Empirical Evaluation. *American Journal of Sociology* 94 (5): 1117-1145. doi: 10.1086/229113.
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U. & Stordal, E. (2011). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (1-2): 111-120. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x>.
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P. & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293 (1): 1-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>.
- Gülaçtı, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2 (2): 3844-3849. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.602>.
- Harvey, B. S., Øverland, S., Hatch, L. S., Wessely, S., Mykletun, A. & Hotopf, M. (2018). Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 175 (1): 28-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16111223.
- Haushofer, J. & Fehr, E. (2014). On the psychology of poverty. *Science*, 344 (6186): 862-867. doi: 10.1126/science.1232491.
- Helliwell, J. F. (2003). How's life? Combining individual and national variables to explain subjective well-being. *Economic Modelling*, 20 (2): 331-360. doi: [https://doi.org/10.1016/S0264-9993\(02\)00057-3](https://doi.org/10.1016/S0264-9993(02)00057-3).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/> (lest 21.10.2021).
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf/_attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf (lest 10.11.2021).
- Helsedirektoratet. (2018a). *Sosial ulikhet påvirker helse- tiltak og råd*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad> (lest 7.10.2020).
- Helsedirektoratet. (2018b). *Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styrkebasert-tilnaerming-i-lokalt-folkehelsearbeid/Styrkebasert%20tiln%C3%A6rming%20i%20lokalt%20folkehelsearbeid.pdf/_attachment/inline/c9ee57b9-eaaa-4a15-82d3-

- [054bdc306198:08214182de983ee8005b51c008a926bc60a19a97/Styrkebasert%20tiln%C3%A6rming%20i%20lokalt%20folkehelsearbeid.pdf](https://www.helsebibliotek.no/artikkel/054bdc306198:08214182de983ee8005b51c008a926bc60a19a97/Styrkebasert%20tiln%C3%A6rming%20i%20lokalt%20folkehelsearbeid.pdf) (lest 29.10.2021).
- Helsedirektoratet. (2019). *Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre> (lest 20.09.2021).
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinske og helsefaglig forskning av 20. juni 2008 nr. 44*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (lest 03.09.2021).
- Helseregisterloven. (2014). *Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger av 20. juni 2014 nr. 43*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>.
- Hicks, J. A., Trent, J., Davis, W. E. & King, L. A. (2012). Positive affect, meaning in life, and future time perspective: An application of socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 27 (1): 181-189. doi: 10.1037/a0023965.
- Hillsdon, M. M., Brunner, E. J., Guralnik, J. M. & Marmot, M. G. (2005). Prospective study of physical activity and physical function in early old age. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (3): 245-250. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.008>.
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen, P. E. (red.) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. Oslo: Tanum-Norli.
- Hofgaard, T. L. (2010). En ny definisjon av helse? *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 47 (4): 362.
- Hombrados-Mendieta, I., García-Martín, M. & Jacinto, L. (2013). The Relationship Between Social Support, Loneliness, and Subjective Well-Being in a Spanish Sample from a Multidimensional Perspective. *Social Indicators Research*, 114 (3): 1013–1034. doi: 10.1007/s11205-012-0187-5.
- Horley, J. & Lavery, J. J. (1995). Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, 34 (2): 275-282. doi: 10.1007/BF01079200.
- Howard Litwin, D., Eliyahu V. Sapir, MA. (2009). Perceived Income Adequacy Among Older Adults in 12 Countries: Findings From the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *The Gerontologist*, 49 (3): 406. doi: 10.1093.
- Hsu, C. Y., Chang, S. S. & Yip, P. S. F. (2019). Subjective wellbeing, suicide and socioeconomic factors: an ecological analysis in Hong Kong. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28 (1): 112-130. doi: 10.1017/S2045796018000124.
- Häkkinen, A., Rinne, M., Vasankari, T., Santtila, M., Häkkinen, K. & Kyröläinen, H. (2010). Association of physical fitness with health-related quality of life in Finnish young men. *Health Qual Life Outcomes*, 8: 15. doi: 10.1186/1477-7525-8-15.
- Haavet, O. R., Sirpal, M. K., Haugen, W. & Christensen, K. S. (2010). Diagnosis of depressed young people in primary health care—a validation of HSCL-10. *Family Practice*, 28 (2): 233-237. doi: 10.1093/fampra/cm078.
- Jensen, A. (2007). Kvinners og menns helse- flere likheter enn ulikheter? *Samfunnsspeilet - Statistisk sentralbyrå*: 14-21.
- Jeste, D. V. & Oswald, A. J. (2014). Individual and societal wisdom: explaining the paradox of human aging and high well-being. *Psychiatry*, 77 (4): 317-30. doi: 10.1521/psyc.2014.77.4.317.
- Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism. *Elsevier*, 40 (6): 1281-1290. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.019>.
- Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82 (6): 1007-22. doi: 10.1037/0022-3514.82.6.1007.
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Skirbekk, V., Strand, B. H., Håberg, S. E. & Vollset, S. E. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 321 (19): 1916-1925. doi: 10.1001/jama.2019.4329.
- Kleppang, A. L. & Hagquist, C. (2016). The psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10: a Rasch analysis based on adolescent data from Norway. *Family Practice*, 33 (6): 740-745. doi: 10.1093/fampra/cm091.

- Knudsen, A. K. & Mykletun, A. (2020). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 47 (4): 342-343.
- Kristenson, M., Eriksen, H. R., Sluiter, J. K., Starke, D. & Ursin, H. (2004). Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science & Medicine*, 58 (8): 1511-1522. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00353-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00353-8).
- Kujala, U. M., Kaprio, J., Sarna, S. & Koskenvuo, M. (1998). Relationship of Leisure-Time Physical Activity and MortalityThe Finnish Twin Cohort. *JAMA*, 279 (6): 440-444. doi: 10.1001/jama.279.6.440.
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48 (4): 735-748. doi: 10.1177/0020731418782653.
- Levy, P. S. & Stolte, K. (2000). Statistical methods in public health and epidemiology: a look at the recent past and projections for the next decade. *Statistical Methods in Medical Research*, 9 (1): 41-55. doi: 10.1177/096228020000900106.
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D.-F., Ping, F., Abu Talib, M., Lester, D. & Jia, C. (2019). Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students. *PLoS ONE*, 14 (7). doi: 10.1371/journal.pone.0217372.
- Liao, Y. H., Kao, T. W., Peng, T. C. & Chang, Y. W. (2021). Gender differences in the association between physical activity and health-related quality of life among community-dwelling elders. *Aging Clin Exp Res*, 33 (4): 901-908. doi: 10.1007/s40520-020-01597-x.
- López, B. F., Møller, V. & Sousa-Poza, A. (2013). How Does Subjective Well-Being Evolve with Age? A Literature Review. *Journal of Population Ageing*, 6 (3): 227-246. doi: 10.1007/s12062-013-9085-0.
- Lozem, G. F., Schirmer, H., Wang, C. E. A. & Emaus, N. (2017). Ageing and mental health: changes in self-reported health due to physical illness and mental health status with consecutive cross-sectional analyses. *BMJ Open*, 7 (1): 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013629.
- Luhmann, M., Murdoch, J. C. & Hawkey, L. C. (2015). Subjective Well-Being in Context: County- and State-Level Socioeconomic Factors and Individual Moderators. *Social Psychological and Personality Science*, 6 (2): 148-156. doi: 10.1177/1948550614548075.
- Løvås, G. G. (2013). *Statistikk for universiteter og høyskoler*. 3. utg. Statistikk. Oslo: Universitetsforlaget.
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2003). *Epidemiologi*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malone, C. & Wachholtz, A. (2018). The Relationship of Anxiety and Depression to Subjective Well-Being in a Mainland Chinese Sample. *Journal of Religion and Health*, 57 (1): 266-278. doi: 10.1007/s10943-017-0447-4.
- Malt, U. & Aslaksen, P. (2020). *Psykiske lidelser*: Store Medisinske Leksikon. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/psykiske_lidelser (lest 21.10.2021).
- Martela, F. & Pessi, A. B. (2018). Significant Work Is About Self-Realization and Broader Purpose: Defining the Key Dimensions of Meaningful Work. *Frontiers in Psychology*, 9 (363): 1-15. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00363.
- Martín-María, N., Miret, M., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., Steptoe, A., Chatterji, S. & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The Impact of Subjective Well-being on Mortality: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies in the General Population. *Psychosomatic Medicine*, 79 (5): 565-575. doi: 10.1097/psy.0000000000000444.
- Martinsen, E. W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (47): 25-29. doi: 10.1080/08039480802315640.
- Matthews, S., Stansfeld, S. & Power, C. (1999). Social support at age 33: the influence of gender, employment status and social class. *Social Science & Medicine*, 49 (1): 133-142. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00122-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00122-7).
- McBride, M. (2001). Relative-income effects on subjective well-being in the cross-section. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 45 (3): 251-278. doi: [https://doi.org/10.1016/S0167-2681\(01\)00145-7](https://doi.org/10.1016/S0167-2681(01)00145-7).

- Meehan, M. P., Durlak, J. A. & Bryant, F. B. (1993). The relationship of social support to perceived control and subjective mental health in adolescents. *Journal of Community Psychology*, 21 (1): 49-55. doi: [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(199301\)21:1<49::AID-JCOP2290210106>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199301)21:1<49::AID-JCOP2290210106>3.0.CO;2-I).
- Meisenberg, G. & Woodley, M. A. (2015). Gender Differences in Subjective Well-Being and Their Relationships with Gender Equality. *Journal of Happiness Studies*, 16 (6): 1539-1555. doi: 10.1007/s10902-014-9577-5.
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldingen- Gode liv i et trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1> (lest 13.10.2021).
- Meld. St. nr 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?ch=1> (lest 13.10.2021).
- Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. I: Nosikov, A. G., C. (red.) *57 EUROHIS: Developing common instruments for health surveys*, s. 35-60. Amsterdam: IOS Press.
- Mittelmark, M. B., Bull, T., Daniel, M. & Urke, H. (2017). Specific Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health. I: *The Handbook of Salutogenesis*, s. 71-76. Cham: Springer International Publishing.
- Mæhlum, L. (2021). *Viken: Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Viken> (lest 26.10.2021).
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion*. 4 utg. London: Eleviser.
- Nes, R. B. (2016). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/> (lest 24.10.2021).
- Nes, R. B., Hansen, T. & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet- anbefalinger for et bedre målesystem*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20E2%80%9320Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf/_attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf (lest 20.08.2021).
- Nes, R. B., Nilsen, T. S., Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E. & Røysamb, E. (2020). *Fra nord til sør: Livskvalitet i Norge 2019*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/21c14cb7d5924b779a0d6e26c4064af4/livskvalitet-i-norge-2019-rapport.pdf> (lest 01.10.2021).
- Netz, Y., Wu, M.-J., Becker, B. & Tenenbaum, G. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and aging*, 20 (2): 272-284. doi: 10.1037/0882-7974.20.2.272.
- NOU 2019:3. (2019). *Nye sjanser - bedre læring : kjønnsforskjeller i skoleprestasjoner og utdanningsløp* Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-3/id2627718/> (lest 15.10.2020).
- Ommundsen, Y. & Aadland, A. A. (2009). *Fysisk inaktivitet i Norge- Hvem er inaktive og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?* Oslo: Helsedirektoratet.
- Otsuka, T., Tomata, T., Zhang, S., Tanji, F., Sugawara, Y. & Tsuji, I. (2019). The association between emotional and instrumental social support and risk of suicide death: A population-based cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 114: 141-146. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.012>.
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 6. utg. Maidenhead: McGraw Hill Education.

- Pasco, J. A., Jacka, F. N., Williams, L. J., Brennan, S. L., Leslie, E. & Berk, M. (2011). Don't Worry, be Active: Positive Affect and Habitual Physical Activity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45 (12): 1047-1052. doi: 10.3109/00048674.2011.621063.
- Pawlowski, T., Downward, P. & Rasciute, S. (2011). Subjective well-being in European countries—on the age-specific impact of physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity*, 8 (2): 93-102. doi: 10.1007/s11556-011-0085-x.
- Peluso, M. A. M. & Andrade, L. H. S. G. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60 (1): 61-70. doi: 10.1590/s1807-59322005000100012.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. *Psychology and aging*, 15 (2): 187-224. doi: 10.1037/0882-7974.15.2.187.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 56 (4): 195-213. doi: 10.1093/geronb/56.4.P195.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (11): 1451-1458. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004>.
- Pripp, A. H. (2018). Validitet. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*: 1-3. doi: DOI: 10.4045/tidsskr.18.0398.
- Prop. 90 L (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf> (lest 10.11.2021).
- Regjeringen. (2021). *Folkehelseloven*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/> (lest 12.10.2012).
- Reneflot, A. (2014). *Selv mord i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/> (lest 12.12.2021).
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf (lest 15.10.2021).
- Rognerud, M., Strand, B. H. & Dalgard, O. S. (2002). Psykisk helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998 1. Sosioøkonomiske forskjeller i psykisk helse og livsstil. *Norsk epidemiologi*, 12 (3): 239-248. doi: 10.5324/nje.v12i3.372.
- Ross, C. E. & Wu, C.-I. (1995). The Links Between Education and Health. *American Sociological Review*, 60 (5): 719-745. doi: 10.2307/2096319.
- Rothman, K. J. (2012). *Epidemiology : An Introduction*. 2. utg. Oxford: Oxford University Press.
- Sandanger, I., Nygård, J. F., Sørensen, T. & Dalgard, O. S. (2007). Return of depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *Journal of Affective Disorders*, 100 (1): 153-162. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.006>.
- Santiago, C. D., Wadsworth, M. E. & Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology*, 32 (2): 218-230. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joep.2009.10.008>.
- Saylor, C. (2004). The Circle of Health: A Health Definition Model. *Journal of Holistic Nursing*, 22 (2): 97-115. doi: 10.1177/0898010104264775.
- Segrin, C. (2006). Age Moderates the Relationship Between Social Support and Psychosocial Problems. *Human Communication Research*, 29 (3): 317-342. doi: 10.1111/j.1468-2958.2003.tb00842.x.
- Sheehan, K. B. (2001). E-mail Survey Response Rates: a Review. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 6 (2): 0-0. doi: 10.1111/j.1083-6101.2001.tb00117.x.

- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S. & Jeswani, S. (2014). The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. *Social Indicators Research*, 117 (2): 561-576. doi: 10.1007/s11205-013-0361-4.
- Skovlund, E. (2017). Dikotomisering av målevariabler- hva er prisen? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10 (1): 1-14. doi: 10.1186/1472-6963-10-26.
- Statistisk Sentralbyrå. (2019). *Levevaner (prosent), etter levevane, kjønn, statistikkvariabel, år og alder*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/06181/tableViewLayout1/> (lest 11.11.2021).
- Steptoe, A., Deaton, A. & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385 (9968): 640-648. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0).
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2009). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57 (2): 113-118. doi: <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>.
- Strand, B. H., Grøholt, E. K., Steingrimsdóttir, O. A., Blakely, T., Graff-Iversen, S. & Naess, Ø. (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *Bmj*, 340: 1-10. doi: 10.1136/bmj.c654.
- Strandhagen, E., Berg, C., Lissner, L., Nunez, L., Rosengren, A., Torén, K. & Thelle, D. S. (2010). Selection bias in a population survey with registry linkage: potential effect on socioeconomic gradient in cardiovascular risk. *European Journal of Epidemiology*, 25 (3): 163-172. doi: 10.1007/s10654-010-9427-7.
- Straume, L. V. & Vittersø, J. (2015). Well-Being at Work: Some Differences Between Life Satisfaction and Personal Growth as Predictors of Subjective Health and Sick-Leave. *Journal of Happiness Studies*, 16 (1): 149-168. doi: 10.1007/s10902-014-9502-y.
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J. T. & Kroenke, K. (2008). Depression and Anxiety in the United States: Findings From the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatric Services*, 59 (12): 1383-1390. doi: 10.1176/ps.2008.59.12.1383.
- Stubbs, B., Koyanagi, A., Hallgren, M., Firth, J., Richards, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Veronese, N., Lahti, J., et al. (2017). Physical activity and anxiety: A perspective from the World Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 208: 545-552. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.028>.
- Støren, K. S., Rønning, E. & Gram, J. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Støren, K. S. & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Suldo, S. M., Friedrich, A. A., White, T., Farmer, J., Minch, D. & Michalowski, J. (2009). Teacher Support and Adolescents' Subjective Well-Being: A Mixed-Methods Investigation. *School Psychology Review*, 38 (1): 67-85. doi: 10.1080/02796015.2009.12087850.
- Sund, E. R. & Krogstad, S. (2005). *Sosiale ulikheter i Norge- En kunnskapsoversikt*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- Svartdal, F. (2020). *Reliabilitet*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/reliabilitet> (lest 28.10.2021).
- Syed, H. R., Zachrisson, H. D., Dalgard, O. S., Dalen, I. & Ahlberg, N. (2008). Concordance between Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) and Pakistan Anxiety and Depression Questionnaire (PADQ), in a rural self-motivated population in Pakistan. *BMC Psychiatry*, 8 (1): 59. doi: 10.1186/1471-244X-8-59.
- Søgaard, A. J., Bø, J., Klungland, M. & Jacobsen, B. K. (2000). En oversikt over norske studier- hvor mye beveger vi oss i fritiden? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. 6. utg. Boston: Pearson.

- Tesli, M., Skurtveit, S. O., Handal, M., Torvik, F. A., Torgeirsen, L., Gustavson, K., Aarø, L. E., Reichborn-Kjennerud, T., Hauge, L. J., Hjellvik, V., et al. (2014). *Psykiske lidelser hos voksne*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/> (lest 21.10.2021).
- Thiese, M. S., Ronna, B. & Ott, U. (2016). P value interpretations and considerations. *Journal of thoracic disease*, 8 (9): 928-931. doi: 10.21037/jtd.2016.08.16.
- Thomas, M. L., Kaufmann, C. N., Palmer, B. W., Depp, C. A., Martin, A. S., Glorioso, D. K., Thompson, W. K. & Jeste, D. V. (2016). Paradoxical Trend for Improvement in Mental Health With Aging: A Community-Based Study of 1,546 Adults Aged 21-100 Years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77 (8): 1019-1025. doi: 10.4088/JCP.16m10671.
- Thomas, P. A. (2009). Is It Better to Give or to Receive? Social Support and the Well-being of Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65B (3): 351-357. doi: 10.1093/geronb/gbp113.
- Thorsnæs, G. (2020). *Østfold: Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Viken> (lest 26.10.2021).
- Turner, J. R. (1981). Social support as Contingency in psychological Well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22 (4): 357-367. doi: <https://doi.org/10.2307/2136677>.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24 (1): 1-34. doi: 10.1007/BF00292648.
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenes og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
- Webb, P., Bain, C. & Page, A. (2017). *Essential Epidemiology, An Introduction for Students and Health Professionals*. 3 utg. Cambridge: Cambridge University Press.
- Westerhof, G. J. & Barrett, A. E. (2005). Age Identity and Subjective Well-Being: A Comparison of the United States and Germany. *The Journals of Gerontology: Series B*, 60 (3): 129-136. doi: 10.1093/geronb/60.3.S129.
- Wicker, P., Coates, D. & Breuer, C. (2015). Physical activity and subjective well-being: the role of time. *European Journal of Public Health*, 25 (5): 864-868. doi: 10.1093/eurpub/ckv053.
- Wiese, C. W., Kuykendall, L. & Tay, L. (2018). Get active? A meta-analysis of leisure-time physical activity and subjective well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13 (1): 57-66. doi: 10.1080/17439760.2017.1374436.
- World Health Organization. (1948). *What is the WHO definition of health?*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (lest 7.10.2020).
- World Health Organization. (1986). *The 1st international conference on health promotion, Ottawa*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (lest 09.10.2021).
- World Health Organization. (1998). *Programme on mental Health: WHOQOL user Manual, 2012 revision*. Genève: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects*: World Medical Association. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.. (lest 31.08.2021).
- Yang, Y. (2008). Social Inequalities in Happiness in the United States, 1972 to 2004: An Age-Period-Cohort Analysis. *American Sociological Review*, 73 (2): 204-226. doi: 10.1177/000312240807300202.
- Ytterdahl, T. & Fugelli, P. (2000). Helse og livskvalitet blant langtidsledige. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.
- Yu, Z. & Chen, L. (2016). Income and Well-Being: Relative Income and Absolute Income Weaken Negative Emotion, but Only Relative Income Improves Positive Emotion. *Frontiers in Psychology*, 7: 1-6. doi: 10.3389/fpsyg.2016.02012.

Yun, S., Zhu, B. P., Black, W. & Brownson, R. C. (2006). A comparison of national estimates of obesity prevalence from the behavioral risk factor surveillance system and the national health and nutrition examination survey. *International Journal of Obesity*, 30 (1): 164-170. doi: 10.1038/sj.ijo.0803125.

Zhang, Z. & Chen, W. (2019). A Systematic Review of the Relationship Between Physical Activity and Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 20 (4): 1305-1322. doi: 10.1007/s10902-018-9976-0.

Østfold Fylkeskommune. (2019). *Oss i Østfold 2019, Befolningskartlegging: Østfold fylkeskommune.*

Østfold fylkeskommune

Befolkningkartlegging

OSS I ØSTFOLD 2019



Om undersøkelsen

Innhold

1. INNLEDNING	3
2. MÅLGRUPPE	3
3. BRUTTO UTVALG	4
Utvalgsstørrelse.....	4
Utvalgssammensetning	6
4. METODE.....	7
Web-skjema.....	7
5. DATAINNSAMLING	7
Gjennomføring	7
Responsmotivasjon	7
Respons og frafall	8
6. NETTO UTVALG.....	9
Utvalgsrepresentativitet.....	9
Vekting av netto utvalg	10
Statistisk usikkerhet	12
Vedlegg 1: Spørreskjema.....	13
Vedlegg 2: Statistiske tabeller (Eget vedlegg)	
Vedlegg 3: Datafil (Eget vedlegg)	

1. INNLEDNING

Oss i Østfold 2019 er en web-basert selvutfyllingsundersøkelse rettet mot et utvalg av den voksne befolkningen i alle kommuner i Østfold fylke, iverksatt av Østfold fylkeskommune (ØFK). I tillegg kartlegges befolkningen i Akershus og Buskerud fylker, som fra 2021 vil inngå i det nye større fylket «Østre viken». Særlig ønsket om å kunne sammenlikne resultatene med tidligere tilsvarende kartlegging i Østfold i 2011-12, samt digital distribusjon, legger føringer på undersøkelsesdesignet.¹

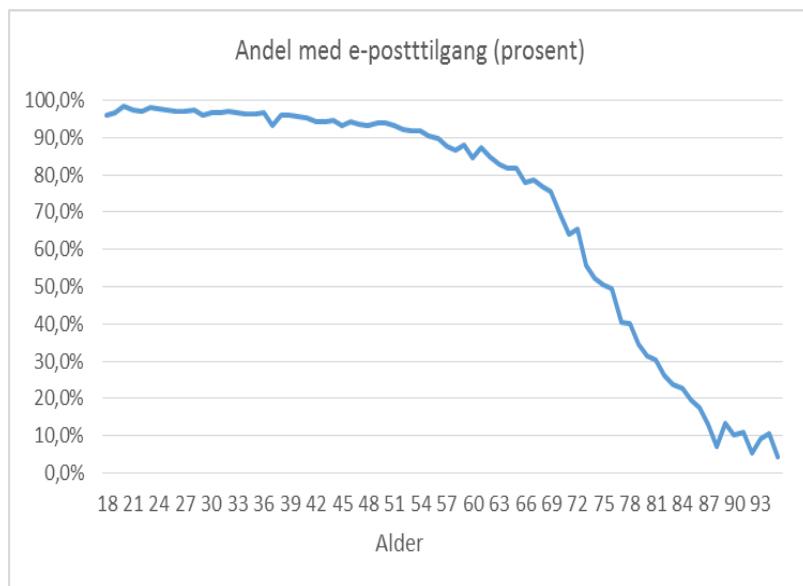
2. MÅLGRUPPE

Kartleggingens målgruppe er den voksne befolkningen 18-79 år i alle Østfolds kommuner, samt i Akershus og Buskerud fylker. Innenfor denne aldersavgrensningen har Østfold fylke 220.699 innbyggere tilgjengelige for invitasjon, mens Akershus- og Buskerud fylker har henholdsvis 448.238 og 209.904 mulige respondenter.

Målgruppen er identifisert og tilrettelagt hos Folkeregisteret, landets best oppdaterte befolkningsregister. Folkeregisterinformasjonen er imidlertid ikke tilrettelagt for elektronisk utsending. Men Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har opprettet et kontaktregister (KRR), inklusive e-postadresse, som fellesløsning for offentlige virksomheter til bruk i dialogen med innbyggerne.² Ved kopling mot dette registeret muliggjøres digital utsending, som er både fleksibel og kosteffektiv. Det vil si, det er anledning til å reservere seg mot registrering, registerets ajourføring er basert på selvrapportering, deler av befolkningen er fremdeles ikke på nett og oppførte adresser er ikke alltid korrekte (gir «bounce») eller er duplikater.³

Bruk av kontaktregisteret alene som utvalgskilde, medfører dermed implisitt *målgruppeavgrensning* mot personer uten nettilgang og e-post (Figur V1.1).

Figur V1.1 Andel kontaktbare i KRR, etter alder. Prosent.



¹ *Østfold helseprofil 2011*. Teknisk rapport september 2012. TNS Gallup. Mimeo.

² Ren web-basert distribusjon ble bl.a. benyttet i Folkehelsekartleggingen i Hordaland 2017, basert på utsending med SMS eller e-post i hht registrert kontaktpunkt (telefonintervju av underutvalg). Det er også benyttet til folkehelsekartlegginger i regi av Helsedirektoratet.

³ Kantar gjennomfører Difi's nasjonale brukerundersøkelse i 2016 og i 2019 med kombinert web- og postalskjema (sistnevnte for respondenter uten e-postadresse) hentet fra Kontaktregisteret. Web-respondentene utgjør 70% av respondentene. Andelen ukorrekte adresser er lav, men stigende med alderen. (https://www.difi.no/sites/difino/files/dokumentasjonsrapport/innbyggerundersokelsen_19.06_2017_u_vedlegg.pdf).

Figuren viser, for hver årsklasse, andelen kontaktbare innbyggere, dvs. personer med internettilgang og som ikke har reservasjon. Vi ser at tilgangen i de yngste årsklassene er tilnærmet unison. Fra rundt 50 års alder er den fallende og synker mot 10% fra rundt 85 års alder. Hel-digital utsending vil med andre ord ikke fange den eldste delen av befolkningen, som erfaringsmessig gjerne har den svakeste fysiske helsen / høyeste tilfredsheten med livet i sin alminnelighet. Tilsvarende vil estimater basert på et rent digitalt utvalg kunne gi inntrykk av at helsetilstanden i *hele* befolkningens er bedre enn den faktisk er. Tidligere kartlegginger basert på både web- og ordinær postal datainnsamling indikerer dessuten at den eldste delen av befolkningen, som faktisk er tilgjengelig på nett, har bedre helse enn de ikke-tilgjengelige. I så måte vil utvalget blant de eldste heller ikke uten videre kunne etter-stratifiseres ved vekting.

Kontaktregisterets e-postadressekvalitet er imidlertid erfaringsmessig høy, og manglende kontaktmulighet vil således ikke innsnevre målgruppen ytterligere.

3. BRUTTO UTVALG

Utvalget tilrettelegges med utgangspunkt i kartleggingens rapporteringsbehov. ØFK ønsket tilrettelagt et representativt befolkningsutvalg med mulighet for å gjøre kommune- og / eller regionspesifikke nedbrytninger. De største byene skulle kunne analyseres på bydelsnivå, Akershus og Buskerud fylker på fylkesnivå.

Utvalgsstørrelse

Ved elektronisk utsending legger utsendingskostnadene ingen vesentlig begrensning på utvalgsstørrelsen. Samtidig bør utsendingen ikke belaste befolkningen unødig. Videre må utvalgsstørrelsen tilpasses kravene til estimatenes presisjon, på kartleggingens minste rapporteringsenhet – eventuelt også sammenliknbarhet med andre tilsvarende kartlegginger. Sentrale spørsmål er da hvilken respons man kan forvente og hvorvidt det er tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for den ønskede utvalgsstørrelsen.

ØFK ønsket i utgangspunktet tilrettelagt endelige utvalg til analyse med anslagsvis 400 respondenter for hver kommune, og for hver bydel i de største byene (Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad og Rygge).⁴ For Akershus og Buskerud fylker var ønsket utvalg 1.000 respondenter i hvert fylke. Med utgangspunkt i erfaringstall for frafall under registerkoplinger og forventet respons, ble det estimert et brutto utvalgsbehov på 4.000 respondenter per rapporteringskategori. I så fall ville man kunne tolerere en respons blant de inviterte ned mot 15%. Videre ble det antatt å være behov for en dobling av utvalgsstørrelsen blant de yngre under 35 år, gitt at responsen i denne kategorien normalt er lavere enn blant de eldre. Med til sammen 35 utvalgsområder, fordelt på kommuner/bydeler i Østfold samt de to øvrige fylkene, tilsa dette at man ville kunne oppnå et netto utvalg til analyse med 14.000 respondenter og et brutto utvalg til utsending på om lag 120.000 respondenter. Det vil si, gitt at det var befolknings-grunnlag for tilrettelegging av den ønskede utvalgsstørrelsen i de minste kommunene /bydelene.

Det var da klart at utvalget i utgangspunktet ville avvike fra befolkningen, i det særlig kravene om egne bydelsutvalg ville medføre overrepresentasjon av disse, relativt til hele fylkets geografiske befolkningsfordeling. Samtidig ville som nevnt kravet om e-posttilgang kunne påvirke respondentenes tilgjengelighet

⁴ ØFK ønsket i utgangspunktet tilrettelagt samme utvalgsstørrelse som i 2011, med 8-900 respondenter per utvalgsområde. Responsen i befolkningsundersøkelser var den gang om lag den dobbelte av hva man erfarer i dag, slik at utvalgsstørrelsene fra 2011 nå er vanskelige å oppnå.

Tabell V1.1. Befolkning, folkeregistrert- og e-postkoplede utvalg, samt forventet- og faktisk netto utvalg, etter fylke. Antall og prosent.

Kommune / fylke	Befolkning 18-79 år (N)		Antall soner	Folkeregistrert utvalg		E-postkoplede utvalg		Estimert netto utvalg (20%)	Faktisk netto utvalg	Respons %	Fordeling %
		%			%		%				
101 - Halden	23273	10,5	3	11812	10,9	9818	10,9	1964	1661	16,9	10,0
104 - Moss	24457	11,1	4	11269	10,4	9578	10,7	1916	1816	19,0	11,0
105 - Sarpsborg	41192	18,7	8	29056	26,8	23956	26,7	4791	4218	17,6	25,5
106 - Fredrikstad	60660	27,5	4	9089	8,4	7548	8,4	1510	1381	18,3	8,3
111 - Hvaler	3579	1,6	1	2813	2,6	2320	2,6	464	493	21,3	3,0
118 - Aremark	1033	0,5	1	826	0,8	610	0,7	122	126	20,7	0,8
119 - Marker	2673	1,2	1	2247	2,1	1679	1,9	336	336	20,0	2,0
121 - Rømskog	497	0,2	1	401	0,4	310	0,3	62	50	16,1	0,3
122 - Trøgstad	4020	1,8	1	3329	3,1	2602	2,9	520	493	18,9	3,0
123 - Spydeberg	4361	2,0	1	3548	3,3	2888	3,2	578	591	20,5	3,6
124 - Askim	11820	5,4	1	4000	3,7	3368	3,8	674	588	17,5	3,6
125 - Eidsberg	8518	3,9	1	4000	3,7	3251	3,6	650	522	16,1	3,2
127 - Skiptvet	2789	1,3	1	2328	2,1	1879	2,1	376	344	18,3	2,1
128 - Rakkestad	6044	2,7	1	3871	3,6	3154	3,5	631	531	16,8	3,2
135 - Råde	5519	2,5	1	3759	3,5	3137	3,5	627	572	18,2	3,5
136 - Rygge	11996	5,4	3	9528	8,8	7953	8,9	1591	1706	21,5	10,3
137 - Våler (Østf.)	4021	1,8	1	3317	3,1	2790	3,1	558	559	20,0	3,4
138 - Hobøl	4247	1,9	1	3406	3,1	2899	3,2	580	571	19,7	3,4
SUM	220699	100,0	35	108599	100,0	89740	100,0	17948	16558	18,5	100,0
Akershus	448238		1	10000		7900		1580	1523	19,3	
Buskerud	209904		1	10000		7900		1580	1431	18,1	
Sum	658142		2	20000		15800		3160	2954	18,7	
TOTAL	878841		37	28599		105540		21108	19512	18,5	

Med utgangspunkt i spesifikasjonene, ble det bestilt et utvalg hos Folkeregisteret med 116.179 respondenter fra Østfold, og to underutvalg med henholdsvis 10.000 respondenter for Akershus- og Buskerud fylker. Utvalgene skulle ha like mange menn som kvinner, og være likelig fordelt over fem definerte alderskategorier: 18-24 år, 25-34 år, 35-49 år, 50-66 år og 67-79 år.

Leveransen for Østfold resulterte i et endelig folkeregisterkoplede utvalg med 108.599 respondenter (Tabell 1). Reduksjonen relativt til bestillingen skyldes i det vesentligste manglende mulighet for å tilrettelegge den bestilte utvalgsstørrelsen blant de yngste under 25 år, ettersom befolkningens fordeling ikke tillot tilrettelegging av denne utvalgsstørrelsen (20%). Utvalgets regionale fordeling speiler ellers utvalgsplanen, og ønsket om å overrepresentere kommunene med bydelsutvalg.

Kravet om tilgang til e-postadresser innebærer som nevnt ytterligere avgrensning. Antall e-postkoplede respondenter i Østfold utgjorde 89.740 stykk (83% av det folkeregistrerte utvalget). Det e-postkoplede utvalgets regionale fordeling avviker ellers ikke vesentlig fra det folkeregistrerte. Gitt denne utvalgsstørrelsen ville vi kunne oppnå i underkant av 18.000 respondenter med en respons rundt 20%, tilsvarende i overkant av 500 respondenter per rapporteringskategori. Alternativt ville datainnsamlingen kunne tåle en respons ned mot 15-16%, og samtidig produsere underutvalg med de ønskede 400 respondentene per rapporteringskategori.

For Akershus og Buskerud fylker ble det levert to utvalg som bestilt, på henholdsvis 10.000 respondenter hver. Ettersom utvalgskategoriene her er grovere enn for kommuner og regioner i Østfold, medførte folkeregisterkoplede utvalget ingen ytterligere utvalgsavgrensninger. Etter e-postkoplede utvalg stod vi igjen med 7.900 respondenter til utsending i hvert av disse to fylkene.

Utvalgssammensetning

Vi har så langt sett at den regionale fordelingen ikke modifieres vesentlig som følge av utvalgstilretteleggingen, selv om frafallet under særlig e-postkoplingen er betydelig. Spørsmålet er da hvilke konsekvenser kravet om e-posttilgang har for utvalgets alders- og kjønnsfordeling (Tabell V1.2).

Tabell V1.2. Befolkning, folkeregistrert- og e-posttilgjengelig utvalg i Østfold, etter alder og kjønn. Antall og prosent.

Kjønn	Alder - kategorier					Alle
	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-79 år	
Befolkning (N=220.699):						
Mann	5,5	7,6	12,7	14,2	9,7	49,7
Kvinne	4,9	7,3	12,5	14,0	11,6	50,3
Alle	10,4	14,9	25,2	28,2	21,3	100,0
Brutto utvalg - befolkningsregistrert (n=108.599)						
Mann	7,7	9,7	11,1	11,3	10,0	49,7
Kvinne	8,2	9,8	11,2	11,2	9,8	50,3
Alle	15,9	19,5	22,3	22,5	19,8	100,0
Brutto utvalg - med e-posttilgang (n=89.740):						
Mann	8,9	11,1	12,1	10,9	6,3	49,3
Kvinne	9,5	11,1	12,1	10,0	7,1	50,7
Alle	18,4	22,3	24,2	21,8	13,3	100,0

Bruttoutvalgets sammensetning etter kjønn og alder er som følger, når vi tar høyde for informasjonen i de respektive utvalsregistre (Tabell V1.2):

- Befolkningen fordeler seg relativt jevnt over alderskategoriene under 35 år, 35-49 år, 50-66 år samt 67 år og eldre, hver med om lag en fjerdedel av befolkningen.
- Ettersom forventet frafall er høyest blant de yngste, er aldersgruppen under 35 år delt i to, mens utvalget fordeles med like store andeler 20% på hver alderskategori, i bestillingen til Folkeregisteret. Det endelige folkeregisterutvalget er i det store og hele i tråd med bestillingen, samtidig som enkelte av de yngste under 35 år faller fra da det ikke er befolkningsgrunnlag for å fylle disse kategoriene.
- Frafallet etter E-postkoplingen hos KRR tilskrives i det vesentligste de eldste over 67 år, som følge av manglende registrering, dels fordi de er uten nettilgang.

Utvalgsdesignet frem til utsending er da i første rekke å betrakte som et anslag på det endelige utvalget, da responsen i en befolkningskartlegging ikke kan forhåndsgaranteres.⁵ Samtidig er det hensiktsmessig å sende invitasjonene ut i puljer, slik at man ikke sender flere invitasjoner enn hva som trengs for å oppnå de ønskede intervjuer i hver enkelt rapporteringskategori.

⁵ Eksempelvis var Responsen i Difi's Nasjonale innbyggerundersøkelse i 2016 21% i det digitale utvalget og 33% i det analoge – dels fordi det analoge har større andel eldre respondenter, som også er de mest responsvillige. En pilotering av folkehelseundersøkelsene i Agderfylkene og i Vestfold 2016 gav 43%: <https://www.fhi.no/publ/2017/folkehelseundersokelser-i-fylkene-pilot-dokumentasjonsrapport-organisering/>

4. METODE

Ønsket om elektronisk datainnsamling, med e-postutsendt invitasjon til web-skjema, legger viktige føringer på utvalgsdesignet ut over respondenttilgangen. Dette gjelder særlig spørreskjema-utformingen og utsendingsmetoden.

Web-skjema

ØFK laget utkast til invitasjonsbrev og spørreskjema, tilrettelagt og formattert i samråd med Kantar.

Web-skjema gir betydelig fleksibilitet i utformingen, effektiv bruk av filtre og kosteffektiv gjennomføring. Kantars spørreskjema er plattform-uavhengige. Ikke minst i en tid der inntil 50% av web-baserte befolkningsundersøkelser besvares via mobiltelefon, er det avgjørende viktig at undersøkelsen er tilpasset mobile enheter. Skjemaet har et omfang på 59 spørsmål. Median intervjuetid i web-utgaven er 17 minutter.⁶

Tidligere folkehelsekartlegginger (som Østfoldhelse i 2011) er gjerne basert på postale spørreskjema, og i nyere tid på elektroniske versjoner av samme. Så lenge besvarelsen baseres på *skriftlig selvutfylling*, innebærer den elektroniske utsendingen ingen prinsipiell forskjell fra den analoge. (Det elektroniske skjemaet er dessuten bedre egnet når undersøkelsen har filtre, da respondenten ledes automatisk gjennom skjemaet). Web-utvalget i 2019 er i så måte metodisk sett sammenliknbart med det tidligere postale- og andre nyere web-baserte undersøkelser.

Innholdsmessig kartlegger skjemaet egenvurdert fysisk og psykisk helse, sammen med faktorer i nærmiljøet, som antas å påvirke innbyggernes livskvalitet. Ettersom tilgangen på registerbaserte folkehelseopplysninger er betraktelig utvidet i senere tid, er spørreskjemaets innhold tilpasset tilgangen på informasjon fra andre kilder.⁷

5. DATAINNSAMLING

Ut over utvalgstilretteleggingen, er det om å gjøre at datainnsamlingen ikke tilfører utvalget systematisk skjevhet.

Gjennomføring

Feltarbeidet er gjennomført i april-juni 2019. Etter en lengre designfase i perioden januar – mars, ble undersøkelsen testet i felt den 5. april. Resten av utvalget ble distribuert umiddelbart etterpå. Utvalget er sendt ut puljevis, i takt med innkost, og med fortløpende påminnelser. Feltarbeidet ble avsluttet den 27.05.2019. Inn mot avslutningen av feltarbeidet ønsket ØFK imidlertid å utvide utvalget i Fredrikstad, i område utenfor tre opprinnelig definerte geografiske soner. Området dekker 90% av befolkningen, men ville som følge av utvalgsplanen bare bli representert med inntil 30% av utvalget. Tilgjengelig restutvalg i Fredrikstad i det angjeldende området ble benyttet og sendt ut den 29.05, mens feltarbeidet ble endelig avsluttet den 05.06. Foreløpig tabellrapport ble oversendt ØFK den 25.06.2019.

Responsmotivasjon

Følgende tiltak ble iverksatt for å stimulere deltakelse:

- *Utvalget er trukket nært opp til utsendingstidspunktet, for optimal adressekvalitet.*

⁶ Kopi av spørreskjemaet finnes vedlagt.

⁷ Blant annet er folkehelseprofiler på både fylkes- og kommunenivå nå tilgjengelige som del av FHIs informasjonsarbeid.

- Undersøkelsen er sendt ut med fylkes-spesifikk invitasjon, signert av Folkehelseteamet, og påført Østfoldhelse og fylkeskommunen sine logoer.
- Informasjon om kartleggingen er lagt ut på ØFKs kjemmeside.
- Lokale myndigheter var aktive i promoteringen av undersøkelsen – evt. via kommunenes hjemmesider.
- Lotteri blant deltakere med to Ipads som gevinster.

Respons og frafall

Det tilrettelagte utvalget utgjorde som nevnt en base for utsendingen, der man suksessivt kunne hente ut tilfeldig valgte respondenter etter behov. Totalt sett ble 97.641 invitasjoner sendt ut (Tabell V1.3).

Tabell V1.3 Respons og frafall. Antall.

Status	Antall
Utsendinger	97.641
Ugyldig adresse ("Bounce")	X
Ikke kontakt	73.211
Kontakt	24.430
Frafall:	
Ufullstendig utfylling	4917
Vil ikke delta - samtykkereservasjon	0
Teknisk problem	0
Uavsluttet intervju ved stengning	0
Fullstendig intervju	19.513

Blant de inviterte åpnet 24.430 lenken (25%). Det er teknisk sett mulig også å spore hvor mange som åpner e-posten, uten å klikke på lenken. E-posten inneholder bl.a. nødvendig informasjon om undersøkelsen, herunder informasjon om personvern og bruk av analyseresultater. I så fall ville det være interessant å se hvor mange som faller av på dette stadiet. Slik sporing trigger imidlertid en rekke varslingssystemer hos mottaker, øker risikoen for at utsendingen går i søppelpost, og anvendes derfor ikke.

Blant dem som har åpnet spørreskjemaet oppstår det frafall, bl.a. knyttet til ufullstendige besvarelser. Invitasjonen inneholdt henvisning til undersøkelsens gjennomføring, nødvendig informasjon om frivillighet og reservasjonsmulighet, samt om analyseresultatenes anvendelse. Skjemaet benyttet ellers ikke eget samtykke, som alternativt ville kunne ha produsert frafall på dette stadiet. Frafallet knytter seg derfor utelukkende til ukomplete besvarelser.

Frafallet skjer suksessivt gjennom utfyllingen. Av de 4.923 ikke-komplette besvarelsene har halvparten (54%) påbegynt utfyllingen og besvart spørsmål 1. Deretter synker deltakelsen via spørsmål 14 (32%), spørsmål 25 (29%), spørsmål 41 (15%) mens de aller fleste har falt fra mot undersøkelsens slutt (Spørsmål 53 – 2%).

Når andelen ukomplette utgjør to av ti, er det også interessant å se nærmere på hvordan frafallet ser ut, og om det representerer systematikk:

- Andelen er den samme blant kvinner (21%) og menn (19%).
- Andelen er lik på tvers av de tre fylkene (Østfold: 20%, Akershus: 22%, Buskerud: 21%).
- Andelen er høyest blant de yngste under 25 år (28%) og faller med stigende alder mot de eldste over 67 år (16%).

- Det antydes for øvrig at frafallet ut over i skjemaet knyttet til undersøkelsen tema: Innledningsvis viser egenvurdert helse den samme fordelingen blant komplette og ukomplette. Ikke-komplette utgjør deretter noe flere flere med alvorlige bevegelsesbegrensninger (17% mot 12%), andel som trives i lokalmiljøet (8% mot 4%), andel med få nære venner (7% mot 4%), etc.

Ved datainnsamlingens avslutning hadde 19.513 respondenter levert komplett besvarelse, tilsvarende 20% av de utsendte invitasjonene og 80% av de kontaktede respondentene (som åpnet skjemaet).

6. NETTO UTVALG

Nettoutvalget etter endt datainnsamling skal være representativt for befolkningen, det vil si relativt til kjente egenskaper som alder, kjønn og bosted.⁸ Kartleggingens respons og utvalgets størrelse er i så måte ikke nødvendigvis avgjørende for utvalgs kvaliteten, om frafallet er tilfeldig. Erfaringene fra tilsvarende tidligere kartlegginger tilsier imidlertid at dette ikke er tilfellet: Eksempelvis vil gjerne aldersgruppen under 29 år både være vanskelig tilgjengelig og å motivere til deltakelse. Gitt frafallet under datainnsamlingen reises spørsmålet om det endelige utvalget har avvikende trekk fra befolkningen, ut over de korreksjoner som er foretatt under utvalgsdesignet.

Utvalsrepresentativitet

Det endelige utvalgets regionale fordeling følger utsendingsplanen (Tabell V1.1 – tre ytterste kolonner til høyre). Den endelige responsen utgjør om lag 18,5% av de utsendte invitasjonene, både i

Tabell V1.4: Brutto- og netto utvalg etter bosted, alder og kjønn. Antall og prosent.

		Alder - kategorier					Total
	Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-79 år	
Østfold fylke	Mann	5,8	8,1	13,5	15,1	7,9	50,4
Befolkning (N=220.699)	Kvinne	5,2	7,7	13,2	14,9	8,6	49,6
	Sum	11,0	15,8	26,7	30,0	16,5	100,0
Utvalg (n=16.559)	Mann	3,7	5,7	9,1	13,1	11,5	43,1
	Kvinne	6,5	9,9	13,6	16,5	10,4	56,9
	Sum	10,2	15,6	22,7	29,5	21,9	100,0
		Alder - kategorier					Total
	Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-79 år	
Akershus	Mann	5,8	8,1	15,2	14,6	6,6	50,4
Befolkning (N=456.288)	Kvinne	5,3	8,0	14,9	14,2	7,2	49,6
	Sum	11,1	16,1	30,1	28,8	13,8	100,0
Utvalg (n=1.523)	Mann	3,9	5,0	6,2	12,8	18,5	46,4
	Kvinne	7,8	6,4	10,7	14,6	14,1	53,6
	Sum	11,8	11,4	16,9	27,4	32,5	100,0
		Alder - kategorier					Total
	Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-79 år	
Buskerud	Mann	5,7	8,4	14,3	14,7	7,6	50,6
Befolkning (N=211.361)	Kvinne	5,1	8,0	13,7	14,4	8,2	49,4
	Sum	10,8	16,4	28,0	29,0	15,7	100,0
Utvalg (n=1.431)	Mann	4,5	4,5	8,1	12,1	14,7	43,9
	Kvinne	7,8	9,2	11,7	14,3	13,1	56,1
	Sum	12,3	13,8	19,8	26,3	27,8	100,0

⁸ Representativitet når det gjelder undersøkelsen sentrale problemstilling, helse eller tilfredshet med livet, kan ikke vurderes, da disse egenskapene ikke er eksakt kjente i befolkningen.

Østfold og i de to øvrige fylkene. Høyest respons finner vi i Rygge, Hvaler, Aremark, Marker og Våler, der den utgjør over 20%.⁹ Lavest respons, relativt sett, finner vi i Rømskog og Eidsberg der den utgjør om lag 16%. Med gjennomgående lik svarandel på tvers av kommunene, er utvalgets regionale fordeling etter utvalgsplanen intakt.

Det gjenstår da å sammenstiller det endelige utvalget med befolkningen etter alder og kjønn (Tabell V1.4). Den geografiske fordelingen vises her på fylkesnivå for å forenkle visualiseringen.¹⁰ Betrakter vi det endelige Østfoldutvalget, ser vi at alders- og kjønnsfordelingen stort sett følger befolkningen, med et par unntak: Kvinner er noe overrepresentert. Aldersgruppene 18-24 år, 25-34 år og 50-66 år følger befolkningen, mens de eldste over 67 år er noe overrepresenterte på bekostning av aldersgruppen 35-49 år.

Sammenstiller vi det endelige Østfoldutvalget med det folkeregistrerte utvalget (Tabell V1.2) ser vi at utvalgsjusteringen for de yngste under 35 år har fungert etter hensikten. Mens andelen unge i utgangspunktet ble overrepresentert, og overrepresentasjonen ble ytterligere styrket under e-post koplingen, har datainnsamlingen medført større frafall i denne kategorien enn i de øvrige. Blant de eldste over 67 år, er situasjonen den motsatte: Det folkeregistrerte utvalget reflekterer befolkningen, samtidig som e-postkoplingen medfører betydelig frafall. Responsen under datainnsamlingen er imidlertid høyere i denne aldersgruppen enn blant de yngre, og kompenserer frafallet under registerkoplingen. Det vil si, numerisk sett. Det antydes at de eldre, som har svart, vil kunne avvike fra dem som er ekskludert fra deltakelse som følge av kravet om e-posttilgang.

Utvalgene for Akershus og Buskerud viser gjennomgående de samme trekkene som Østfoldutvalget.

Vekting av netto utvalg

Ut over vurderingen av demografisk representativitet, vet vi som nevnt ikke om responsen er knyttet til undersøkelsens tema, hvorvidt de «friskeste» deltar i større utstrekning enn de «sykeste», etc. Det vil si, vi vet at respondentene med ufullstendig utfylling har noe høyere innslag av dårlig helse enn blant respondenter med komplett utfylling.

På den annen side kjenner vi eksakt befolkningens fordeling etter kjønn, alder og bosted. Det endelige utvalget etter-stratifiseres (vektes) etter disse egenskapene, slik at det er i samsvar med befolkningsfordelingen. Ettersom utvalget er tilrettelagt med ønske om å kunne rapportere kommunevis med like store utvalg, er de største kommunene underrapporterte i utvalget sammenliknet med befolkningen (såkalt «design-effekt»).

Utvalget for Østfold vektes tilsvarende befolkningsfordelingen etter alder og kjønn innen kommuner og bydeler, og på tvers av kommunene innen fylket. Bydeler er vektet med samme kjønns- og aldersfordeling som kommunen for øvrig. Utvalgene for Akershus og Buskerud er vektet etter alder, kjønn og kommune innen hvert fylke (Tabell V1.7).

De høyeste utvalgsvektene i Østfold finner vi i Sone 1-3 i Fredrikstad, der designeffektene i størst grad gjør seg gjeldende (vekt 5,00 eller høyere). Disse representerer 0,5% av det totale utvalget. De minste vektene under 0,35 finner vi tilsvarende i sone 2 og 3 i Rygge kommune, som utgjør 1,6% av Østfoldutvalget.

⁹ Avviket fra Tabell V1.3 skyldes at ikke alle e-postkoblede respondenter er invitert til kartleggingen.

¹⁰ For komplett utvalgsfordeling på kommunenivå, se Vedlegg 2.

Tabell V1.7: Vektenes størrelse etter fylke, alder og kjønn. Gjennomsnitt.

Report					
Vekt					
Kjønn	Fylke	Alder-kategorier	Mean	N	Std. Deviation
Mann	Østfold	18-24	1,56	616	1,490
		25-34	1,42	942	1,201
		35-49	1,48	1514	1,039
		50-66	1,16	2165	,875
		67-79	,68	1906	,567
		Total	1,17	7143	1,016
	Akershus	18-24	1,47	60	,000
		25-34	1,63	76	,000
		35-49	2,46	94	,000
		50-66	1,14	195	,000
		67-79	,36	281	,000
		Total	1,09	706	,712
	Buskerud	18-24	1,27	64	,000
		25-34	1,86	65	,000
		35-49	1,77	116	,000
		50-66	1,21	173	,000
		67-79	,52	210	,000
		Total	1,15	628	,509
	Total	18-24	1,53	740	1,362
		25-34	1,46	1083	1,125
		35-49	1,55	1724	1,001
		50-66	1,16	2533	,809
		67-79	,63	2397	,518
		Total	1,16	8477	,965
	Kvinne	Østfold	18-24	,80	1077
25-34			,78	1644	,594
35-49			,97	2251	,764
50-66			,90	2728	,667
67-79			,83	1715	,662
Total			,87	9415	,694
Akershus		18-24	,68	119	,000
		25-34	1,25	98	,000
		35-49	1,39	163	,000
		50-66	,97	223	,000
		67-79	,51	214	,000
		Total	,92	817	,332
Buskerud		18-24	,65	112	,000
		25-34	,87	132	,000
		35-49	1,17	167	,000
		50-66	1,01	204	,000
		67-79	,62	188	,000
		Total	,88	803	,212
Total		18-24	,78	1308	,696
		25-34	,81	1874	,566
		35-49	1,01	2581	,722
		50-66	,91	3155	,621
		67-79	,78	2117	,606
		Total	,88	11035	,650
Total		Østfold	18-24	1,08	1693
	25-34		1,01	2586	,919
	35-49		1,18	3765	,919
	50-66		1,01	4893	,776
	67-79		,75	3621	,619
	Total		1,00	16558	,861
	Akershus	18-24	,95	179	,374
		25-34	1,41	174	,190
		35-49	1,78	257	,516
		50-66	1,05	418	,088
		67-79	,43	495	,075
		Total	1,00	1523	,548
	Buskerud	18-24	,88	176	,296
		25-34	1,19	197	,467
		35-49	1,42	283	,291
		50-66	1,10	377	,102
		67-79	,57	398	,054
		Total	1,00	1431	,397
	Total	18-24	1,05	2048	1,053
		25-34	1,05	2957	,875
		35-49	1,23	4305	,885
		50-66	1,02	5688	,721
		67-79	,70	4514	,566
		Total	1,00	19512	,814

Statistisk usikkerhet

Et kritisk element i undersøkelsesdesignet er som nevnt de krav som stilles til estimatenes presisjon. La oss kort se på noen av betingelsene, gitt rapporteringer med utgangspunkt i totalutvalget for hele fylket, samt underutvalg med tentativt 500 representative respondenter i en kommune med om lag 5.000 innbyggere (Tabell V1.8):

Tabell V1.8 Statistiske usikkerhetsmarginer, totalutvalg og kommune. Antall og prosent.

A. Hele fylket

UNIVERS (plott)	157 662				
UTVALG, antallet vi spør (plott)	7 791				
...vi måler svar på	50 %	40 %	20 %	5 %	
+/- svaret som er gitt	1,1 %	1,1 %	0,9 %	0,5 %	← Feilmargin
Gir nedre grense i konfidensintervall	48,9 %	38,9 %	19,1 %	4,5 %	
Gir øvre grense i konfidensintervall	51,1 %	41,1 %	20,9 %	5,5 %	

B- Kommune med 500 respondenter

UNIVERS (plott)	5 000				
UTVALG, antallet vi spør (plott)	500				
...vi måler svar på	50 %	40 %	20 %	5 %	
+/- svaret som er gitt	4,2 %	4,2 %	3,4 %	1,9 %	← Feilmargin
Gir nedre grense i konfidensintervall	45,8 %	35,8 %	16,6 %	3,1 %	
Gir øvre grense i konfidensintervall	54,2 %	44,2 %	23,4 %	6,9 %	

Tabellen viser usikkerhetsmarginene i prosentpoeng: For en egenskap som måles over hele fylket med 50% i utvalget (f.eks. andelen med svært/god helse) så vil usikkerheten på dette anslaget være +/- 1,1 prosentpoeng. I hele fylket vil 48,9-51,1 % av befolkningen med 95% sannsynlighet ha denne egenskapen. Tilsvarende vil en egenskap som måles på 5% i utvalget ha en usikkerhet på +/- 0,5 prosentpoeng.

I en kommune med utvalg på 500 respondenter vil den tilsvarende usikkerheten utgjøre 4,2 prosentpoeng. Blant kommunens befolkning vil altså 45,8 – 54,2% ha denne egenskapen, selv om det mest sannsynlige resultatet er 50%.

Dersom vi betrakter en undergruppe i en enkeltkommune – f.eks. kvinner, som utgjør halve befolkningen, øker de tilsvarende usikkerhetene til +/- 7 og 3 prosentpoeng for egenskaper som måles med 50% og 5% forekomst i utvalget.

Og tilsvarende – når en egenskap måles med eksempelvis 5% usikkerhet, må forskjellen i denne egenskapen mellom to kommuner være om lag 10% for at forskjellene skal kunne sies å være statistisk signifikante.¹¹

¹¹ Det vil si, forenklet sagt. Differansen mellom de to estimatene måles egentlig med sin egen spesifikke usikkerhet.

Vedlegg 1: Spørreskjema

E-POSTINVITASJON

Emnefelt i e-post

Befolkningsundersøkelsen 'Oss i Østfold 2019'

E-posttekst

Velkommen til folkehelseundersøkelsen – Oss i Østfold 2019

Østfold fylkeskommune gjennomfører en undersøkelse for å få vite mer om hvordan folk har det og hvordan de opplever nærmiljøet sitt. Denne kunnskapen skal brukes i fylkeskommunens plan- og utviklingsarbeid for å bidra til bedre folkehelse, livskvalitet og trivsel. Resultatene vil også kunne brukes av hver enkelt kommune i Østfold for å få et enda bedre folkehelsearbeid. Opplysninger fra undersøkelsen skal også kunne brukes videre i forskning og analyser for å følge utviklingen i helse og levekår over tid, og undersøke årsaker til senere sykdom og andre tilstander.

Invitasjonen sendes til rundt 70 000 tilfeldig valgte personer over 18 år i Østfold. E-postadressen din er hentet fra Folkeregistret av Direktoratet for IKT i forvaltningen (Difi).

Vedlagte spørreskjema omhandler livskvalitet samt vurderinger av nærmiljøet, helse og trivsel.

Utfyllingen tar ca 15 minutter og alle som svarer vil være med i trekningen om å vinne gavekort på to iPad-er. Vi håper du har anledning til å delta.

Spørreskjemaet finner du her [URL]_____

Vi ber deg svare så snart som mulig, og helst innen en uke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Ytterligere informasjon om personvern og bruk av resultater finner du [her](#).

Mer informasjon om undersøkelsen finner du på disse sidene:

<https://www.ostfoldfk.no/folkehelse/oss-i-ostfold-2019-befolkningsundersokelse/>

Har du spørsmål om undersøkelsen, kan du kontakte folkehelseseksjonen i Østfold fylkeskommune v/ Anni Skipstein annis@ostfoldfk.no eller Ylva Lohne ylvakl@ostfoldfk.no.

Har du spørsmål om skjemaet eller utfylling, ta kontakt med Norsk Gallup (gallup-undersokelse@tns-gallup.no, telefon 800 84 700, mandag-torsdag kl. 09-14. Du vil også kunne henvende deg til Datatilsynet eller Statens helsetilsyn dersom du mener undersøkelsen på noe punkt ikke er i tråd med beskrivelsen ovenfor.

Takk for at du bidrar til å styrke fylkets og kommunenes arbeid for god folkehelse!

Med vennlig hilsen

Folkehelseteamet i Østfold fylkeskommune

Informasjonsside: Lenket opp som eget bilag (åpnes i nytt vindu)**Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta, og du kan til enhver tid trekke deg fra undersøkelsen uten at dette vil ha noen konsekvenser. Det vil ikke bli gitt individuell tilbakemelding til deltakerne om resultater fra undersøkelsen. Du har under datainnsamlingen rett til informasjon, innsyn, korrigerings, sletting og sperring etter helseregisterlovens § 23 til § 25. Du vil også på forespørsel få utlevert en kopi av opplysningene dine, og vil eventuelt kunne sende klage på opplysningenes behandling til personvernombudet eller Datatilsynet.

Personvern – oppbevaring av opplysninger

Østfold fylkeskommune er dataansvarlig for undersøkelsen. Personvernombud i Viken, Christina Grønli kan kontaktes på mail: christina.gronli@viken2020.no Norsk Gallup assisterer i datainnsamlingen. Alle opplysninger anonymiseres og behandles konfidensielt i samsvar med gjeldende personvernregelverk. Koblingen til din adresse slettes automatisk etter to år.

Fylkeskommunen vil kun motta anonymiserte data, der navn og adresser er erstattet med et tilfeldig løpenummer.

Anvendelse av informasjon

Undersøkelsens resultater formidles etter avsluttet datainnsamling, bl.a. via Østfold fylkeskommunes nettsider: <https://www.ostfoldfk.no/folkehelse/oss-i-ostfold-2019-befolkningsundersokelse/>. Her vil du kunne lese mer om funnene, både for fylket og for din egen kommune. Resultater publiseres kun på gruppenivå, der enkeltpersoner ikke er gjenkjennbare. Det vil ikke bli gitt individuell tilbakemelding til deltakerne om resultater fra undersøkelsen.

Ved avslutning av undersøkelsen vil opplysningene overføres til Folkehelseinstituttet for videre bruk til forskning og analyser. Innsamlede opplysninger vil være tilgjengelig for Folkehelseinstituttet for bruk til forskning som kan gi kunnskap om befolkningens helse og faktorer som påvirker helsen.

Datainnsamlingen er hjemlet i Forskrift om oversikt over folkehelsen. For å tilrettelegge for offentlig statistikk og forskning vil opplysningene bli oppbevart på ubestemt tid etter avsluttet innsamling. Dette for å kunne følge utviklingen i helse og levekår over tid og undersøke årsaker til senere sykdom og andre tilstander.

All forskning vil følge reglene i helseforskningsloven, og bli utført av Folkehelseinstituttet, eller andre forskningsinstitusjoner som er godkjent av regionale forskningsetiske komiteer. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Q001 - Q001: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

HELSEN DIN

Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse? Vil du si at den er:

Normal

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Svært god |
| 2 | God |
| 3 | Verken god eller dårlig |
| 4 | Dårlig |
| 5 | Svært dårlig |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q002 - Q002: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Vil du si at du føler deg frisk nok til å kunne gjøre det du har lyst til?

Normal

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | Ja, for det meste |
| 2 | Ja, av og til |
| 3 | Nei (nesten aldri) |
| 4 | Ubesvart/Vet ikke |

Q003 - Q003: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Har du noen form for langvarig sykdom eller helseproblem? Med langvarig tenkes på sykdom eller problem, som har vart eller forventes å vare i minst 6 måneder.

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Ja |
| 2 | Nei |
| 3 | Ubesvart/Vet ikke |

Ask only if Q003 - Q003,1

Q004 - Q004: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Tenk på de 6 siste månedene. Har du hatt problemer med å utføre daglige aktiviteter på grunn av sykdom eller helseproblemer?

Normal

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1 | Ja, alvorlig begrenset |
| 2 | Ja, begrenset, men ikke alvorlig |
| 3 | Nei, ikke begrenset |
| 4 | Ubesvart/Vet ikke |

Q005 - Q005: Helsen din

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 10](#) | [Number of columns: 5](#)

Nedenfor finner du en liste over ulike typer plager. I hvilken grad har du vært plaget av disse den siste uken?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget	Ubesvart/Vet ikke
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig, lite verdt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q006 - Q006: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvordan vurderer du tannhelsen din?

[Normal](#)

- 1 Svært god
- 2 Ganske god
- 3 Verken god eller dårlig
- 4 Ganske dårlig
- 5 Svært dårlig
- 6 Ubesvart/Vet ikke

Q007 - Q007: Helsen din

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Når var du sist hos tannlege?

[Normal](#)

- 1 0-2 år siden
- 2 3-5 år siden
- 3 Mer enn 5 år siden
- 4 Ubesvart/Vet ikke

Q049 - Q049: Arbeid

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

ARBEID

Hva er din nåværende hovedaktivitet?

Normal

- 1 Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke)
- 2 Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke)
- 3 Selvstendig næringsdrivende
- 4 Sykmeldt
- 5 Arbeidsledig
- 6 Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger
- 7 Mottar sosialstønad
- 8 Alders- eller førtidspensjonist
- 9 Skoleelev eller student
- 10 Vernepliktig, sivilarbeider
- 11 Hjemmearbeidende
- 12 Annet
- 13 Ønsker ikke svare

Q008 - Q008: Arbeid

Single coded

[Not back](#)

Hvordan vurderer du arbeidsevnen din i forhold til din helsetilstand?

Normal

- 1 Jeg kan uten problemer klare en vanlig jobb
- 2 Jeg kan med anstrengelse klare en vanlig jobb
- 3 Jeg kan bare klare en vanlig jobb dersom det tas hensyn til helsetilstanden min (f.eks. nedsatt arbeidstid, tilrettelegging på arbeidsplassen, endrede arbeidsoppgaver)
- 4 Jeg kan ikke under noen omstendigheter klare en vanlig jobb
- 5 Ubesvart/Vet ikke

Ask only if **Q049 - Q049,1,2,3,4****Q009 - Q009: Arbeid**

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

Normal

- 1 For det meste stillesittende arbeid
- 2 Arbeid der man går mye
- 3 Arbeid der man både går mye og løfter mye
- 4 Tungt kroppsarbeid
- 5 Ubesvart/Vet ikke

Ask only if Q049 - Q049,1,2,3,4

Q010 - Q010: Arbeid

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 3](#) | [Number of columns: 5](#)

Hvor sjelden eller ofte forekommer følgende forhold i arbeid ditt?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Aldri	Sjelden	Noen dager i uken	Hver dag	Ubesvart/Vet ikke
Støy (må heve stemmen for å bli hørt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berøring med kjemiske stoffer/væsker/gasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monotont/ensidig eller stillesittende arbeid ved datamaskin eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ask only if Q049 - Q049,1,2,3,4

Q011 - Q011: Arbeid

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 3](#) | [Number of columns: 6](#)

Hvor sjelden eller ofte skjer følgende i arbeidssituasjonen din?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Meget sjelden eller aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte eller alltid	Ubesvart/Vet ikke
Du mottar motstridende forespørsler fra to eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du må gjøre ting som du mener burde ha vært gjort annerledes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du får oppgaver uten tilstrekkelige hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ask only if Q049 - Q049,1,2,3,4

Q012 - Q012: Arbeid

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 1](#) | [Number of columns: 6](#)

Hvor enig eller uenig er du i følgende:

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Helt enig	Enig	Verken eller	Uenig	Helt uenig	Ubesvart/Vet ikke
Alt i alt er jeg fornøyd med jobben min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q013 - Q013: Kosthold og levevaner

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 5](#) | [Number of columns: 7](#)

KOSTHOLD OG LEVEVANER

Hvor ofte...?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	2 eller flere ganger per dag	1 gang per dag	5-6 ganger per uke	3-4 ganger per uke	1 gang per uke eller sjeldnere	aldri/Nesten aldri	Ubesvart/Vet ikke
...spiser du frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spiser du grønnsaker eller salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...drikker du juice/smoothie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...drikker du sukkerholdig brus/leskedrikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spiser du fisk (til middag eller pålegg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q014 - Q014: Levevaner

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Røyker du?

[Normal](#)

- 1 Ja, daglig
- 2 Ja, av og til
- 3 Nei
- 4 Ubesvart/Vet ikke

Q015 - Q015: Levevaner

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Snuser du?

[Normal](#)

- 1 Ja, daglig
- 2 Ja, av og til
- 3 Nei
- 4 Ubesvart/Vet ikke

Q016 - Q016: Levevaner

Single coded

[Not back](#)

Hvor ofte drikker du alkohol?

[Normal](#)

- 1 Aldri
- 2 Månedlig eller sjeldnere
- 3 2-4 ganger i måneden
- 4 2-3 ganger i uken
- 5 4 ganger i uken eller mer
- 6 Ubesvart/Vet ikke

Ask only if Q016 - Q016,2,3,4,5

Q017 - Q017: Levevaner

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor mange enheter alkohol (én liten flaske/boks øl, ett glass vin eller én drink) drikker du vanligvis når du drikker?

[Normal](#)

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | 1-2 |
| 2 | 3-4 |
| 3 | 5-6 |
| 4 | 7-9 |
| 5 | 10 eller flere |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Ask only if Q016 - Q016,2,3,4,5

Q018 - Q018: Levevaner

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor ofte drikker du 6 eller flere enheter alkohol ved en anledning?

[Normal](#)

- | | |
|---|-----------------------|
| 1 | Aldri |
| 2 | Sjelden |
| 3 | Noen ganger i måneden |
| 4 | Noen ganger i uken |
| 5 | Nesten daglig |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q019 - Q019: Levevaner

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 3](#) | [Number of columns: 5](#)

Har du i løpet av de siste 12 mnd. brukt:

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)

[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Nei	Ja, prøvd en gang	Ja, av og til	Ja, jevnlig	Ubesvart/Vet ikke
Cannabis (hasj, marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestasjonsfremmende midler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre rusmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q020 - Q020: Fysisk aktivitet

Single coded

[Not back](#)

FYSISK AKTIVITET

Driver du med noen form for sport, mosjon, eller fysisk aktivitet?

[Normal](#)

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Ja |
| 2 | Nei |
| 3 | Ubesvart/Vet ikke |

Ask only if Q020 - Q020,1

Q021 - Q021: Fysisk aktivitet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

I en typisk uke, hvor mange timer driver du sport, mosjon, eller fysisk aktivitet?

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | 0-1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3-4 |
| 4 | 5-6 |
| 5 | 7 timer eller mer |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q022 - Q022: Støtte

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

STØTTE

Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Ingen |
| 2 | 1-2 |
| 3 | 3-5 |
| 4 | 6 eller flere |
| 5 | Ubesvart/Vet ikke |

Q023 - Q023: Støtte

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det...

Normal

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | Svært vanskelig |
| 2 | Vanskelig |
| 3 | Verken lett eller vanskelig |
| 4 | Lett |
| 5 | Svært lett |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q024 - Q024: Støtte

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? Vil du si ...

Normal

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | Ingen deltagelse og interesse |
| 2 | Liten deltagelse og interesse |
| 3 | Usikker |
| 4 | Noe deltagelse og interesse |
| 5 | Stor deltagelse og interesse |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q025 - Q025: Støtte

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?

Normal

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Aldri |
| 2 | Sjelden |
| 3 | Av og til |
| 4 | Ofte |
| 5 | Svært ofte |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Q026 - Q026: Støtte

Single coded

[Not back](#)

Deltar du i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller lignende i fritiden?

Normal

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Ja, daglig |
| 2 | Ja, 1-2 ganger i uken |
| 3 | Ja, 1-2 ganger i måneden |
| 4 | Ja, men sjelden |
| 5 | Nei, aldri |
| 6 | Ubesvart/Vet ikke |

Ask only if **Q026 - Q026,5****Q027 - Q027: Støtte**

Multi coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvorfor deltar du ikke?

Flere svar mulig

Normal

- | | |
|-----|---|
| 1 | Kjenner ingen andre som er med |
| 2 | Har ikke tid |
| 3 | Er ikke interessert |
| 4 | Føler meg ikke velkommen i miljøet |
| 5 | Det snakkes et språk jeg ikke mestrer |
| 6 | Det er for dyrt |
| 7 | Orker ikke/gidder ikke |
| 8 | Har ikke blitt spurt |
| 998 | Vet ikke hva som foregår / Det er ikke tilgjengelig informasjon *Fixed *Exclusive |
| 999 | Ubesvart/Vet ikke *Fixed *Exclusive |

Q028 - Q028: Støtte

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 8](#) | [Number of columns: 5](#)

Hvor stor eller liten tiltro har du til følgende institusjoner:

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Svært stor	Ganske stor	Ganske liten	Svært liten	Ubesvart/Vet ikke
Helsevesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolevesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunestyret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fylkestinget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettsvesenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massemedia (tv, radio, aviser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q029 - Q029: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

NÆROMRÅDE

Hvordan trives du i nærmiljøet ditt?

[Normal](#)

- 1 I stor grad
- 2 I noen grad
- 3 I liten grad
- 4 Ikke i det hele tatt
- 5 Ubesvart/Vet ikke

Q030 - Q030: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 10](#) | [Number of columns: 3](#)

Når du tenker på bostedet og ditt nærområde, hva vil du si er bra eller dårlig?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Bra	Dårlig	Ubesvart/Vet ikke
Tilgjengelighet og utvalg av butikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgjengelighet og utvalg av underholdningstilbud og kulturtilbud (kino, bibliotek, teater, dansested etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgjengeligheten av grøntarealer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighetene for fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollektivtransporttilbudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muligheten for å treffe folk (på møteplasser, i foreninger etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rolig og trygt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstyrrende støy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftkvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolen som en aktuell møteplass, etter skoletid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q031 - Q031: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 4](#) | [Number of columns: 3](#)

Opplever du at det er enkelt for deg:

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Ja	Nei	Ubesvart/Vet ikke
Å bevege deg i og rundt egen bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bevege deg i ditt nærområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å komme deg til natur- og friluftsområder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å finne og lese informasjon om offentlige tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q032 - Q032: Nærområdet

Multi coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hva er viktig for at du skal trives i nærmiljøet ditt?

Maksimum 4 svar

[Normal](#)

- 1 At jeg kjenner naboene mine
- 2 Å få være i fred når jeg ønsker det
- 3 Å ha tilgang til butikk og spisested i nærmiljøet
- 4 Å ha tilgang til ulike offentlige tjenester (lege, skole, helsestasjon, NAV etc)
- 5 At nærmiljøet er pent og velholdt
- 6 Å ha tilgang til natur- og friluftsområder
- 7 Å ha utsikt til natur
- 8 Gode gang- og sykkelveier
- 9 Gode parkeringsmuligheter
- 10 Tilgang til møteplasser
- 11 Kulturtilbud
- 996 Annet, noter... **Open *Fixed*
- 999 Ubesvart/Vet ikke **Fixed *Exclusive*

Scripter notes: Maksimum 4 svar

Q033 - Q033: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet ditt?

[Normal](#)

- 1 0 Ikke trygg i det hele tatt
- 2 1
- 3 2
- 4 3
- 5 4
- 6 5
- 7 6
- 8 7
- 9 8
- 10 9
- 11 10 Svært trygg
- 12 Ubesvart/Vet ikke

Q034 - Q034: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?

Normal

1	0 Føler ikke tilhørighet i det hele tatt
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6
8	7
9	8
10	9
11	10 Føler sterk grad av tilhørighet
12	Ubesvart/Vet ikke

Q035 - Q035: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?

Normal

1	0 Ikke fornøyd i det hele tatt
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6
8	7
9	8
10	9
11	10 Svært fornøyd
12	Ubesvart/Vet ikke

Q036 - Q036: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?

Normal

1	0 Ikke meningsfylt i det hele tatt
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6
8	7
9	8
10	9
11	10 Svært meningsfylt
12	Ubesvart/Vet ikke

Q037 - Q037: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 8](#) | [Number of columns: 12](#)

Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad har du vært.....?

Rows: Normal | **Columns: Normal**

Rendered as Dynamic Grid

	0 Ikke i det hele tatt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 I svært stor grad	Ubesvart/Vet ikke
Glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor eller trist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engasjert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rolig og avslappet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q038 - Q038: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 2](#) | [Number of columns: 12](#)

Hvor enig eller uenig er du i påstandene nedenfor?

Rows: Normal | **Columns: Normal**

Rendered as Dynamic Grid

	0 Helt uenig	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Helt enig	Ubesvart/Vet ikke
Mine sosiale relasjoner er støttende og givende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q039 - Q039: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 2](#) | [Number of columns: 5](#)

Hvor ofte eller sjelden har du vært plaget av følgende problem i løpet av de siste 14 dagene?

[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Ikke i det hele tatt	Noen dager	Mer enn halvparten av dagene	Nesten hver dag	Ubesvart/Vet ikke
Lite interesse for eller glede over å gjøre ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor, depriment eller fylt av håpløshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q041 - Q041: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvor ofte er du sammen med gode venner? Regn ikke med medlemmer av din egen familie.

[Normal](#)

- 1 Omtrent daglig
- 2 Omtrent hver uke, men ikke daglig
- 3 Omtrent hver måned, men ikke ukentlig
- 4 Noen ganger i året
- 5 Sjeldnere enn hvert år
- 6 Har ingen gode venner
- 7 Ubesvart/Vet ikke

Q042 - Q042: Nærområdet

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?

[Normal](#)

- 1 0 Kan ikke være for forsiktig
- 2 1
- 3 2
- 4 3
- 5 4
- 6 5
- 7 6
- 8 7
- 9 8
- 10 9
- 11 10 Folk flest er til å stole på
- 12 Ubesvart/Vet ikke

Q043 - Q043: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 7](#) | [Number of columns: 6](#)Sånn stort sett her i livet, hvor godt passer dette på deg for tiden?[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Passer ikke	Passer litt	Passer sånn halveis	Passer ganske bra	Passer helt	Ubesvart/Vet ikke
Jeg er noe – jeg er noe verdt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er del av noe som er større enn meg selv – det er noen som trenger meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg duger til noe – det er noe jeg får til	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg hører til et sted – jeg hører til hos noen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg kan tenke, føle og utfolde meg uten å være redd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det betyr noe for andre hva jeg gjør eller ikke gjør	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har noen å dele tankene og følelsene mine med - det er noen som kjenner meg, som bryr seg om meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q044 - Q044: Nærområdet

Matrix

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Number of rows: 17](#) | [Number of columns: 6](#)Sånn stort sett her i livet, hvor viktig er dette for deg nå for tiden?[Rows: Normal](#) | [Columns: Normal](#)[Rendered as Dynamic Grid](#)

	Ikke viktig	Litt viktig	Sånn halveis viktig	Ganske viktig	Veldig viktig	Ubesvart/Vet ikke
At du er noe – at du er noe verdt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du er del av noe som er større enn deg selv – at det er noen som trenger deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du duger til noe – at det er noe du får til.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du hører til et sted – at du hører til hos noen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du kan tenke, føle og utfolde deg uten å være redd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At det betyr noe for andre hva du gjør eller ikke gjør.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du har noen å dele tankene og følelsene dine med – at det er noen som kjenner deg, som bryr seg om deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du liker deg selv sånn som du er	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du har god helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du har gode venner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du har god råd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du er aktiv og har noe å holde på med til daglig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du er fornøyd med livet generelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du er fornøyd med hvordan du ser ut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du får leve lenge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At du kan klare deg selv med minst mulig hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At familien din har det bra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q048 - Q048: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

Normal

- | | |
|---|---|
| 1 | Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år |
| 2 | Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år |
| 3 | Høyskole/universitet mindre enn 4 år |
| 4 | Høyskole/universitet 4 år eller mer |
| 5 | Ønsker ikke svare |

Q050 - Q050: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hva var din husstands samlede bruttoinntekt (dvs. før skatt) siste år?

Ta med alle inntekter fra arbeid, trygder, sosialhjelp og lignende.

Normal

- | | |
|----|---------------------|
| 1 | Under 150 000 kr |
| 2 | 150 000-249 999 kr |
| 3 | 250 000-349 999 kr |
| 4 | 350 000-449 999 kr |
| 5 | 450 000-549 999 kr |
| 6 | 550 000-749 999 kr |
| 7 | 750 000-999 999 kr |
| 8 | 1 mill-1,25 mill kr |
| 9 | Over 1,25 mill kr |
| 10 | Ønsker ikke svare |

Q051 - Q051: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Hvis du bor alene - tenk på din samlede inntekt. Dersom du bor sammen med andre - tenk på den samlede inntekten til alle i husholdningen: Hvor lett eller vanskelig er det for deg/dere å få pengene til å strekke til i det daglige, med denne inntekten?

Normal

- | | |
|---|-----------------------|
| 1 | Svært vanskelig |
| 2 | Vanskelig |
| 3 | Forholdsvis vanskelig |
| 4 | Forholdsvis lett |
| 5 | Lett |
| 6 | Svært lett |
| 7 | Ønsker ikke svare |

Q052 - Q052: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Eier eller leier du boligen din?

Normal

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | Jeg eier min bolig |
| 2 | Jeg leier min bolig |
| 3 | Ønsker ikke svare |

Q053 - Q053: Bakgrunn

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Er du gift/samboer eller enslig?

Normal

- | | |
|---|---|
| 1 | Gift/ registret partner |
| 2 | Samboende |
| 3 | Har kjæreste (som du ikke bor sammen med) |
| 4 | Enslig |
| 5 | Ønsker ikke svare |

Q054 - Q054: Bakgrunn

Numeric

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Max = 99](#)

Hvor mange personer bor i husstanden din (inkludert deg selv)?

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q055 - Q055: Bakgrunn

Numeric

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Max = 99](#)

Hvor mange personer under 18 år bor i husstanden din?

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q056 - Q056: Bakgrunn

Numeric

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Max = 999](#)

Hvor høy er du?

Oppgi i cm.
999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q057 - Q057: Bakgrunn

Numeric

[Answer not required](#) | [Not back](#) | [Max = 999](#)

Hvor mye veier du (hvis gravid, vekt før graviditet)?

Oppgi i kg.
999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q058 - Q058:

Text

[Not back](#)

Tusen takk for at du fylte ut skjemaet!

Q059 - Q059:

Single coded

[Answer not required](#) | [Not back](#)

Som takk for hjelpen trekkes vinnere av Ipads blant dem som har returnert utfylt skjema. Dersom du ønsker å være med i trekningen, vennligst kryss av nedenfor.

Normal

- 1 Ja takk, jeg ønsker å delta i trekningen
- 2 Nei takk, jeg ønsker ikke å delta i trekningen



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

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway