



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp
Fakultet for Landskap og samfunn

Nærmiljøfasiliteter, psykisk helse og trivsel hos voksne i Troms og Finnmark

Gjermund Abrahamsen Wik
Folkehelsevitenskap

Forord

To år har gått utrolig fort sett i ettertid fra starten som student ved fakultetet på Ås universitet, NMBU, høsten 2019. Halvveis i andre semester fikk vi også oppleve Epidemiologi i praksis med begrensinger i samvær med andre og Covid-19 restriksjoner. Takket være gode relasjoner internt og at vi allerede hadde blitt godt kjent med lærerne var overføring til digital undervisning godt overkommelig for de fleste. Med så dagsaktuelle tema og en jobb som folkehelsekoordinator har jeg lært masse nytt og fått solid faglig påfylling på mange områder over to år som i tillegg har gitt en stor utvidelse av sosiale og faglige nettverk.

Gjennom studietiden ved Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet (NMBU) har jeg lært om ulike forsknings- og analysemetoder. Jeg ønsker mer erfaring om forskning på kvantitative data og bruk av Geografiske informasjonssystemer (GIS) for visualisering av data. Oppgaven min ønsket jeg derfor skulle ha et slikt innhold.

Ved siden av å være fulltids masterstudent har jeg også vært i full stilling i Alta kommune. Jeg har etter avtale med min arbeidsgiver fått permisjon med lønn under studietiden, som har vært ved campus i Ås ved forelesinger og på mitt arbeidssted i Alta utenom studiesamlingene. Jeg ønsker derfor å takke Alta kommune for den tilretteleggingen jeg har fått kunne legge opp til for å følge studiet samtidig som jeg har klart å skjøtte jobben så godt det har latt seg gjøre.

Veilederne mine i oppgaven har vært professorene Geir Aamodt og Ingeborg Pedersen, en uvurderlig god hjelp og støtte underveis i arbeidet – som jeg er meget takknemlig for. Jeg ser opp til deres måter å være tålmodige og overbærende på overfor så mange ulike studenter med ulike utfordringer, meg selv inkludert. Jeg er også takknemlig for de flotte medstudentene jeg har møtt og de gode faglige diskusjonene vi har hatt, først og fremst på campus. Det har ikke bare vært enkelt å sortere ut tilstrekkelig tid til å få fulgt godt nok opp studenttilværelsen og arbeidstiden i tillegg til å følge opp egen familie. Sistnevnte er nok de dette har gått mest ut over og som nok har sett meg minst i perioden. En stor takk for utvist forståelse må derfor også rettes til min støttende fru og mine to barn på 12 og 16 år som syntes «det var kult at pappa også skulle gå på skole».

Jeg er trygg på at den ballasten jeg har fått med meg kommer til å bli tatt mye i bruk fremover i den viktigste jobben som finnes, etter mitt syn, nemlig å jobbe med folkehelse på kommunenivå.

Alta, 20.7.21, Gjermund Abrahamsen Wik

Innhold

Forord.....	2
Tabellfortegnelse.....	4
Figurfortegnelse	5
Sammendrag	6
Abstract	7
1. Innledning.....	8
1.1 Introduksjon.....	8
1.2 Opplegg og disposisjon	9
2. Bakgrunn	9
2.1 Psykisk helse og trivsel	10
2.2 Nærmiljøets betydning for psykisk helse og trivsel	11
2.2.1 Fasiliteters betydning for helse og trivsel.....	13
Bibliotek	14
Kino.....	16
Svømmehall og idrettshall.....	17
Butikker og andre servicetilbud	17
Kollektivtrafikk – offentlig transport	20
2.3 Problemstilling	21
3. Teoretisk referanseramme	21
3.1. Helsemodeller.....	22
3.2 Opplevelse av sammenheng	24
3.3 Sosial kapital	25
Om servicetilbud og sosial bærekraft	26
3.4 Refleksjon og oppsummering.....	27
4. Metode.....	28
4.1 Tverrsnittstudie.....	28
4.2 Utvalg	29
4.3 Datainnsamling.....	30
4.3.1 Adresse	31
4.4.1 Variabler.....	31
Forklaringsvariabler (fasiliteter) og responsvariabler (trivsel og helse).....	32
Fasiliteter.....	32
Trivsel	32
Psykiske plager (HSCL-5).....	32

4.5 GIS data.....	33
4.6 Lett tilgjengelige fasiliteter.....	33
4.7 Personvern.....	34
5. Statistisk analyse	35
5.1 Analyse.....	35
5.2 Resultater.....	35
5.2.1 Sammenheng mellom fasiliteter og trivsel	37
5.2.2 Oppsummering «I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt»?.....	40
5.2.3 Sammenheng mellom psykiske plager og fasiliteter	42
5.2.4 Regresjonsanalyse	47
5.3 Hovedoppsummering	50
6. Diskusjon av resultater	51
6.1 Sammenheng mellom opplevd psykisk helse og trivsel – og fasiliteter i samfunnet.	51
6.2 Metodiske betraktninger.....	58
6.2.1 Studiens design.....	58
6.2.2 Seleksjonsskjevhet.....	59
6.2.3 Informasjonsskjevhet.....	60
6.2.4 Konfunderende variabler	62
6.3 Implikasjon for folkehelserelevans.....	62
7 Avslutning og konklusjon	64
8 Litteraturliste	65

Tabellfortegnelse

Tabell 1	Svarandel befolkningsgrupper
Tabell 2	Svarprosent etter kjønn og alder
Tabell 3	Fasilitetsvariabel: kultur, helsevariabel: trivsel
Tabell 4	Fasilitetsvariabel: service, helsevariabel: trivsel
Tabell 5	Fasilitetsvariabel: helse, helsevariabel: trivsel
Tabell 6	Fasilitetsvariabel: transport, helsevariabel: trivsel
Tabell 7	Fasilitetsvariabel: kultur, helsevariabel: psykisk helse

Tabell 8	Fasilitetsvariabel: service, helsevariabel: psykisk helse
Tabell 9	Fasilitetsvariabel: helse, helsevariabel: psykisk helse
Tabell 10	Fasilitetsvariabel: transport, helsevariabel: psykisk helse
Tabell 11	Regresjonstabell, trivsel
Tabell 12	Regresjonstabell, psykisk helse

Figurfortegnelse

Figur 1	Modell av helsedeterminanter
Figur 2	Modell av boligområder som påvirker helse
Figur 3	Kart over postsoner, Harstad
Figur 4	Høyeste fullførte utdanningsnivå 25 år +
Figur 5	Grad av trivsel i nærmiljøet og antall kulturfasiliteter (i prosent) i postsonen.
Figur 6	Trivsel i nærmiljøet og fordeling av transportfasiliteter fordelt på postsoner i Troms og Finnmark
Figur 7	Grad av psykiske plager og antall servicefasiliteter (i prosent) i postsonen
Figur 8	Psykisk helse og transportfasiliteter fordelt på postsoner i Troms og Finnmark
Vedlegg 1:	Svarbrev fra NSD

Sammendrag

Bakgrunn: Tema i denne masteroppgaven er nærhet til fasiliteter og servicetilbud og sammenheng med psykisk helse og trivsel hos voksne i Norge. Nærområder og dets innhold har nær sammenheng med folks opplevde psykiske helse og trivsel samtidig som Norge bruker mest økonomiske midler på nettopp psykiske lidelser av alle sykdomsgrupper. Det foreligger et stort fagområde som bør tas med i det systematiske folkehelsearbeidet for å oppnå enda mer bærekraftige og helsefremmende samfunn gjennom styrking av nærmiljøet og gruppeprosesser.

Formål: Målet med oppgaven er å få økt kunnskap om sammenhengen mellom nærmiljø og tilhørende fasiliteter og selvpålevd psykisk helse og trivsel hos voksne i Norge. Ved å få mer kunnskaper om områdene kan vi utvikle nærmiljøer som virker attraktive og helsefremmende for befolkningen.

Metode: Studiedesignet for oppgaven er en tverrsnittstudie som tar utgangspunkt i datasett fra to ulike kilder. Selvrappørterte data fra befolkningen i spørreskjema ble koblet sammen med data som beskriver forekomsten av de ulike fasilitetene kino, bibliotek, svømme- og idrettshall, butikker, spisesteder og offentlige transportmidler. Spørreskjemadata er hentet fra Folkehelseinstituttets fylkeshelseundersøkelse for Troms og Finnmark, mens øvrige data er generert ut fra innhentet data gjennom Google maps og kommunene i regionen Troms og Finnmark. Det ble benyttet statistiske metoder og lineære regresjoner i analysene.

Hovedfunn: Resultatene viser at det er en sammenheng mellom opplevelse av trivsel og psykisk helse og enkelte fasiliteter.

Konklusjon: Resultatene i masteroppgaven tilsier at utvikling av nærområder bør hensynta fasiliteter og servicetilbud som tilbys befolkningen, spesielt de som anses som sosialiserende, inkluderende og aktivitetsskapende på ulike nivåer. Jo flere som bor i et tettsted jo viktigere anses dette å være, samt tilknytning for offentlig transport for å kunne benytte seg av tilbudene. For å oppnå best mulig utnytting av attraktive og sentrale områder til dette formålet anses det som essensielt å ha en tverrfaglig tilnærming hvor ulike aktører som planleggere, folkehelsevitere og utbyggere samarbeider godt.

Abstract

Background: The theme of this master's thesis is proximity to facilities and services and connection with mental health and well-being among adults in Norway. Neighboring areas and their content are closely related to people's perceived mental health and well-being, at the same time as Norway spends the most financial resources on mental disorders of all disease groups. There is a large subject area that should be included in the systematic public health work to achieve even more sustainable and health-promoting societies through strengthening the local environment and group processes.

Purpose: The aim of the thesis is to gain increased knowledge about the connection between the local environment and associated facilities and self-perceived mental health and well-being among adults in Norway. By gaining more knowledge about the areas, we can develop local environments that are attractive and health-promoting for the population.

Methodology: The study design for the thesis is a cross-sectional study based on data sets from two different sources. Self-reported data from the population in the questionnaire were linked to data describing the existence of the various facilities cinema, library, swimming- and sports hall, shops, restaurants and public transport. Questionnaire data are taken from the National Institute of Public Health's health survey for the county of Troms and Finnmark, while other data are generated from data obtained through Google maps and the municipalities in the Troms and Finnmark region. Statistical methods and linear regressions were used in the analyzes.

Main findings: The results show that there is a connection between the experience of well-being and mental health and certain facilities.

Conclusion: The results of the master's thesis indicate that the development of local areas should take into account the facilities and services offered to the population, especially those that are considered socializing, inclusive and activity-creating at various levels. The more people who live in a settlement, the more important this is considered to be, as well as the connection to public transport in order to be able to use the offers. In order to achieve the best possible utilization of attractive and central areas for this purpose, it is considered essential to have an interdisciplinary approach where various actors such as planners, public health scientists and developers work well together.

1. Innledning

1.1 Introduksjon

Temaet i denne oppgaven er om nærhet til ulike fasiliteter i samfunnet har sammenheng med selvopplevd trivsel og psykisk helse. I FNs bærekraftsmål nummer tre er god helse og livskvalitet en grunnleggende forutsetning for at alle mennesker skal kunne nå sine fulle potensial og bidra til utvikling i samfunnet. Dette påvirkes av miljø, økonomi og sosiale forhold (FN, 2021). Stadig flere mennesker bosetter seg i byer og tettsteder selv om vi i Norge har veldig mye natur rundt oss. Rundt år 1900 bodde ca $\frac{1}{3}$ av Norges befolkning i byer og tettsteder og i 2004 var tallet steget til $\frac{3}{4}$ av befolkningen (Solem, 2006) som da utgjorde ca 3,4 mill mennesker av hele befolkningen (SSB, 2021). I 2020 utgjør andelen over 80 % (Regjeringen, 2020) som tilsvarer ca 4,3 mill mennesker (SSB, 2021).

Fra offentlige myndigheter har det vært fokus på fortetting av byer og utvikling av knutepunkter for å oppnå kort avstand til private og offentlige tilbud og tjenester samtidig som man har kort vei til arbeidsplass og skole. Det har også resultert i høyere bygninger i sentrum og tettere avstand mellom sentrale tomter og bygninger (Vestby, 2018). En del byer har fått pregløse sentrum med «lukkede og stygge bygg». Flere har fått opp øynene for en forståelse av hvor viktig det er for en regions attraktivitet at en har et livskraftig regionsenter eller by, og at sentrumsområdet fremstår som levende og pulserende (ibid).

Denne utviklingen gir også nye helseutfordringer i samfunnet. For at byer og tettsteder skal finnes attraktive bør de ha fokus på å forebygge inaktivitet, forurenset luft, støyproblematikk og samtidig tilby gode muligheter for friluftsliv og rekreasjon i nærområdet. I tillegg bør det finnes sosiale byrom og møteplasser i en god balanse mellom bosteder, handels- og arbeidsplasser (Regjeringen, 2020).

Hva gjør en by god å bo i og hva bidrar til at folk har det bra? Foruten tilgjengelighet til boliger og helsetjenester er tillit, trygghet og trivsel et av de områdene som skåret høyest på hva folk er fornøyde med i en innbyggerundersøkelse (Rambøll, 2019). De som bor tett på offentlige parker, har kort avstand til kafèer, restauranter og ulike kulturtilbud hvor mennesker møtes, opplever større grad av tillit til hverandre og føler seg mindre ensomme. Dette gjelder uavhengig av størrelsen på byen eller lokalsamfunnet. Livet mellom husene blir et viktig barometer for hvor attraktiv og levende en by er (ibid).

Gjennom beboerundersøkelser, observasjoner og samtaler med innbyggere ved en bydel utenfor Oslo oppsummerte forskere at blant annet butikker, bibliotek, skoler, idrettsarenaer og fritidsklubber ble mest brukt av alle typer fasiliteter i området. Biblioteket fremstod også som en viktig møteplass for innbyggerne, hvor det ble avholdt ulike arrangementer for innbyggerne (Strømnes et al, 2018). De som har god tilgang til slike møteplasser og nærhet til viktige funksjoner i dagliglivet har i gjennomsnitt bedre helse og livskvalitet enn folk som har dårligere tilgang på slike (Von Heimburg, 2019).

Nærmiljøfasiliteter kan altså være helsefremmende, og jeg stilte meg spørsmålet om det kan være flere konkrete elementer og arenaer i urbane områder som kan virke helsefremmende for hele befolkningen. Målsettingen med oppgaven er å bidra med økt kunnskap om sammenheng mellom tilgang til fasiliteter på ene siden og trivsel og psykisk helse på den andre siden, hos voksne i Norge.

1.2 Opplegg og disposisjon

Oppgaven er skrevet som en monografi og har 7 kapitler. Kapittel 1 er frem til dette avsnittet og utgjør innledningen, mens kapittel 2 danner bakgrunnen for oppgaven, avgrensning og problemstillingen. Neste kapittel (3) redegjør for den teoretiske referanserammen og relevant empiri. Valg av metode og design følger i kapittel 4, inklusive etiske betraktninger, før resultatdelen og analysen kommer i kapittel 5. I kapittel 6 drøfter jeg funn sett opp mot øvrig innhold, før jeg avslutter og konkluderer i kapittel 7.

2. Bakgrunn

Jeg vil i dette kapitlet først ta for meg psykisk helse og trivsel og beskrive hvorfor det er relevant og viktig i folkehelsearbeidet. Jeg vil også se nærmere på nærmiljøet og dets betydning som helsepåvirker. Fasiliteter er et uttrykk som jeg bruker mye og som også vil få en nærmere utredning. Relevant forskning på disse områdene vil jeg så presentere før jeg avrunder med avgrensning og problemstilling til slutt i kapitlet.

2.1 Psykisk helse og trivsel

Begrepet «helse» er blant annet definert i Språkrådet sin ordbok som kroppslig, mental sunnhet og kraft (Språkrådet, 2021). Verdens Helseorganisasjon definerte (god) helse som en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke kun fravær av sykdom eller svakhet (World Health Organization, 1946). I tillegg er helse sett på som en ressurs i dagliglivet og et overskudd i forhold til hverdagens krav (WHO, 1986; Hjort, 1998). Psykisk helse og trivsel er hentet fra engelske «well-being» og innebærer forståelsen av at en føler seg bra og at man opplever å være tilfreds med livet og tilværelsen (Helsedirektoratet 2015).

De fire mest utbredte årsakene til sykdom og redusert helse i Norge er psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettsykdommer, hjerte- og karsykdommer og kreft (Folkehelseinstituttet, 2018). Ca 20 % av den voksne delen av befolkningen vil i løpet av et år ha en psykisk lidelse, som oftest i form av angst eller depresjon (ibid). Samtidig ønsker myndighetene i Norge å strekke seg mot tre overordnede mål innenfor folkehelsearbeidet: 1. Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, 2. Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, og 3. Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (ibid). Felles for alle punktene er at trivsel og psykisk helse kan sees på som helseresultater en ønsker styrket for å innfri disse målsettingene og dermed en bedre helse i befolkningen.

Bakgrunnen for valg av psykisk helse og trivsel som tema er at det angår hele befolkningen, både nasjonalt og globalt. Verdens Helse Organisasjon (WHO) understreker viktigheten av fokus på psykisk helse fordi det kan muliggjøre at mennesker kan realisere sitt potensial, takle hverdagslivets belastninger, arbeide produktivt og bidra i sine lokalsamfunn (Chan, 2013). Det siste 10-året viser en økning i forekomst av psykiske symptomer og lidelser i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020). Blant ungdommer ser man også en økning i forekomsten av psykiske plager og lidelser i hverdagen, som kan handle om tristhet, nedstemthet og andre bekymringer. I 2018 rapporterte 13 % av guttene og 32 % av jentene på 3. trinn i videregående skole at de var mye plaget av depressive symptomer og omfanget av psykiske helseplager øker tydelig fra barneårene og fram til midten av tenårene (Ungdata, 2020).

En oversikt over totale samfunnskostnader for alle typer sykdommer viser at psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser topper listen med kr 280 mrd pr år (Helsedirektoratet, 2015).

Sykdomsgruppen har også størst utbredelse, produksjonstapet og den samlede

sykdomsbelastningen er størst for samfunnet, i tillegg til at den enkelte ofte blir sykemeldt og mange blir uføre (Helsedirektoratet, 2014). Redusert psykisk helse har derfor store konsekvenser innenfor alle nivåer, inklusivt de økonomiske; for samfunn, nærmiljøet, familie og individet selv (Helsedirektoratet, 2015). Omfanget har i tillegg vokst så stort at behandlingsapparatet sannsynligvis ikke vil make å gi gode nok tilbud til de som har behov for det (ibid). Dagsaktuelt er også den pågående «coronakrisen», som i tillegg har medført at titusenvis av planlagte behandlinger og konsultasjoner har blitt utsatt (Suvatne, 2020).

Psykisk helse skapes ikke i helsesektoren og flere offentlige instanser peker på nærmiljøet og lokalsamfunn (i tillegg til skole, barnehager, arbeidsplasser m.m.) som et av de viktigste innsatsområdene for fremming av psykisk helse (Regjeringen, 2020). Helsedeterminanter for mental helse og psykiske lidelser inkluderer individuelle egenskaper som evne til å ivareta sine egne tanker, følelser, atferd og interaksjoner med andre (ibid). Det kan også inkludere sosiale, kulturelle, økonomiske, politiske og miljømessige faktorer som nasjonal politikk, sosial beskyttelse, levestandard, arbeidsforhold og sosial støtte fra samfunnet (WHO, 2013). Utsatte grupper som kan ha betydelig høyere risiko for å oppleve psykiske helseproblemer kan være enkeltpersoner eller grupper som bor i fattigdom, har kroniske helseutfordringer, utsettelse for mishandling og forsømmelse, utsatt for narkotikabruk, tilhøre minoriteter, eldre, opplever diskriminering, personer utsatt for konflikter, naturlige katastrofer med videre. Mennesker med psykiske lidelser opplever i uforholdsmessig større grad funksjonshemninger og tidligere død enn resten av befolkningen (ibid)

2.2 Nærmiljøets betydning for psykisk helse og trivsel

«Helsedeterminanter» beskriver de mange forhold som påvirker helsen gjennom livet, fra individuelle livsstilsfaktorer til sosiale strukturer i nabolag og lokalsamfunn, til økonomiske, kulturelle og politiske forhold i samfunnet. (Dahlgren og Whitehead, 1991). Noen av de viktigste folkehelsefremmende arenaene er tilgang til naturen, deltakelse i frivillige lag, organisasjoner og sosiale møteplasser, mens den største hemmende faktoren er mangel på sosiale møteplasser. (Kiland et al, 2015). I folkehelseloven er kommunenes oppgaver blant annet å fremme befolkningens helse og trivsel og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom (Folkehelseloven, 2011, § 4). Offentlige myndigheter gjennom kommunene kan derfor ha en viktig rolle i tilrettelegging for arenaer som påvirker psykisk helse og trivsel positivt.

For å oppnå en positiv utvikling av steder mener norske myndigheter at en utvikling må bidra til trivsel og god livskvalitet for alle, samt gjøre det enklere og mer fristende å ta helsevennlige valg i hverdagen (Regjeringen, 2019).

Nærmiljøet blir trukket frem som en viktig arena for folks helse og består av det fysiske miljøet og de sosiale og psykososiale forhold (Bergem, 2019). For de to sistnevnte områdene er sentrale faktorer sosiale møteplasser, opplevelse av trygghet, tillit og identitet knyttet til stedet, et variert kulturtilbud, friområder og nærhet til tjenester og funksjoner i kommunen. Det er påvist sammenhenger mellom hvordan nærmiljøet utformes og målt trivsel hos befolkningen i nærmiljøet (Elliott, et al, 2013). Når offentlige tjenester (som servicetilbud, butikker og kollektivtilbud) er tilgjengelige i nærmiljøet bruker folk oftere beina for å nå disse tjenestene (Sugiyama, 2012).

I byer etableres det ofte boliger tett opp til offentlige tjenester, noen ganger omtalt som fortetting og kompakt utvikling. Noen hevder den sosiale dimensjonen ofte kommer dårligere ut ved en slik strategi. Høyinntektsgrupper bor i større grad i attraktive strøk enn dårligere stilte som oftere er bosatt i mindre attraktive nabolag (Regjeringen, 2019). Fortetting kan være en god strategi om det gir kortere avstander mellom boliger og til offentlige / private tjenester og offentlig transport. Samtidig kan kostnadsnivået for boliger og tjenester øke innenfor et slikt område om det finnes attraktivt og dermed presse utsatte grupper ut av fortettingsområdet. Da motvirkes den effekten man var på jakt etter – et nabolag med variert befolknings sammensetning (ibid). Nærmiljøet inneholder med andre ord premisser som kan virke inn på psykisk helse og trivsel og utgjøre en sentral faktor.

Fasiliteter i nærmiljøet utgjør mulige påvirkningsfaktorer for helse, noe som trekkes spesielt frem i helsedirektoratet sin rapport «Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet» (Helsedirektoratet, 2014). Ordet «fasiliteter» beskriver (adgang til) gjenstander, lokaler eller liknende som gjør tilværelsen enklere, mer behagelig, bekvemmelighet (Det norske akademis ordbok, 2021). Elementer vi har i nærområdet vårt har betydning for vår deltakelse, inkludering og trivsel herunder utforming av transportsystemer (gang- og sykkelveier, fortau, sosiale møteplasser, stier, grøntarealer) og tilgjengelighet av tjenester (ulike butikker, offentlige kontorer). De som liker sine omgivelser de bor i rapporterer også i større grad om mer positive følelser og mer stressreduksjon, økt interesse for samfunn, det sosiale liv og større grad av tilhørighet (Helsedirektoratet, 2014). Sosiale møteplasser kan i nærmiljøssammenheng også innebære spisesteder, treningsanlegg/ haller, biblioteker,

svømmehaller med videre. Det vil være behov for et mangfold av møteplasser for å dekke befolkningens behov, alt fra uformelle lekeplasser til dugnadsmøter i borettslaget og ulike foreningsmøter (Guttu, 2010).

2.2.1 Fasiliteters betydning for helse og trivsel

De fasilitetene jeg har valgt å se nærmere på sier jeg litt mer om under dette kapittelet. Flere studier viser sammenhenger mellom grønne områder og psykisk helse (Lachowycz & Jones, 2012; Twohig-Bennet, 2018). De konkluderer med at nærhet til grønt områder har positiv effekt på helsen, men det diskuteres også at helseeffekter som spores muligens kan oppnås utfra psykososiale faktorer og ikke bare at folk benytter grønt områder til gåing, sykling og fysisk aktivitet. Det innebærer blant annet at folk bringes sammen og er interaktive med omgivelsene, og at offentlige grøntområder kan gi sosiale interaksjoner som igjen kan føre til større grad av trivsel (ibid).

Både bokkvalitet og bomiljøet har også sterke assosiasjoner med fysisk og psykisk helse (Liu, 2017). Fysiske rom, fasiliteter og det sosiale miljøet gir mennesker mulighet til å delta i fysiske aktiviteter og sosialiseres med hverandre, som igjen påvirker deres fysiske og mentale helse. Fellesarealer for sosialisering og samfunnsengasjering kan virke tiltrekkende på nye tilflyttere. Hvis slike fasiliteter er inkludert til boligen vil interessen for boligene øke og prisen stige (Chen, 2019). Her hadde informantene blant annet svart på tilfredshet på fasilitetstilbud som frisør, kafè, bar, svømmehall og treningssal. Det ble påvist sammenheng mellom bedre helse og tilgang til de ulike fasilitetene hos gruppen som var i alderen 35 år og eldre. Tilgjengeligheten og kvaliteten på fasilitetene kan også påvirke i hvor stor grad de benyttes (ibid).

Sosiale aktiviteter, som fysiske møter, chatting eller andre former for sosialisering påvirker bomiljøet indirekte, både mentalt og fysisk (ibid). De som samtidig oppnår en bedre subjektiv trivsel (well-being) har sterkere immunforsvar, bedre kardiovaskulær helse, færre livsstilssykdommer, lavere kreftdødelighet og lengre levetid. Eldre som har god tilgang til kulturfasiliteter (herunder universiteter og biblioteker) ser ut til å ha bedre mental helse enn de som har dårligere tilgang, herunder bedre konsentrasjonsevner og læring, samtidig som de er mindre depressive (ibid). Sosiale ressurser, som tillit, støtte og nettverk, kan gi andre mennesker hjelp og bistand, informasjon, økonomisk og emosjonell støtte og dermed bidra til

et bedre helseutfall. Fysiske aktiviteter, som å gå, sykle, trene og andre aktive fritidsaktiviteter kan utøve en gunstig effekt på både fysisk og mental helse (Chen, 2019). Forskere i New Zealand har sett nærmere på nærmiljøtilbud og sammenhengen med mental helse, herunder nærhet til sosiale møteplasser, kulturtilbud med videre (C. Vannier, 2020). Ved å bruke GIS metode fikk de frem hvor god dekning det var av fasiliteter og andre servicetilbud i multifunksjonssenteret Christchurch, samtidig som mindre urbane satellitt-områder rundt byen ble kartlagt og fikk avdekket sine kvaliteter. For eksempel viste lege og apotek tjenester seg å være jevnt fordelt utover byen, mens velferdsfasiliteter var mye mer ujevnt og dels sparsomt fordelt. De lettest tilgjengelige sosiokulturelle stedene viste også å ha positive sammenhenger med mental helse og trivsel for hele befolkningen. At områder var lett tilgjengelig hang også sammen med godt utbygde tilbud for offentlig transport (ibid).

Stressfaktorer i urbane miljøer kan være luftforurensing, støy, dårlig gatebelysning, tung trafikk og ujevne veiarealer for gående og syklende – faktorer som kan påvirke helsen til hver enkelt negativt (Chen, 2019). Det fysiske og urbane miljøet kan påvirke trivsel og psykisk helse, kom H. F. Guite et. al. frem til i 2006. Deler av befolkningen som bodde i de dårligste fysiske og urbane miljøene var assosiert med opptil 3 ganger økt risiko for å havne på den dårligste delen av helsestigen. Dette innebar blant annet forholdet mellom psykisk helse og viktigheten av møteplasser for sosial omgang, overbefolkede hjem/ mangel på privatrom og støy fra naboer (Guite, 2006).

Bibliotek

I lov om folkebibliotek listes hovedformålet til folkebibliotekene opp (Folkebibliotekloven, 1985, § 1). Bøker og medier skal stilles gratis til disposisjon for alle som bor i landet, samtidig som det er en uavhengig møteplass og arena for offentlig samtale og debatt. Alle kommunale folkebibliotek skal ha en fagutdannet biblioteksjef (Folkebibliotekloven, 1985, § 5). Det er således også et krav om at alle kommuner skal ha et bibliotek.

I Stortingsmelding nr 23 «Bibliotek», står det i punkt 1.1, «Føremål» at bibliotek er møtested og arena som kan medvirke til å nå overordnede mål for kultur og kunnskapspolitikk. Det styrker demokratiet og ytringsfriheten ved å sikre kunnskap og informasjon til alle. Det skal også medvirke til økt leselyst og være et møtested og sosial arena for mange ulike grupper. (Meld. St. 23 (2008-2009), s. 11). Et bibliotek skal både inneholde spesifikke

informasjonskilder og tilby møter innenfor kulturell, sosial eller kunnskapsmessig art. Dette innebærer å være et fysisk møtested og en læringsarena som ivaretar kulturelt og demografisk mangfold (ibid).

Ifølge Statistisk Sentralbyrå har alle kommuner et bibliotektilbud og det føres statistikk over aktiviteten som utøves (SSB, 2020). Dette gjelder utlån av medier, bøker, lydbøker, musikk, film med videre. Utover dette kan bibliotekene gjennomføre aktiviteter som folkemøter, kurs og foredrag for befolkningen (Meld. St. 23 (2008-2009), s 23).

Flere peker på biblioteket som en av de viktigste lavterskel møteplassene vi har for sosialisering, ved at det forebygger ensomhet (Fuller-Gee, 2015). Derfor bør bygningen som rommer et bibliotek lokaliseres på det mest sentrale, attraktive og tilgjengelige sted som finnes, gjerne samlokalisert med andre funksjoner som folk har behov for (ibid). I et konkret prosjekt i Iveland kommune ble biblioteket flyttet vegg i vegg med kolonialbutikken, en kafè og frisør. I tillegg til å romme mange sitteplasser gjorde dette at møteplassen ble populær og godt brukt av alle aldersgrupper (ibid).

I en observasjonsstudie fra Oslo ble to lokalbibliotek vurdert til å være betydningsfulle som universelle velferdsinstitusjoner og møteplasser for danning av tillit mellom mennesker og mulig bidragsyter til sosial kapital. Bibliotekene fungerte både som oppholdssted og til skolearbeid – og de som besøkte bibliotekene hyppigst var de som ikke lånte bøker (Høimyr, 2009).

Bibliotek med tilhørende tjenester ble også ansett som en viktig arena overfor studenters psykisk helse og trivsel. Å kunne delta i vanlige samlinger, motta informasjon og kunne låne dedikerte møterom ble ansett som positive kvaliteter, i tillegg til at personalets aktive rolle kan ha noe å si for helheten (Cox, 2020). Bibliotek kan av mennesker med mentale utfordringer sees på som trygge lokaler som er åpne og innbydende i tillegg til å kunne være beroligende og nærmest ha en trøstende effekt på de besøkende (Brewster, 2015).

I lys av det overnevnte kan et bibliotek anses som en helsefremmende arena ved å tilrettelegge for sosialisering og kunnskapsutveksling i tillegg til å være gratis å benytte og således et lavterskeltilbud for befolkningen.

Kino

For å kunne vise frem film eller videogram i næring må en ha godkjenning/ løyve fra det stedlige kommunestyret (Kinoloven, 1987, § 2). En rapport som ble fremlagt for regjeringen i år 2000 beskriver hva det offentlige utvalget tenker om hvilken rolle kinoen i Norge skal ha (NOU, 2001). Foruten å være en naturlig plass i utviklingen av attraktive miljøer og møteplasser for handel, service og kultur, ser man at kinoer ofte etableres på steder hvor det allerede er andre og beslektede aktivitetsarenaer, som kulturhus, flerbrukshus med teater og musikk, med videre (ibid). Målet er å sikre et godt kinotilbud til hele befolkningen. Innen kulturbegrepet kan kinofilm være både underholdning og kunst og det vektlegges at det skal være mulig å vise filmer på steder der det ikke nødvendigvis er forretningsmessig regnskapssvarende å drive kino (ibid). Målsettinger som listes opp er blant annet at det skal tilrettelegges for kinodrift der det ikke er tilstrekkelig publikumsgrunnlag for kommersiell drift, at det skal være bredde i repertoaret på kinoene, at kinotilbudet er tilgjengelig for forskjellige befolkningsgrupper og tilgjengelig for flest mulig.

Private reisekinoer (bygdekinoer) har vært i drift fra 1948 og gått over til Norsk Bygdekino A/S fra 1980-tallet for å motvirke et «ukontrollert» privat kinotilbud i distriktene, men samtidig gi distriktene et fullverdig og godt kinotilbud. Dette fungerer den dag i dag hvor det pekes på betydningen som et innslag og samlingspunkt i det lokale kulturlivet. Kinobesøket i Norge anses som høyt i europeisk sammenheng som altså betyr at kinoene blir godt brukt. Det er mange kinosaler i Norge i forhold til innbyggertallet, og kun Sverige har flere pr innbygger i Europa. Det er både høy teknisk kvalitet på norske kinoer og god tilgang på filmer i Norge i forhold til Skandinavia. De fleste drives med negativ balanse, som innebærer at kommunene dekker en del av de årlige underskuddene (NOU, 2001).

I en gruppe med rus- og psykiske helsevansker var det å kunne delta i sosiale sammenhenger, som å gå med noen på kino, en begynnelse på noe nytt - og dermed en psykisk helsefremmende arena (Sælør, et al, 2019). Det ble laget en «Venneklubb» hvor støttekontakter tok med seg personer fra målgruppen på ulike aktiviteter, og den mest populære aktiviteten var å gå på kino. Det ga en mulighet til å møte andre, men samtidig ikke forpliktet deltakerne til å snakke så mye ettersom det forventes at man er stille under filmfremvisning. Til tross for dette opplevde deltakerne fellesskap og samhold hvor kinobesøket ble en inngang til videre sosiale sammenkomster, bekjentskaper og andre aktiviteter (ibid).

Svømmehall og idrettshall

I en studie om fysisk aktivitet i befolkningen ble det registrert oppslutning om de ulike typer aktiviteter. Det regnes som «mellomstore aktiviteter» i befolkningen dersom mellom 5 og 20 prosent av befolkningen deltar. Svømming lå her på 17,1 prosent, gymnastikk på 16 prosent, dans på 9,5 prosent og fotball på 9,1 prosent (Breivik, 2012). Dette er aktiviteter som kan gjennomføres i svømme- og idrettshaller, anlegg som blir bygget for aktiviteter relatert til vann og aktivitet i sal.

Det er et bredt evidensgrunnlag for at fysisk trening også motvirker sykdommer som ikke primært manifesterer seg som lidelser i bevegelsesapparatet (Sunnhedsstyrelsen, 2018). Blant 31 dokumenterte sykdommer som forebygges ved fysisk aktivitet er flere innenfor det mentale området, som angst, demens, depresjon og stress (ibid). Fysisk aktivitet gir velvære og overskudd og bidrar til å bedre både den fysiske og psykiske helsen. Fysisk aktivitet kan gi positive mestringsopplevelser, godt humør, overskudd til hverdagen, redusere stress, bedre selvbilde og selvtillit, bedre søvn, sosial fellesskap, bedre livskvalitet samt gi mindre angst og depresjon som er psykiske plager (Helsenorge, 2021).

I tillegg til å være arenaer for fysisk aktivitet regnes også denne type anlegg som møtesteder. Ulike typer idretts- og aktivitetsanlegg blir av mange innbyggere ansett som viktige møtesteder for befolkningen fordi det kan bidra til å styrke levekår og livskvaliteten for beboerne i området (Guttu, 2010). Møteplasser anses å kunne etablere og utvide inkluderende nettverk samt tilby ulike meningsfulle aktiviteter.

Butikker og andre servicetilbud

Begrepet service er opprinnelig engelsk og henger sammen med *servere*. Som oftest innebærer det en form for betjening av kunder eller tjenesteyting, eventuelt ettersyn og overhaling av motor på et kjøretøy (Språkrådet, 2021). Hva et servicetilbud i praksis innebærer avhenger av hvem man spør. Et kjøpesenter kan definere det som informasjonsskranke, eget postkontor, turistinformasjon, hittegods, utlån av rullestol, barnevogn, oppbevaringsbokser, nøkkel til ammerom, veibeskrivelse til minibank og gavekortautomater, egen systue, renseri, kode til gratis WIFI og senterets egen postkasse (Kvadrat, 2021). For en by eller et tettsted kan servicetilbud til besøkende omfatte

dagligvarehandel, bensinstasjoner, verksted, ladestasjon for elbil, ulike butikker, minibank, frisør, massasje og andre behandlinger, i tillegg til tømrestasjon for bobil og transportalternativer videre (Tydal kommune, 2021). For innbyggere i et boligområde vil et rikt tilbud av butikker i nærområdet settes pris på og gir en høyere score på bokkvalitet, herunder kino- og kafètilbudet (Schmidt, 2002).

Deler av befolkningen i Oslo og Trondheim har vurdert ulike kvaliteter i sitt boligområde. De var mindre fornøyd med tilbudet av butikker og spisesteder, begrunnet med for dyr eller dårlig gjesteparkering. Dermed dro de til andre steder for å handle enn å benytte tilbudet som lå i gangavstand (Schmidt, 2014). Dette innebærer at innbyggerne er opptatt av innholdet i - og bredden av butikker og andre servicetilbud. I salgsrapportene/ prospektene til de nye boligprosjektene ble det vektlagt at mange nye butikker, restauranter, kaffebarer og matbutikker har blitt etablert den siste tiden og at flere er på vei (ibid). Som servicetilbud som vurderes inn i bokkvaliteter på områdenivå er blant annet dagligvarebutikker, apotek, kiosk, bokhandel, frisør, legesenter og spisesteder. Slike fasiliteter som nevnt over blir ansett som positive for et område og er ettertraktet hos store deler av befolkningen.

Forhold som er viktig angående boliger for eldre peker ut det sosiale miljøet, tilgang til fellesarealer, nærhet til service, rekreasjonsmuligheter, kollektiv transport samt gode hjelpetjenester (Wågø, 2009). Mulighet for å treffe andre og opplevelsen av trygghet er kvaliteter som er av vesentlig betydning for å kunne bli boende i egen bolig når mobiliteten minker og omsorgsbehovet øker. Det kan legges til rette for gode bomiljø gjennom attraktive fellesarealer og møteplasser. Gode transporttilbud anses som viktige for å kunne ta del i andre aktiviteter og kulturtilbud i byen, som å oppsøke kino, restaurant, teater og liknende i nærheten. Beboere er ofte opptatt av avstand til servicetilbudene og det generelle kollektivtilbudet, da mange ikke orker å gå så langt (ibid).

Professor Louise Nystrøm fra Blekinge Tekniske Høgskola i Karlskrona hadde et innlegg på et seminar som omhandlet boligkvalitet og velferdsutfordringer, hvor hun viser til at i Sverige bor hver tredje person alene (Nystad, 2009). Hun mente det var viktig er å skape steder og sosiale møteplasser som kan motvirke ulempene som ensomhet kan føre til. Før 1945 bodde man lenger hjemme og flyttet ut når man fikk en partner. Deretter ble dette til en familie i løpet av kort tid, man jobbet lenge videre i livet og tiden som pensjonist var kort. I dag jobber man langt kortere, man lever lengre og familiesammensetningene er anderledes da mange utsetter å få barn og derav igjen blir mange enslige. Behovet for sosiale fellesskap og byliv

har dermed økt (ibid). Når butikker, restauranter, kafeer, kino og teater er rett i nabolaget kan boligene også bygges mindre og enklere. En fortettet by kan dermed gi mange fordeler. Bor man sentralt får man kort vei og sparer tid til sine gjøremål og man kan også spare miljøet ved kollektive transportmidler som erstatter bilbruk. Mange bor alene i lengre perioder av sitt liv. Disse går ofte ut for å være sammen med andre i et «pulserende byliv» (Nystad, 2009).

Servicetilbud kan også innebære apotek og lokale legetjenester og begge er viktige i helsetjenesten. Apotek har enerett til å selge legemidler og er pliktig til å gi legemiddelfaglig veiledning til brukere og foreskrivere av medisinske preparater (Apotekloven, 2000).

Kommunale helsetjenester er en lovpålagt oppgave som ved lovs form slår fast at alle kommuner skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og Omsorgstjenesteloven, 2011). Både apotek og legetjenester kan ha relativt innlysende påvirkning på den enkeltes helse gjennom medisiner og helsetjenester som enkeltpersoner måtte ha behov for.

En kunnskapsoppsummering har sett nærmere på sosiale relasjoner, samfunns- og individuell trivsel i samfunnet innen offentlige møteplasser/ samfunnsnav (som barselstreff/ barselkafè og liknende), arrangementer, nabolagutforming, med videre (Bagnall, A. et al, 2018). Det ble konkludert med moderate sammenhenger innen økt sosial tilhørighet ved å blande forskjellige sosiale grupper og/ eller generasjonsgrupper, øke sosial kapital og bygge tillit i samfunnet. I tillegg kan en oppnå bredere sosiale nettverk og samhandling innad i samfunnet og øke individets kunnskap og/ eller ferdigheter. Tilsvarende kan nabolagsutformingen påvirke positivt både følelse av tilhørighet og stolthet i et samfunn. Steds- og romintervensjoner som gir et fokuspunkt eller målrettet gruppeaktivitet kan også være nyttig i å fremme sosial tilhørighet mellom ulike grupper og overvinne barrierer som hindrer noen (spesielt marginaliserte grupper) fra å delta i aktiviteter, f eks fysisk aktivitet (ibid).

Anbefalingene til myndigheter og beslutningstakere om tiltak som synes å virke var å danne gode nabolag og vedlikeholde møteplasser, parker, publikumsområder, lokale butikker, med videre. Det pekes også på viktigheten av koblinger mellom fysisk miljø og sosiale forhold for muligheter til sosial interaksjon. Det var videre anbefalt å lage en miks innad i populasjonen med tanke på SØS (Sosial Økonomisk Status) og etnisitet. Uformelle pop up salg bør også fremmes, som torgsalg, bagasjeromssalg og gatefester. (ibid).

Respondenter i en undersøkelse fra 1995 ble spurt om en eller flere av følgende lokale fasiliteter var til stede i gåavstand i deres nabolag: legetjeneste, tannlege, apotek, postkontor,

offentlig telefontjeneste (telefonkiosk), offentlige idrettsanlegg, offentlig park, dagligvarebutikk, vaskeri, pub og bank. De målte samtidig helse til respondentene og ikke uventet var det generelle funnet at innbyggere med høyest SØS også hadde de mest positive opplevelsene av nærhet til fasiliteter og tilfredshet med nabolagsmiljøet (Sooman, 1995).

Flere studier peker på at kroniske stressorer, også kalt hverdagsutfordringer (eng: Daily hassles) kan gi en negativ effekt på psykisk helse. Slike utfordringer kan være alt fra mindre irriterende hendelser (for eksempel nabostøy) til mer seriøse hendelser (sosialt press for å utføre en handling) (Miller, 2005).

Butikker og andre servicetilbud kan underbygges som elementer befolkningen etterspør til sitt nærmiljø. Har innbyggerne lett tilgjengelighet til disse tilbudene bruker de mindre tid på å gjøre unna ærender og gjøremål tilknyttet disse. Dels er dette samtidig møteplasser både for planlagt og tilfeldig sosial omgang og treff for ulike grupper som kan bidra til økt styrking av psykisk helse og trivsel. Oppsummert kan ulike servicetilbud optre som fremmer av psykisk helse, spesielt for enslige.

Kollektivtrafikk – offentlig transport

En undersøkelse fra England studerte nærmere sammenhengen mellom hyppig bruk av kollektivtrafikk og mental helse (Feng et al, 2017). Over 30 000 deltakere inngikk i undersøkelsen og de som rapporterte om en utmerket opplevelse av kollektivtilbudet hadde 1,29 ganger mer sannsynlig for å fortsatt benytte offentlig transport enn de som hadde en dårlig opplevelse (ibid).

I Italia deltok 900 000 innbyggere i en studie om sammenhengen mellom infrastruktur i ulike bymiljøer og boligområder og adgang til kollektivtransport. Den psykiske helsen ble målt ved inntak av antidepressive medisiner som indikator (Melis, 2015). Et resultat var at et godt kollektivtilbud syntes å ha en viktig beskyttende faktor for psykisk helse og funnene var signifikante for kvinner i alle aldre og noen aldersgrupper av menn (ibid).

Tilgang til transportmidler anses som viktig både for å få og beholde en jobb, utføre daglige aktiviteter og opprettholde sosiale- og samfunnsforbindelser (Faulkner, 2012).

Befolkningsgrupper som rapporterte om dårligst tilgjengelighet til kollektivtilbudet var ofte folk som bor på avsidesliggende steder, offentlige leietakere, personer med lavere inntekt,

eldre mennesker og de som ikke var dyktig i hovedspråket. De med dårligere helse rapportere om dårligere tilgang til transport enn de med bedre helse (ibid).

Å ha tilgang til offentlig transport kan se ut til å være en viktig faktor innen livskvalitet og levekår for befolkningen, spesielt utsatte grupper, som ikke har tilgang til egne transportmidler/ motoriserte kjøretøy, har dårligere råd, er enslige og de med helseutfordringer.

2.3 Problemstilling

Det er påvist sammenhenger mellom tilgang til grønt områder og menneskers helse, men sammenhenger mellom andre nærmiljøfaktorer som servicefasiliteter og helse er mindre undersøkt. I min masteroppgave er målet å undersøke om det er en sammenheng mellom tilgang til butikker, spisesteder og generelt andre servicetilbud i ens nærområde og selvopplevd psykisk helse og trivsel, blant den voksne befolkningen over 18 år i regionen «Troms og Finnmark fylke».

Følgende problemstilling ønskes derfor besvart:

Har tilgang til fasiliteter og andre servicetilbud en sammenheng med selvopplevd psykisk helse og trivsel?

Jeg etablerer videre to hypoteser tilknyttet problemstillingen.

Hypotese 0: Tilgang til fasiliteter og andre servicetilbud har ikke sammenheng med selvopplevd psykisk helse og trivsel

Hypotese 1: Tilgang til fasiliteter og andre servicetilbud har sammenheng med selvopplevd psykisk helse og trivsel.

3. Teoretisk referanseramme

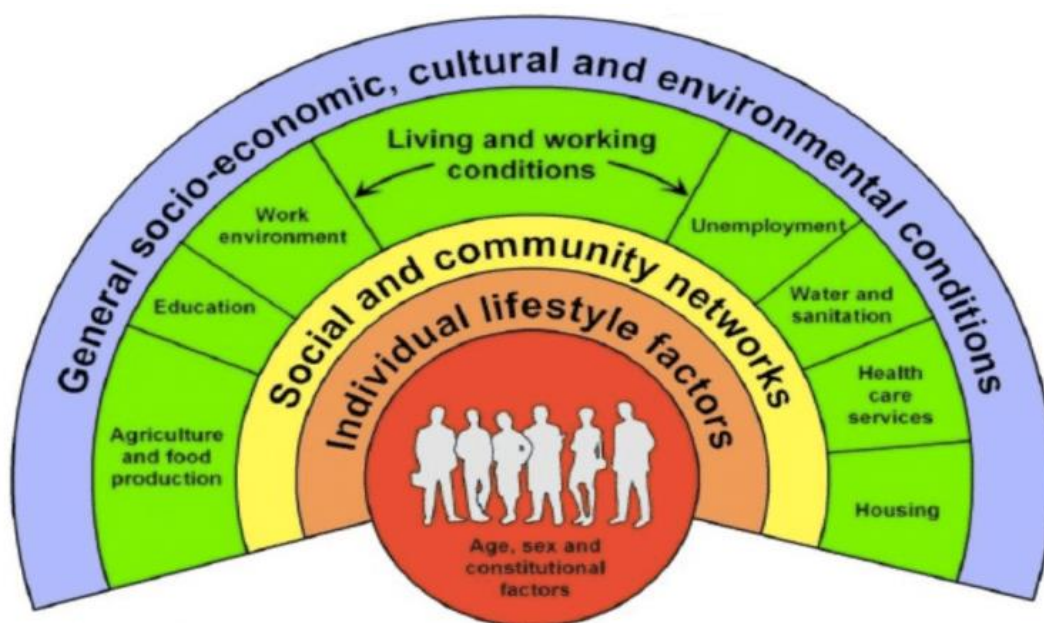
For å få et innblikk i om fasiliteter kan påvirke trivsel og psykisk helse i befolkningen vil jeg i dette kapitlet vise til noen teoretiske perspektiver og definisjoner som kan belyse en slik

eventuell sammenheng. De valg av teori jeg gjør er betydningsfullt for å sette oppgaven i rett kontekst og for å forstå og kunne analysere mine funn.

3.1. Helsemodeller

Jeg har tatt for meg to ulike modeller som ser nærmere på helse og ulike sammenhenger i samfunnet. «Samfunn» kan forklares som en gruppe mennesker med felles kjennetegn eller interesser. Samfunn kan defineres av geografisk beliggenhet, rase, etnisitet, alder, okkupasjon, en felles interesse eller tilhørighet (religion, tro) eller andre vanlige bindinger, som helsebehov eller ulempe. Sosialt isolerte mennesker anses også som en samfunnsgruppe (National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Modellen til Dahlgren og Whitehead er gjengitt en rekke steder som en forklaringsmodell over helsedeterminanter som påvirker helse.



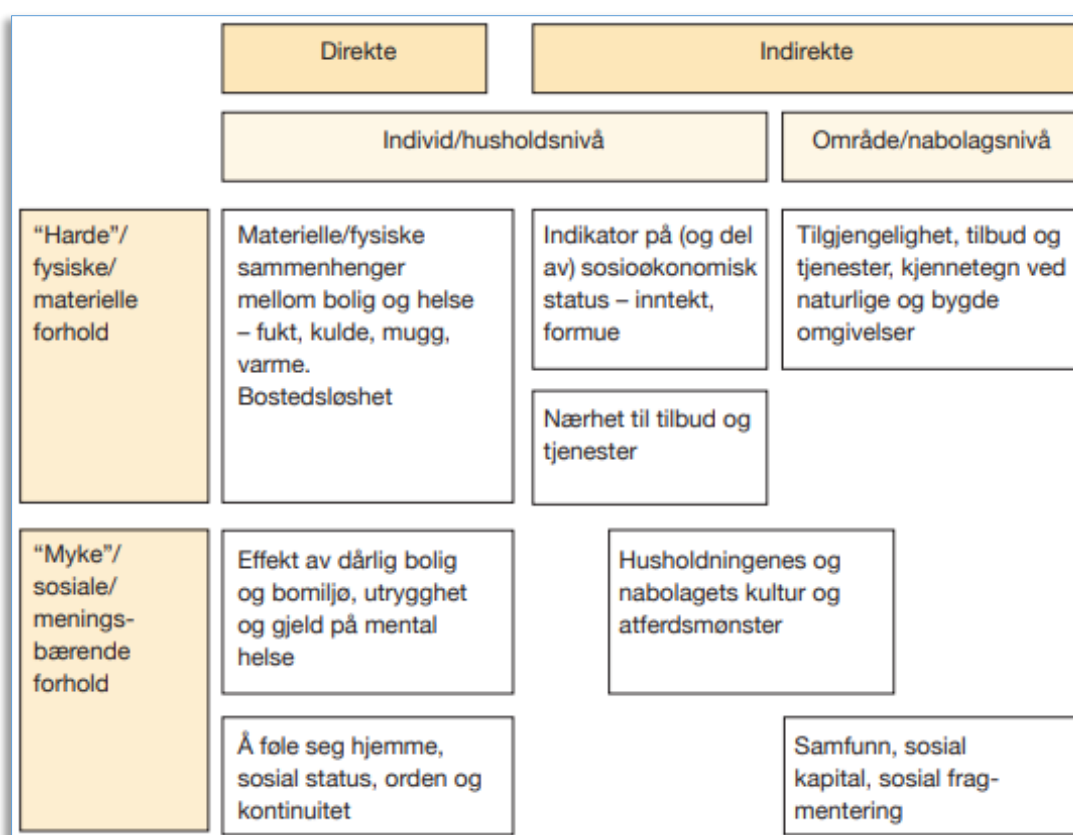
Figur 1, «The main determinants of health», Dahlgren & Whitehead, 1991

Modellen illustrerer at helse genereres på flere nivå. Ytterst finner man de generelle nivåene med sosioøkonomiske -, kulturelle og miljøbetingede faktorene i samfunnet. Disse kan enkeltindivider i liten grad påvirke alene. I neste «ring» beveger man seg litt nærmere det individuelle plan med oppvekst – og levekårsforhold, herunder utdanning, arbeidsmiljø, vann og sanitærsituasjon, med videre. Neste nivå omhandler de sosiale nettverkene til den enkelte,

før man innenfor finner de individuelle livsstilsfaktorene - hvordan den enkelte lever sitt liv. Helt innerst finner man de unike individuelle egenskapene, som kjønn, alder og arvelighet.

I min oppgave er det først og fremst de ytterste ringene som er relevant å se oppgaven i sammenheng med angående lokal – og nærmiljøet, og mindre av de individuelle livsstilsfaktorene og egenskapene. Det vil i større grad handle om sosiale nettverk og oppvekst/ levekårsforhold i miljøet rundt individene.

En annen modell som illustrerer hvordan fasiliteter og servicetilbud kan påvirke helse har blitt laget av Shaw i 2004.



Figur 2, Direkte og indirekte/ harde og myke måter bolig kan påvirke helse på, (Grønningsæter, 2011 – etter Shaw 2004).

Servicetilbud og fasiliteter vil etter modellen til Shaw være helseindikatorer som påvirker individer indirekte, gjennom områdenivå. Her finner man tilbud og tjenester i bygde omgivelser under det som betegnes som «materielle forhold». Innenfor de sosiale forholdene

viser figuren at omgivelsenes atferdsmønster, samfunnet rundt og den sosiale kapital er påvirkningsfaktorer for helse.

3.2 Opplevelse av sammenheng

Sosiologen Aaron Antonovsky er kjent for forskning på stress, helse og velvære og ga liv til begrepet «salutogenese» som oversatt til norsk fokuserer på hva som fremmer god helse og gir et individ økt mestring og velvære (Lønne, 2019). Antonovksy mente at salutogenese er en dynamisk og alltid eksisterende følelse av selvtillit som formes ut fra en opplevd forutsigbarhet skapt av de interne og eksterne miljøer en utsettes for (Antonovsky, 1979). Modellen han lagde omhandler livserfaring som vil forme en persons opplevelse av sammenheng. Dette kan bidra til å mobilisere ressurser som kan takle stressfaktorer og håndtere motstand på en god måte. En persons «motstandskraft» kan plasseres på en glideskala og variere mellom ytterpunktene «sykdom» og «ikke sykdom» (Mittelmark, 2017).

Salutogenese fokuserer mer på hva som skaper helse i stedet for hva som skaper sykdom og risikofaktorer. I en persons tankesett vil de psykososiale stressfaktorene og motstandsressursene enten gi et resultat av at personen takler situasjonen man er i – og dette igjen former opplevelsen av sammenheng (eng: sence of coherence). På den andre siden kan det gi en opplevelse av kaos og videre uhelse dersom stressorene overstiger personens motstandsressurser (ibid). Salutogenesemodellen lister opp en rekke ulike generelle motstandsressurser som kan virke styrkende på et individ, gruppe eller samfunn. Dette kan være materielle ressurser, kunnskap, mestringsstrategier, forpliktelser, kulturell stabilitet, religion med videre. Antonovsky skilte mellom de generelle og spesielle motstandsressurser. De spesielle brukes i dedikerte situasjoner og kan være profesjonaliserte tjenester, som akuttmedisinsk nødtelefon eller forsikringsselskapers vaktordning med veihjelpstjeneste. (Mittelmark, 2017).

Motstandsressurser er relevant tilknyttet min oppgave da gode og helsefremmende nærmiljø kan være styrkende for helsa. En motstandsressurs, (god) sosial støtte, kjennetegnes av at en person mottar kjærlighet og omsorg, blir aktet og verdsatt og at vedkommende tilhører et sosialt nettverk og fellesskap med gjensidige forpliktelser. Det motsatte av god sosial støtte kan være ensomhet (Cohen, 1985). Sosial støtte kan inntre som følelsesmessig støtte (fra familie og venner), bekreftende støtte (venner, kollegaer), informerende støtte (rådgivning og

anbefalinger, ofte fra organisasjoner og det offentlige) og instrumentell støtte (praktisk eller økonomisk hjelp, fra det offentlige og instanser utenom familie) (ibid).

Det en har med seg inn i situasjoner er altså de generelle motstandsressursene, bygget opp gjennom livserfaringer mottatt på kort og lang sikt. Oppfattelse av et psykososialt stress kan bestå av alt fra å oppleve en ulykke, få gjenfortalt en historie med sterke inntrykk, frykt, aggresjon eller andre kriser eller konflikter i sosiale relasjoner (Mittelmark, 2017). Modellen peker ut 5 utveier i en slik stressituasjon. Enten unngå den, definere den som ikke stressende eller man vil forsøke å takle situasjonen. Ved siste alternativ gjenstår to varianter – innta en avventende holdning (fryser) eller overvinne stressoren. På dette spenningspunktet vil utfallet enten bli løst på en suksessfull måte eller ikke. Ved en ikke suksessfull løsning vil en oppleve stress – langs glideskalaen for sykdom/ ikke sykdom (ibid). Løses situasjonen på en suksessfull måte vil en kunne oppnå en opplevelse av sammenheng – «sence of coherence». En sterk opplevelse av sammenheng muliggjør for en person å «takle» enhver situasjon og tilpasse ressursene som behøves (Antonovsky, 1996). Opplevelse av at situasjoner kan være strukturerte, håndterlige og ha en meningsfull sammenheng reflekter slik sett både en persons syn på livet og kapasiteten til den enkelte på å takle stressfulle situasjoner (Koelen, 2017).

Ved å oppsøke nærmiljøet sitt med tilhørende gode og varierte fasiliteter kan en i større grad oppleve støtte fra andre i sitt hverdagsstress og opplevde hendelser, likt som øvrig samfunn og nabolag. Dette kan utgjøre viktige rammer for helsefremming, og dermed støttende motstandsressurser. De er spesielt effektive for å oppmuntre sosiale prosesser som kan skape våre livs-sjanser og fremme helse og trivsel (Vaandrager, 2017). En samfunnssetting krever et sted å bringe folk sammen, noe som kan være nærområdet eller en fellessak. Som lokalitet er disse bundet av geografiske grenser og defineres av personer eller organisasjoner utenfor dette samfunnet med delte problemer og behov (Biddle & Seymor, 2012). God psykisk helse kan fremmes av opplevelse av sosial tilhørighet og sosial støtte, og har man mindre sosial støtte øker ofte andelen med psykiske helseutfordringer. (Helsedepartementet, 2015; FHI, 2015).

3.3 Sosial kapital

Sosiale ressurser, eller sosial kapital, kan defineres på flere måter. En kjent amerikansk statsviter, Robert Putnam, tok for seg sosial kapital og mente at dette består av tre deler: Summen av nettverk, tillit og normer- som alle understøtter kollektiv handling (Putnam,

1993). Han var opptatt av at befolkningen tidligere møttes på sosiale møteplasser for ulike aktiviteter, som bowlinghaller, men at man nå sjelden ser en like stor oppslutning til slike arenaer, delvis grunnet større tidspress i hverdagen (Aarsæther, 2019).

Med nettverk mente han at mennesker har en aksept for å danne uformelle samarbeid, selv om de kan være svake og på tvers av interessegrupper. Med god tillit hadde Putnam et syn på at mennesker mente at «folk flest er til å stole på» (ibid). Dersom det er høy andel av borgere som har stor tillit til andre mennesker og medborgere får gruppen en «høy skår». Dette kan også bygge på normer om gjenytelse, man forventer at en stiller opp når man er medlem i en organisasjon, i et lag eller forening, evt på dugnad for borettslaget, med videre (Aarsæther, 2019). Sosial kapital kan både gi tillit innad i grupper (fotballagssupportere, religiøse grupper) men kan også fungere som brobygger mellom borgere fra ulike sosiale og kulturelle miljøer som bidrar til tillitsbygging på tvers av ulike grupper (Norges forskningsråd, 2005).

Når både tillit, normer og nettverk samles gir dette en gruppes medlemmer sin «sosiale kapital», hovedsakelig som gruppe, men også ned på enkeltpersonnivå. Den sosiale kapitalen kan understøtte en gruppes evne til å løse felles problemer og kan sees på som en egenskap ved en gruppe, en befolkning, en bydel, et kommunesamfunn evt en region (Aarsæther, 2019).

Sosial kapital kan sees på som det sivile samfunnets evne til å utvikle tillitsfulle relasjoner mellom borgere og videre styrke fellesskapets evne til å løse kollektive problemer og utfordringer (Norges forskningsråd, 2005). Det er også konkludert med at personer som bor i nærmiljø hvor det er tilrettelagt for å bevege seg til fots har mer sosial kapital enn personer som bor i områder tilpasset bilbruk. Dette ble begrunnet med at gående blir mer kjent med naboene, har høyere tillit til hverandre og blir mer sosialt engasjerte (Leyden, 2003). Studier viser også at det er en positiv sammenheng mellom fysisk utforming i nabolag og nærmiljø og sosial kapital. Arealplanlegging kan være en viktig faktor for å skape tillit, gode sosiale relasjoner mellom de som bor og oppholder i disse nærmiljøene (Bergem, 2019; Leyden, 2003).

Om servicetilbud og sosial bærekraft

At et lokalsamfunn er sosialt bærekraftig innebærer at det er preget av tillit, trygghet og tilhørighet mellom innbyggerne og at det er tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljø (FHI, 2020). Med tilhørighet forstår man tilknytning til andre mennesker eller steder, for eksempel fellesskap gjennom tilrettelagte levende sentrum, deltakelse i frivillige

organisasjoner og samfunnsaktiviteter. I Norge har vi også høy grad av tillit til mennesker og myndigheter sammenliknet med andre land. Dette gjelder hvordan vi forholder til naboer og medmennesker, at kommunen tilbyr tjenester vi trenger, økonomisk trygghet gjennom velferdsstanden med videre (ibid).

På spørsmål om hva som er de viktigste bokkvalitetene på områdenivået svarte mange nærhet til kollektivtrafikk, trivelige gater og plasser, samt nærhet til butikker og servicetilbud (Schmidt, 2015). Gode tilknytninger av turstier og veiarealer for gående og syklende til for eksempel kollektivknutepunkt la mer til rette for økt bruk av kollektivtrafikk - som ble sett på som et gode, mens de største utfordringene samtidig var økt støy fra trafikk og utelivet. Når utbyggingsavtaler skulle inngås var de fremste kravene at utbyggeren også realiserte kommunenes ønsker og behov for hotell, kino, lokaler til bibliotek og boliger (ibid).

En mulig beskyttelsesfaktor for psykisk helse er om omgivelsene i nærområdet innbyr til å gå eller sykle på sine nærturer. Folk vil velge slik aktiv transport i større grad dersom virksomheter som privat og offentlige tjenester ligger langs slike ruter, i tillegg til at de er tilknyttet kollektivtrafikken, at gang- og sykkelveier henger sammen og om grøntområder er tilknyttet (Helgesen, 2015).

Viktige tjenester for befolkningen må ligge lokalisert i nærheten av der vi bor og oppholder oss (Fuller-Gee, 2015). Det omvendte kan, spesielt for ressursvake grupper, oppleves som en form for sosial og økonomisk diskriminering. Dette igjen kan føre til økt fysisk passivitet og mer overvekt. Første etasjer i leilighetsbygg bør inneholde fasiliteter som kafèer, restauranter, butikker, barnehager, skoler og arbeidsplasser – da mange ønsker å bo i nærheten av – eller på toppen av slike service- og aktivitetstilbud (ibid). Om man lykkes med å samlokalisere slike funksjoner kan det bidra til å styrke den sosiale kapitalen i et nabolag, og ergo virke positivt inn på den psykiske helsen. Samtidig kan slike urbaniseringstrekk også føre til økt helserisiko med økt luftforurensing, støy og manglende tilgang til grøntområder.

3.4 Refleksjon og oppsummering

God helse og livskvalitet, herunder psykisk helse og trivsel, påvirkes gjennom blant annet miljø og sosiale forhold (FN, 2021). Sosiale nettverk, også gjennom lokal- og nærmiljøer, defineres som påvirkningsområder for menneskers helse (Dahlgren, Whitehead, 1991). Dette

kan skje både direkte, men kanskje i størst grad indirekte, både gjennom strukturelle og sosiale forhold i nærmiljøet vårt (Shaw, 2004). Disse forholdene kan når de har en gunstig sammensetning gi individer motstandsressurser og dermed en bedre opplevelse av at ting henger fornuftig sammen når en opplever stressrelaterte hendelser i livet sitt. Dette gir en større sannsynlighet for å løse slike forhold på en god måte, som igjen virker helsefremmende for den enkelte og på gruppenivå (Mittelmark, 2017). Samtidig bør det være akseptert å benytte fasiliteter alene – som å gå på kino eller biblioteket, uten å havne i kategorien ensom. Det kan fint skilles på å ønske seg egentid uten at det blir uønsket ensomhet.

Nærmiljøet kan være en god arena for å finne sosial støtte og derav styrkende elementer for sosial kapital. Dette kan bidra til økt tillit, styrkende nettverk og felles aksepterte og gjensidig forpliktende normer (Norges Forskningsråd, 2005). Å samhandle med venner rundt et bord før en film eller i en pause under en treningsøkt – kan være det pusterommet hvor neste sosiale sammenkomst planlegges, for eksempel et vennelag, hyttetur eller neste trim/ kinoøkt. Når man oppnår tilhørighet i slike nettverk er det også lettere å åpne seg opp for sine hverdagsutfordringer og spørre sine bekjente til råds.

4. Metode

I dette kapitlet forklarer jeg valg av metode og fremgangsmåte som jeg benytter i arbeidet med å besvare problemstillingen min. Jeg har benyttet data fra to ulike kilder, Fylkeshelseundersøkelsen i Troms og Finnmark 2019 og mine egne data som jeg har samlet inn angående lokalisering av fasiliteter.

4.1 Tverrsnittstudie

Grovt deler man inn forskningsmetoder i kvalitative og kvantitative metoder. Den første typen benyttes når man ønsker å gå i dybden på personers opplevelser, erfaringer, handlinger og holdninger (Sverdrup, 2020). Min problemstilling «Har tilgang til fasiliteter og andre servicetilbud en sammenheng med selvopplevd psykisk helse og trivsel?» er i større grad et generelt spørsmål som søkes avklart og ikke i like stor grad befengt med den enkeltes oppfatning rundt spørsmålet. Spørsmålet egner seg godt til å bli besvart av mange

respondenter med sine handlinger, holdninger og ytringer – og disse dataene bør systematiseres med statistiske metoder og kunne gjøres generaliserbare gjennom det som kalles kvantitativ metode (ibid).

Studiedesignet for oppgaven er en tverrsnittstudie, en metode som benyttes for å samle informasjon på en organisert måte i en definert populasjon på et gitt tidspunkt (Nordtvedt, 2016). Tverrsnittstudier kan ikke si noe sikkert om årsaksforhold, men brukes for å si noe om forekomst og sammenhenger. Jeg benytter to datasett i oppgaven min, en fylkeshelseundersøkelse gjennomført av Folkehelseinstituttet og data jeg selv har samlet inn fra hver kommune i Troms og Finnmark. Jeg har videre koblet sammen disse to datasettene for å få frem forekomst av fasilitetene beskrevet tidligere. I tillegg vil jeg benytte GIS (Geografiske Informasjons Systemer) for å visualisere fordelingen av trivsel og psykisk helse og forekomst av fasiliteter i kartet.

Fylkeshelseundersøkelsen bestod av et digitalt spørreskjema med faste svaralternativer hvor det blant annet ble stilt spørsmål tilknyttet de aktuelle temaene som er presentert og drøftet nærmere i problemstillingen til min oppgave.

4.2 Utvalg

Fylkeshelseundersøkelsen ble gjennomført av FHI i 2019 og sendt ut til et tilfeldig utvalg informanter fra Folkeregisteret på 59 500 personer, (Troms: 35 700, Finnmark: 23 800). Disse ble igjen kontrollert mot Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) (Skogen, 2019).

Kontrollen sorterte ut de som ikke var registrert bosatt i regionen lenger og de som hadde reservert seg mot å delta i slike undersøkelser. Tallet ble etter dette redusert til 52 876 (Troms: 31 753, Finnmark: 21 123). I neste prosess fjernet man vekk de som ikke hadde unik e-post, mobilnummer, var døde eller ikke hadde registrert adresse i Troms og Finnmark. Det endelige tallet for undersøkelsen ble til slutt 50 066 – som fikk tilsendt invitasjon til å delta (ibid).

I tillegg til å bli invitert digitalt via elektronisk mail til å besvare undersøkelsen var respondentene også nødt til å fullføre det digitale spørreskjemaet og bekrefte innsendingen – for at det skulle registreres. De som ble invitert til å delta i undersøkelsen var voksne fra 18 og år og eldre, og med bostedsadresse i Troms og Finnmark fylke. Besvarelsesandel utgjorde 43,5 % og utgjorde 21 761 personer. Deltakelse fra hvert område varierte mellom 39,3 % (Vest-Finnmark) til 48,4 % (Tromsø området). Av disse var litt over halvparten kvinner, 54,5

% . Gjennomsnittsalderen utgjorde 46,8 år og halvparten oppga at de hadde høyere utdanning (universitet eller høyskole) (ibid).

4.3 Datainnsamling

Det er som nevnt to datasett i oppgaven, fylkeshelseundersøkelsen og mine egne data som innebærer oversikt over de ulike fasilitetene innen hver kommune/ postsoner.

Fylkeshelseundersøkelsen ble gjennomført mellom 28 mai til 14 juni 2019. Årstallet blir derfor utgangspunktet til data jeg søker opp selv for et best mulig sammenlikningsgrunnlag.

Mine egne data har jeg hentet inn januar – februar 2021. Gjennom Google maps hentet jeg ut denne informasjonen for hver kommune gjennom karttjenesten som tilbys gratis på internett.

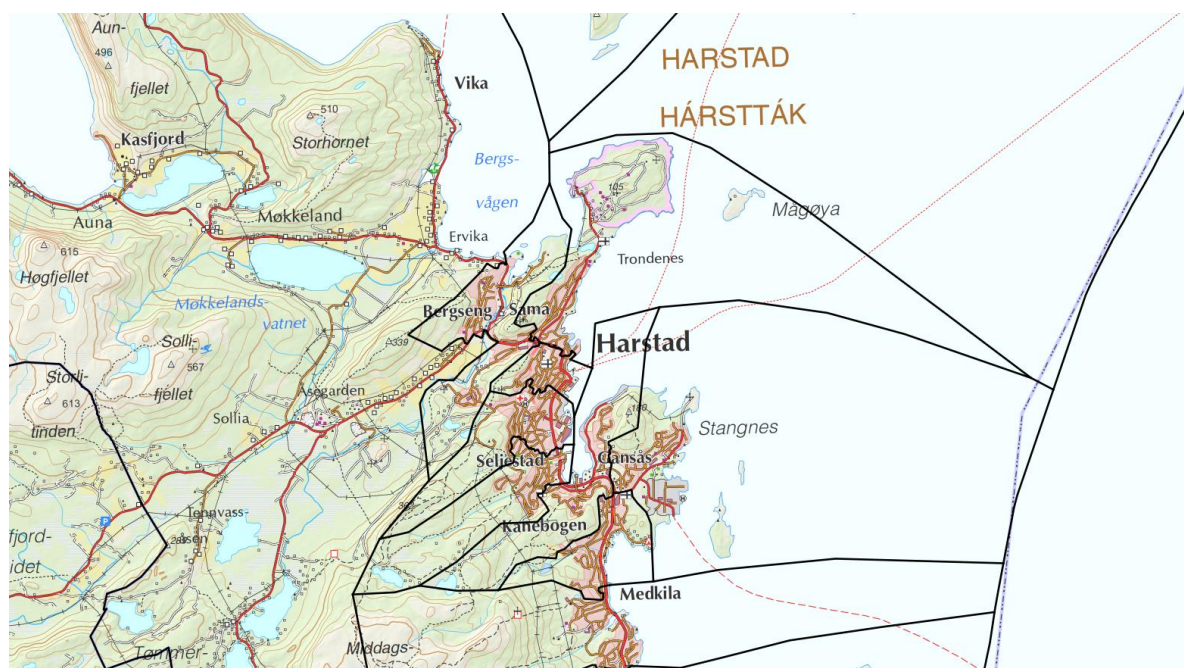
På informasjonssiden til Google opplyses det om at innholdet på siden kommer fra ulike kilder. Dette bygger på informasjon som er offentlig tilgjengelig på internett, fra deres samarbeidspartnere og fra brukerne av tjenesten. Søkeresultatene blir dog ikke påvirket av betalinger fra andre selskaper, men brukerutformes til å vise det man er på utkikk etter. Det temaet man søker på (f eks spisesteder, kolonialer) vil finnes visuelt som små røde knappenåler i kartet (Google, 2021).

Jeg lagde en oversikt for hver kommune og kartla disse geografisk gjennom å søke gjennom hver kommune i kartet. For alle ble det notert ned antall butikker, kolonialer, spisesteder, apotek, osv. Disse ble så oppdelt på postsoner. Holdeplasser for buss er et eget kartlag som jeg fikk tilsendt fra Troms og Finnmark fylkeskommune. Jeg kontrollerte informasjonen med hver kommunes hjemmeside samt at jeg gjennomførte et telefonintervju med serviceavdelingen i hver kommune, strukturert som en uformell samtale uten egen intervjuguide. Resultatet ble lagt inn i tabellen med antall fasiliteter for hver kommune.

Fylkeshelseundersøkelsen ble sendt som en lenke via elektroniske postadresser (mail) til alle de utvalgte deltakerne. Besvarelsene skulle også gjøres elektronisk for eksempel via en datamaskin, nettbrett eller mobiltelefon. Temaene undersøkelsen ønsket å dekke var blant annet psykisk helse, helse relatert atferd, sosialt miljø og nærmiljø, samt livskvalitet (Skogen, 2019). Selve undersøkelsens spørreskjema kan leses mer om på websidene til FHI.

4.3.1 Adresse

Adresse er viktig for å kunne fastslå hvor i regionen informanten som har svart bor. Gateadresse blir identifiserende for den enkelte mens adresse på kommunenivå er for unøyaktig. Informantenes postnummer ble derfor valgt som løsning. Hver kommune har flere postnummer og jo mer folkerik jo flere postnummer er opprettet som dekker sine geografiske områder. Postnummer deles opp i flere kategorier (B: gateadresser og postbokser, F: Flerbruksområder, G: Gateadresser, P: Postbokser og S: Servicepostnummer) – der det er postnummer tilknyttet gateadresser som er benyttet i denne oppgaven (Bring, 2020).



Figur 3, postsoner Harstad by/ kommune.

4.4.1 Variabler

Innenfor variabler skiller jeg i det videre på fasilitetsvariabler (forklaringsvariabler) og helsevariabler.

Forklaringsvariabler (fasiliteter) og responsvariabler (trivsel og helse)

Fasiliteter

Fasilitetsvariabler omfatter kino, bibliotek, svømmehall, idrettshall, kolonialbutikk, andre butikker (kalt butikk) og spisested. Innenfor offentlig transport sorterte jeg fasilitetene i flyplass, fergeruter, hurtigruteanløp, hurtigbåtruter og bussanløp. Hver fasilitet er geografisk plassert et sted og er derfor også innenfor en postzone. Dette inngikk i dataoversikten. Det innebar at noen postsoner har 0 stk av enkelte fasiliteter (for eksempel kino), andre kan ha flere av hver type (for eksempel spisesteder). I større byer og tettsteder er det mange fasiliteter av hver type og da sorterte jeg dem i større grupper, som 0, 1-10, 11-20 og så videre. For busstopp registrerte jeg om det er minst et busstopp i postsonen, ikke hvor mange busstopp totalt.

Trivsel

I fylkeshelseundersøkelsen ble respondentene stilt spørsmålet «I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt». De fire svaralternativene var «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad» og «ikke i det hele tatt», disse ble kodet med en tallverdi fra 1-4, hvor 1 tilsvarte «i stor grad».

Psykiske plager (HSCL-5)

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5) ble benyttet som mål på psykiske plager. Dette omfatter 5 spørsmål:

- «I hvilken grad har du vært plaget av nervøsitet eller indre uro den siste uken»?
- «I hvilken grad har du vært plaget av redsel eller engstelse den siste uken»?
- «I hvilken grad har du vært plaget av en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden den siste uken»?
- «I hvilken grad har du vært plaget av nedtrykthet eller tungsindighet den siste uken»?
- «I hvilken grad har du vært plaget av bekymring eller uro den siste uken»?

Alle spørsmål hadde svaralternativene «ikke plaget» (1 poeng), «litt plaget» (2 poeng), «ganske mye plaget» (3 poeng) og «veldig mye plaget» (4 poeng). Jeg lagde en

gjennomsnittsscore på tvers av de fem spørsmålene som ga en verdi mellom 1-4. Jo høyere skår indikerer høyere grad av psykiske plager (Skogen 2019).

4.5 GIS data

Det ble i oppgaven benyttet GIS data som ble koblet til datafilene fra FHI for å visuelt fremstille forekomsten av trivsel/ psykisk helse og de ulike fasilitetene. Dette er presentert i figurer i resultatdelen. Kartlagene som ble benyttet var topografiske rasterkart og Basisdata 54 for Troms og Finnmark som ble lastet ned fra GeoNorge sin nettside (Geonorge, 2021). Rasterkartet tegner opp nøyaktig hvor kommunegrenser går og Basisdata er et vanlig bakgrunnskart som viser geografiske steder, veier, sjø og land. Vi lastet ned og tilpasset data om befolkningstall og postnummersoner for hele Norge. Disse ble koblet slik at postnummersonene inneholder det riktige befolkningstallet innenfor fylket som oppgaven tar for seg.

4.6 Lett tilgjengelige fasiliteter

Gjennom Fylkeshelseundersøkelsen for Troms og Finnmark 2019 er respondentene stilt spørsmål om de aktuelle temaene som er presentert og drøftet i problemstillingen, herunder om de opplever at ulike fasiliteter og servicetilbud er lett tilgjengelige (Skogen, 2019). Respondentene ble spurt om kultur- og idrettstilbud (som omfatter kino, bibliotek, svømmehall, idrettshall) er lett tilgjengelig og kunne velge svaralternativene «svært god», «god», «verken god eller dårlig», «dårlig», «svært dårlig» eller «vet ikke». Resultatene ble fordelt mellom de 7 geografiske områdene FHI hadde delt undersøkelsen inn i. De som rapporterte om god eller svært god tilgjengelighet for kultur- og idrettstilbud lå mellom 56,8 prosent (Nord-Troms) til 82,5 prosent (Vest-Finnmark). Gjennomsnittet for hele regionen ligger på 75,42 prosent (ibid).

Samme spørsmål om tilgjengelighet ble stilt om «butikker, spisesteder og andre servicetilbud». De som her rapporterte om god eller svært god tilgang lå mellom 65,7 prosent (Nord-Troms) og 86,3 prosent (Vest-Finnmark). Andelen for hele utvalget var 80,49 prosent (ibid).

Det tredje området som ble undersøkt for lett tilgjengelighet var offentlig transport. God eller svært god tilgang utgjorde fra 17,7 prosent (Midt-Troms) til 58,3 prosent (Tromsø-området), med en andel for hele området på 39,22 prosent (Skogen, 2019).

Disse spørsmålene og rapporteringen fra fylkeshelseundersøkelsen var innledningsvis en del av oppgaven min, men ble tatt ut da oppgaven ble for omfattende. Disse resultatene benyttes nå i diskusjonsdelen av oppgaven.

4.7 Personvern

Personvernregler og bestemmelser rundt dette er meget viktig å ta hensyn til i forskningssammenheng. Helsinkierklæringen inneholder veiledende regler for de som driver forskning på mennesker og hvor formålet er å beskytte forsøkspersonene mot farer og uetiske inngrep. Blant annet handler dette om tilstrekkelig informasjon om både formål og metoder, samt at de fritt kan trekke seg fra undersøkelsen når de ønsker (Molven, 2020).

I fylkeshelseundersøkelsen ble respondentene forklart om lagring av opplysninger i et eget punkt i skjemaet innledningsvis, kalt «Samtykke». Folkehelseinstituttet forhold seg videre til de regler som gjelder angående personvern og lagring av dette. Den enkelte måtte i skjemaet krysse av på «Ja» under spørsmålet «Jeg samtykker/ godkjenner at opplysningene jeg har gitt, kan brukes i samsvar med ovennevnte».

Norsk senter for forskningsdata (NSD) ga tillatelse til at NMBU kunne be om de data jeg har med i min oppgave fra Folkehelseinstituttet. Data som ble oversendt fra FHI til NMBU og videre til meg var alle krypterte med egne passord. Filene på datamaskinene ble også kodet tilsvarende. Etter bruk vil datafilene slettes og senest innen januar 2023.

Vi har videre valgt å avstå fra å be om etnisk tilhørighet da vi innser at dette kan innebære større muligheter for identifisering av for eksempel samisk- eller kvenskspåklige i regionen da dette er mindre befolkningsgrupper.

5. Statistisk analyse

5.1 Analyse

I oppgaven har jeg satt sammen fasilitetsvariablene og helsevariablene i krysstabeller, som bidrar til at arbeidet med analyse av kontinuerlige data blir oversiktlig og håndterbart (Gutt, 2016). Til dette benyttet jeg programmet og analysepakken JMP som er et digitalt statistikkverktøy fra SAS Institute Inc, og SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), et annet tilsvarende dataprogram for statistiske beregninger. Signifikansnivået ble satt til 5 % i analysene. P-verdi angis for hver analyse i tabellene og om p-verdien er under 0,05 er det en sammenheng mellom variablene i krysstabellen. Etter at jeg fikk datamaterialet tilsendt valgte jeg å utelukke de respondentene som ikke hadde svart på de variablene jeg var ute etter. Det var totalt 21760 linjer med respondenter i mitt utvalg og etter å ha rensket ut de overnevnte endte det opp med 20 988 besvarelser som inngår i oppgaven (n = 20 988). Det betyr at 772 besvarelser ble luket vekk pga ufullstendighet.

Jeg undersøkte videre sammenhengen mellom de kategoriske variablene (f eks kulturfasiliteter) og helsevariabler ved å benytte kji-kvadrattester.

5.2 Resultater

Tabell 1, svarandel befolkningsgrupper, Folkehelseundersøkelsen (FHU) og SSB 2019.

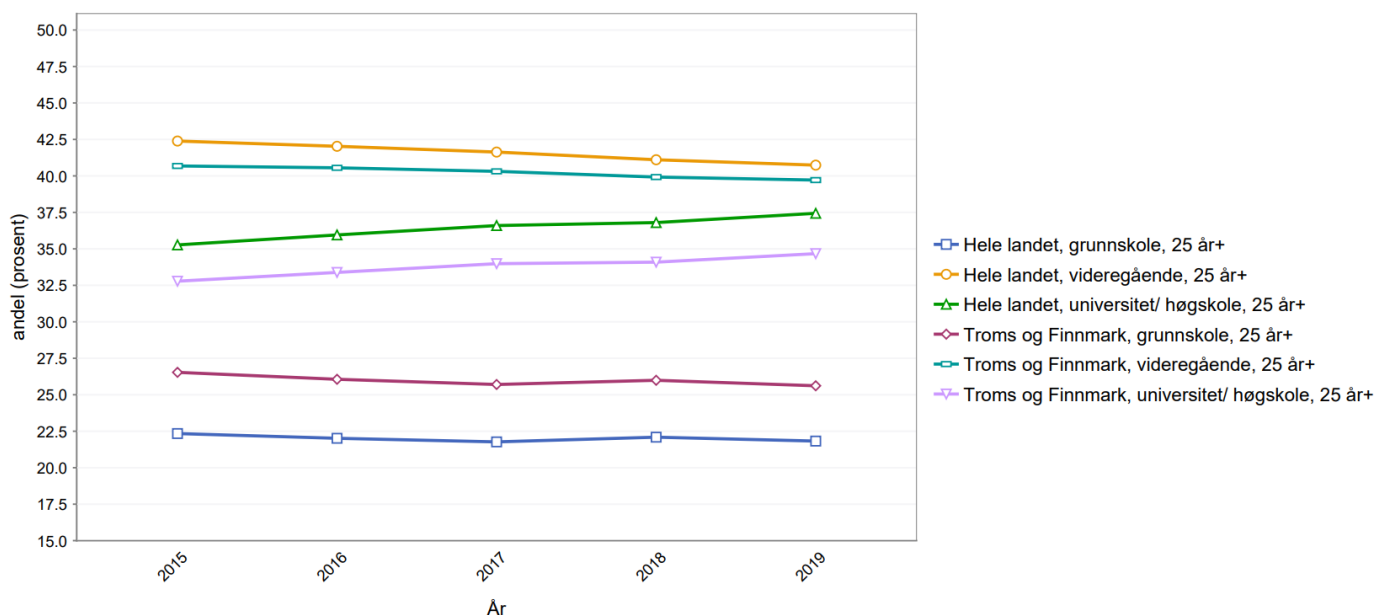
Aldersgr	FHU	Andel %	SSB	Andel %	Avvik
18-25	2 727	12,5	27 215	14,0	-1,5
26-35	3 506	16,1	33 135	17,0	-0,9
36-45	3 571	16,4	29 489	15,2	1,3
46-55	4 837	22,2	34 593	17,8	4,4
56-65	4 100	18,8	29 166	15,0	3,8
66 +	3 020	13,9	40 947	21,0	-7,2
TOT	21 761	100	194 545	100	0,0

Tabellen viser hvordan svarandelen fordeler seg i utvalget (Fylkeshelseundersøkelsen - FHU) og den reelle populasjonen (Statistisk sentralbyrå for Troms og Finnmark i 2019 - SSB). I kolonnene merket «andel» er det oppgitt hvor stor andel i prosent hver aldersgruppe utgjør av

totalgruppen som har svart. Avviket ligger på 0,9 % til 1,5 % hos de 3 yngste aldersgruppene. For de tre eldste er avviket noe større, fra 3,8 % til 7,2 % for den aller eldste gruppen, 66 år og eldre.

Tabell 2, svarprosent etter kjønn og aldersgruppe, Fylkeshelseundersøkelsen Troms og Finnmark 2019 (Skogen, 2019).

Aldersgruppe	Kvinner			Menn		
	Inviterte N	Svarte N	Deltakelse i prosent	Inviterte N	Svarte N	Deltakelse i prosent
18-25	3714	1649	44,4	4236	1078	25,4
26-35	4694	2058	43,8	5055	1448	28,6
36-45	4097	2039	49,8	4439	1532	34,5
46-55	4796	2663	55,55	5100	2174	42,6
56-65	3696	2060	55,7	3935	2040	51,8
66 +	2956	1381	46,7	3348	1639	49
Alle	23953	11850	49,5	26113	9911	38



Figur 4, høyeste fullførte utdanningsnivå 25 år +, (prosent), FHI 2020.

Figuren viser fordeling av innbyggere fra 25 år og eldre fra Troms og Finnmark sitt høyeste fullførte utdanningsnivå sammenliknet med landsgjennomsnittet (FHI, 2020). Regionen har

en høyere andel som kun har fullført grunnskole og en lavere andel i befolkningen som har fullført videregående - og høyere utdanningsnivå. Dette viser at regionen har 35 % andel med universitet/ høyskoleutdanning, mot 37 % som landsgjennomsnittet.

Opprinnelig utgjorde alle variablene og krysningsmulighetene hele 72 tabeller som ble analysert og vurdert. For å fremstille datamaterialet på en oversiktlig måte valgte jeg å slå sammen fasilitetsvariablene i grupper, slik at det ikke ble et uforholdsmessig stort antall å holde oversikt på. Inndelingen ble derfor slik:

Helsevariabler:

- Trivsel
- Psykiske plager

Forklaringsvariabler:

- Kulturfasiliteter: Kino, bibliotek, svømmehall, idrettshall
- Servicefasiliteter: Butikk, kolonial, spisested
- Helsefasiliteter: Legetjeneste, apotek
- Transportfasiliteter: Flyplass, hurtigbåtanløp, hurtigruteanløp, fergeanløp, bussholdeplass

5.2.1 Sammenheng mellom fasiliteter og trivsel

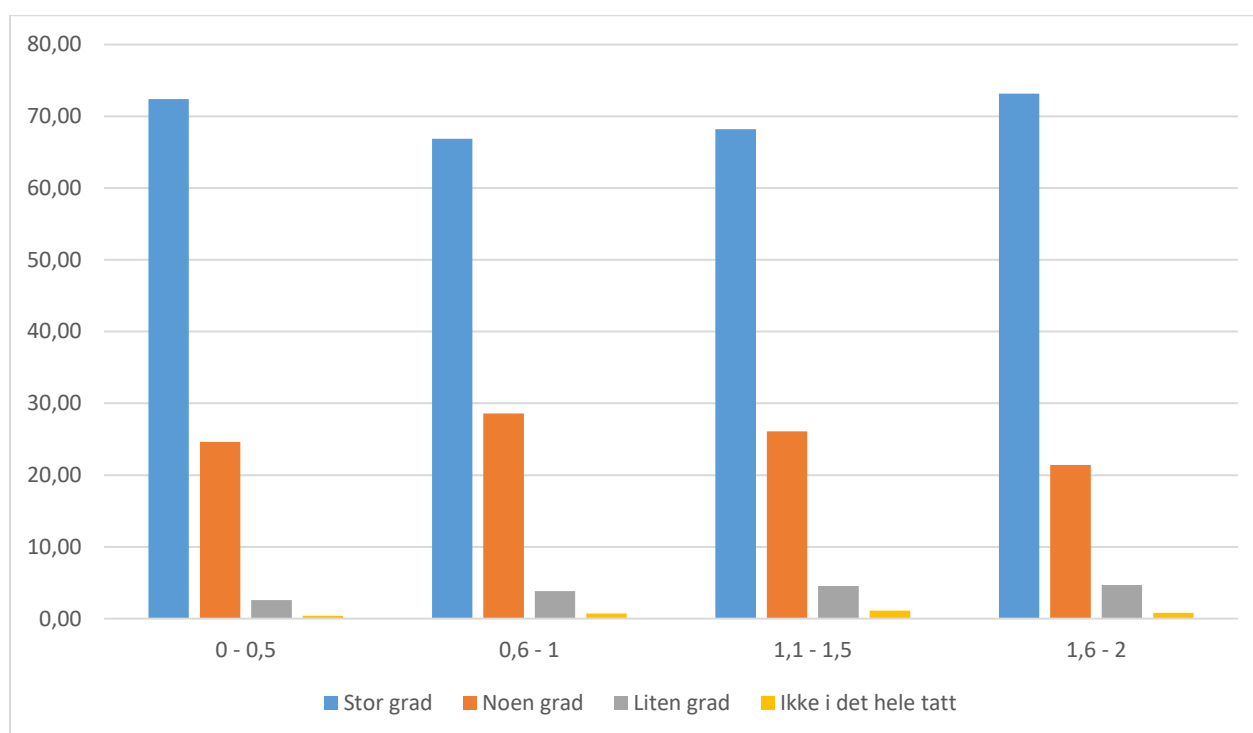
Samtlige tabeller angir andel i prosent.

Tabell 3, grad av trivsel i nærmiljøet og antall kulturfasiliteter (i prosent) i postsonen

Trivsel						
Antall kulturfasilitet	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Ikke i det hele tatt	P-verdi	r ²
0 – 0,5	72,39	24,63	2,59	0,39	< 0,0001	0,0032
0,6 – 1	66,87	28,60	3,82	0,72		
1,1 – 1,5	68,23	26,11	4,56	1,11		
1,6 - 2	73,15	21,40	4,67	0,78		

Tabellen viser i første rad hvor mange kulturfasiliteter (kino, bibliotek, idrettshall, svømmehall) det er i postsonen, fra 0 til 2 stk. Desimaltall benyttes da for eksempel en postsonen kan romme et bibliotek, men ingen av de tre andre variablene, tallet blir 0,25 som gjennomsnitt. I hver kolonne angis hvor stor andel de ulike grader av trivsel er rapportert fra befolkningen, enten i «Stor grad», i «noen grad» og så videre. De som har opptil 0,5 kulturfasiliteter i sin postsonen har en andel på 72,39 % som trives i stor grad i sitt nærmiljø. I motsatt enda av skalaen er det 0,39 % som ikke trives i det hele tatt.

De som har mellom 1 og 1,5 kulturfasiliteter i sin postsonen har 1,11 % som ikke trives i det hele tatt, som er den høyeste befolkningsandelen som ikke trives i det hele tatt. De som trives i stor grad med samme antall kulturfasiliteter utgjør 68,23 %.



Figur 5, grad av trivsel i nærmiljøet og antall kulturfasiliteter (i prosent) i postsonen.

Figuren illustrerer grafisk samme innhold som tabell 3 med helsevariabelen «trivsel» langs y-aksen og variabelen «kulturfasiliteter» langs x-aksen.

Tabell 4, grad av trivsel i nærmiljøet og antall servicefasiliteter (i prosent) i postsonen

Trivsel						
Antall servicefasilitet	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Ikke i det hele tatt	P-verdi	r ²
0 – 5	72,09	24,28	3,06	0,58	< 0,0001	0,0078
5,1 – 10	68,30	27,73	3,45	0,51		
10,1 – 20	71,46	24,92	3,09	0,53		
20,1 - 30	72,41	23,24	4,19	0,17		

Høyest andel med respondenter som ikke trives i det hele tatt er de med færrest antall servicefasiliteter (butikk, kolonial og spisesteder) i sin postzone (0-5 stk). Lavest andel med respondenter som ikke trives i det hele tatt er gruppen med flest servicefasiliteter i sin postzone.

Tabell 5, grad av trivsel i nærmiljøet og antall helsefasiliteter (i prosent) i postsonen

Trivsel						
Antall helsefasilitet	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Ikke i det hele tatt	P-verdi	r ²
0 – 0,5	72,04	24,48	3,07	0,42	< 0,0001	0,0024
0,6 – 1	70,36	25,74	3,24	0,67		
1,1 – 1,5	66,12	30,40	3,11	0,37		
1,6 - 2	70,06	25,78	3,35	0,81		

I gruppen med respondenter som ikke trives i det hele tatt i sitt nærmiljø er det høyest andel blant de som har flest helsefasiliteter (legetjeneste og apotek) i sin postzone, med 0,81 %. Samtidig er det lavest andel med minst trivsel blant de som har mellom 1,1 og 1,5 helsefasiliteter i sin postzone.

Tabell 6, grad av trivsel i nærmiljøet og antall transportfasiliteter (i prosent) i postsonen

Trivsel						
Antall transport-fasilitet	Stor grad	Noen grad	Liten grad	Ikke i det hele tatt	P-verdi	r ²
0 – 0,5	72,72	23,91	2,90	0,47	< 0,0001	0,0015
0,6 – 1	68,31	27,24	3,88	0,58		
1,1 - 2	77,05	18,03	4,10	0,82		

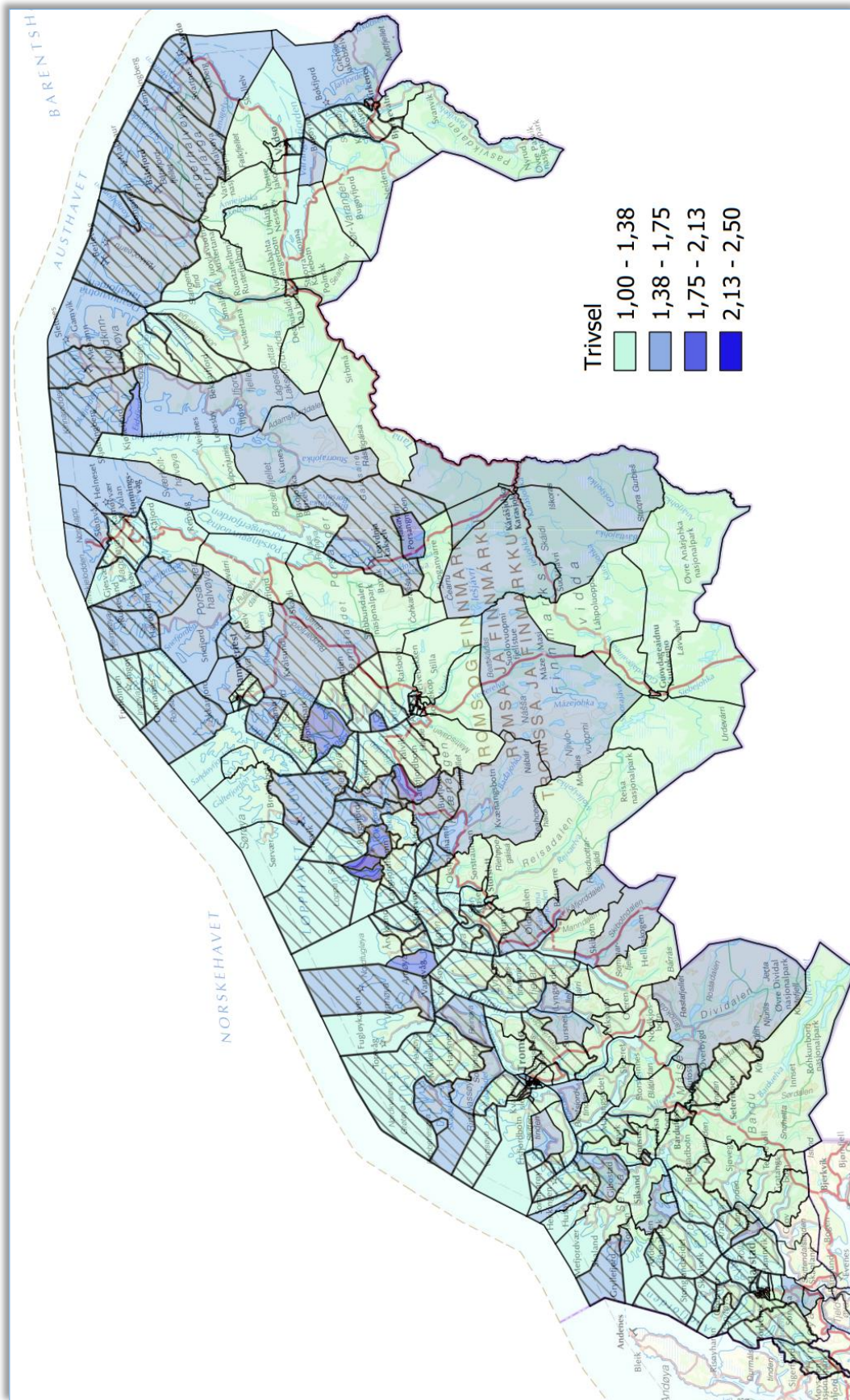
Det er høyest andel respondenter i gruppen «trives ikke i det hele tatt» blant de som har høyest antall transportfasiliteter i sin postzone (flyplass, hurtigbåt, hurtigrute, ferge og buss) med 0,82 %. Tilsvarende er det lavest andel som ikke trive si det hele tatt blant de som oppgir å ha lavest antall transportfasiliteter nært seg (0,47 %).

Av de som oppgir å trives i stor grad i sitt nærmiljø er det høyest andel blant de som har tilgang til flest transportfasiliteter i sin postzone.

5.2.2 Oppsummering «I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt»?

For alle variabler har de som rapporterer at de trives i stor grad i sitt nærmiljø høyest andel besvarelser, med variasjon mellom 66 -77 %. Innenfor de som trives i stor grad er de høyeste andelene enten de som har færrest fasiliteter - eller de med flest fasiliteter nært seg. De laveste andelene i gruppen som trives i stor grad finner vi hos de som har et «medium antall fasiliteter» i sin postzone.

18 - 30 % av informantene opplyser at de trives i noen grad i sitt nærmiljø, mens de som trives i liten grad har mellom 2,6- 4,7 % andel. De som ikke trives i det hele tatt utgjør fra 0,17-1,11 % av informantene.



Figur 6 – Trivsel og fordeling av transportfasiliteter i postsoner i Troms og Finnmark

Figuren viser fordelingen innen grupper av trivsel for hver postzone i regionen. De fleste er hvite og lyseblå som tilsier verdi mellom 1, – 1,6. Dess lavere verdi jo høyere trivsel i befolkningen. Skraverte ruter viser tilgang til transportfasiliteter i postsonen, som inkluderer hurtigbåter, hurtigruteanløp, ferger og/ eller flyplass. Alle kommuner har tilgang til bussanløp i variert grad og disse er holdt utenfor.

5.2.3 Sammenheng mellom psykiske plager og fasiliteter

Skår for helseplager er et gjennomsnitt av 5 variabler med poeng fra 1 til 4, hvor 1 er «ikke plaget» og 4 er «veldig mye plaget».

Tabell 7, grad av psykiske plager og antall kulturfasiliteter (i prosent) i postsonen

Psykiske plager						
Antall kulturfasilitet	Ikke plaget (1 – 1,7)	Litt plaget (1,8 – 2,5)	Ganske mye plaget (2,6 – 3,2)	Veldig mye plaget (3,3 – 4)	P-verdi	r ²
0 – 0,5	73,15	19,81	5,07	1,98	0,5258	0,0013
0,6 – 1	72,84	20,33	5,07	1,69		
1,1 – 1,5	73,54	19,61	4,51	2,35		
1,6 - 2	76,65	18,67	2,73	1,95		

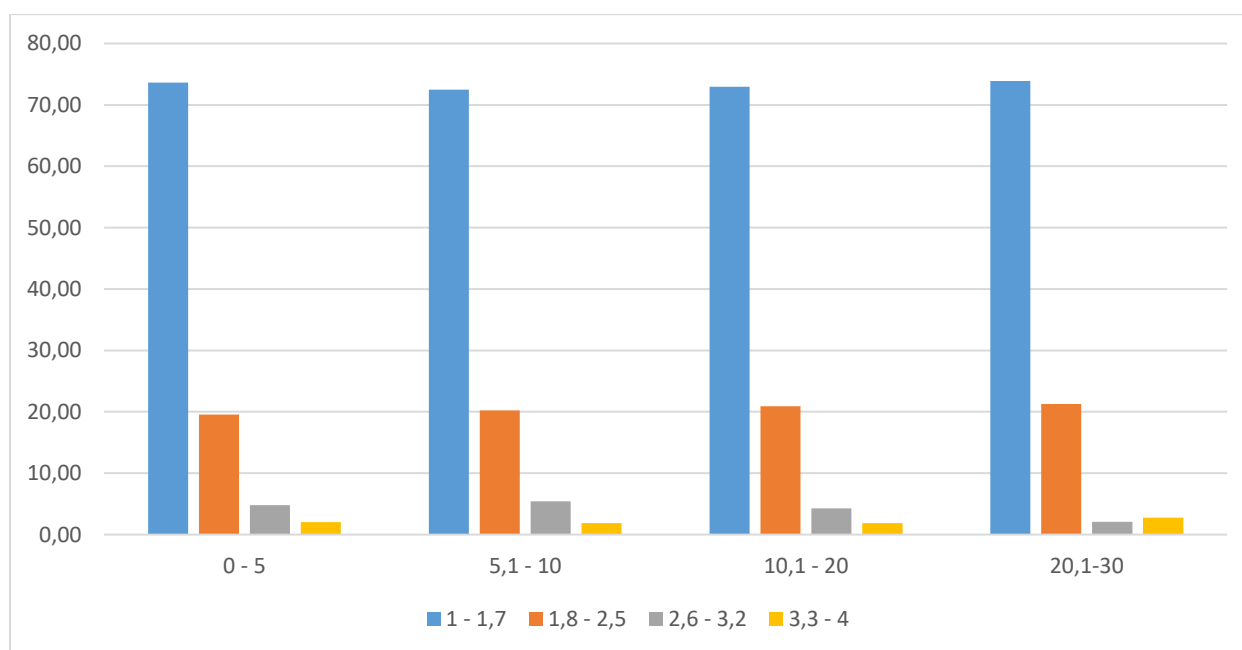
De som oppgir å ha veldig mye psykiske plager har størst andel respondenter blant de som har mellom 1,1 – 1,5 kulturfasiliteter i sin postzone. Lavest andel med veldig mye plager er det blant de som har 0,6 – 1 kulturfasilitet nært seg (som tilsier 1-2 stk).

Høyest andel av de som oppgir å ikke ha psykiske plager i det hele tatt er det blant de respondentene som oppgir å ha flest kulturfasiliteter i sin postzone (7-8 stk).

Tabell 8, grad av psykiske plager og antall servicefasiliteter (i prosent) i postsonen

Psykiske plager						
Antall servicefasilitet	Ikke plaget (1 – 1,7)	Litt plaget (1,8 – 2,5)	Ganske mye plaget (2,6 – 3,2)	Veldig mye plaget (3,3 – 4)	P-verdi	r ²
0 – 5	73,65	19,54	4,79	2,02	0,0017	0,0069
5,1 – 10	72,50	20,22	5,40	1,88		
10,1 – 20	72,94	20,91	4,28	1,87		
20,1 - 30	73,88	21,29	2,09	2,76		

Høyest andel med respondenter som er veldig mye psykisk plaget er den gruppen med flest servicefasiliteter i sin postsonen, 20 – 30 stk. Den laveste andel med respondenter i samme svargruppe er det blant de som har mellom 10 og 20 servicefasiliteter i postsonen.



Figur 7, grad av psykiske plager og antall servicefasiliteter (i prosent) i postsonen.

Figuren viser innholdet fra tabell 8. Det er relativt lik fordeling av psykiske plager i hver gruppe med ulikt antall servicefasiliteter.

Tabell 9, grad av psykiske plager og antall helsefasiliteter (i prosent) i postsonen

Psykiske plager						
Antall helsefasilitet	Ikke plaget (1 – 1,7)	Litt plaget (1,8 – 2,5)	Ganske mye plaget (2,6 – 3,2)	Veldig mye plaget (3,3 – 4)	P-verdi	r ²
0 – 0,5	73,04	20,13	4,85	1,99	0,0017	0,0069
0,6 – 1	73,24	19,73	5,16	1,88		
1,1 – 1,5	68,30	23,81	5,86	2,02		
1,6 - 2	76,51	18,64	2,89	1,97		

Høyest andel respondenter i gruppen som er veldig mye psykisk plaget er det blant de med høyest antall helsefasiliteter i sitt nærområde, 1,6- 2 apotek/ legekontorer – som utgjør 2,76 % av respondentene. Det er også høyest andel respondenter med størst antall helsefasiliteter i sitt nærområde i gruppen som oppgir å ikke ha psykiske plager (76,51 %).

Tabell 10, grad av psykisk helse og antall transportfasiliteter (i prosent) i postsonen

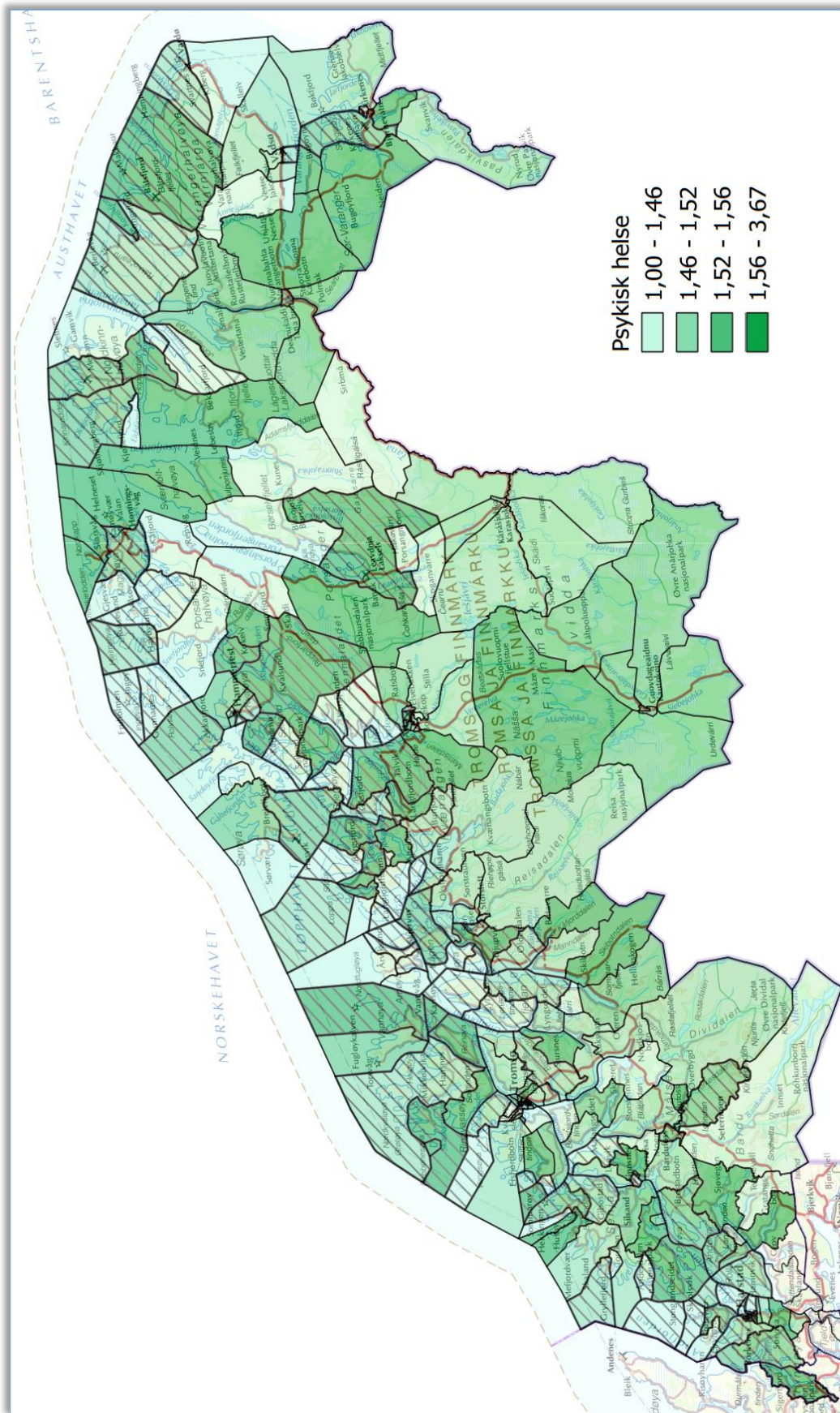
Psykiske plager						
Antall transportfasilitet	Ikke plaget (1 – 1,7)	Litt plaget (1,8 – 2,5)	Ganske mye plaget (2,6 – 3,2)	Veldig mye plaget (3,3 – 4)	P-verdi	r ²
0 – 0,5	73,35	19,85	4,87	1,93	0,1096	0,0012
0,6 – 1	71,95	21,14	5,15	1,77		
1,1 – 2	81,97	14,76	1,64	1,64		

I gruppen som er veldig mye psykisk plaget er det høyest andel blant de som har færrest transportfasiliteter i sitt nærområde (1,64 %). I gruppen som ikke er psykisk plaget er det høyest andel blant de som har flest transportfasiliteter nært seg (82 %).

Oppsummering psykiske plager

De som ikke har en fasilitet i nærheten og samtidig har oppgitt å ikke ha- eller kun hatt litt psykiske plager (1-1,5) utgjør jevnt over 64- 65 % i sin gruppe.

Kino skilte seg litt ut fra de øvrige variabler med en lavere andel med ingen eller lite psykiske plager (51 %) hos de som har to kinoer i sitt nærmiljø sammenliknet med rapportering fra øvrige informanter (59 – 73 %). De med 0 fasilitet i nærheten og de som har en eller flere nært seg utgjør ikke en nevneverdig forskjell i målt psykisk helse.



Figur 8 – Psykisk helse og transportfasiliteter fordelt på postsoner i Troms og Finnmark

Figuren viser fordelingen av psykisk helse for hver postzone i regionen. De mest gjennomsluktige områdene har lavest verdi og dermed beste psykisk helse og dess mørkere grønt området er jo dårligere psykisk helse er rapportert.

5.2.4 Regresjonsanalyse

Regresjonsanalysene er resultater fra lineær regresjonsanalyse (linear mixed model), en sammenstilling av flere variabler. Verdier som er signifikante er merket med stjerne bak p-verdi. Fasiliteter med understrek er de gjennomsnittlige gruppeverdiene. Variabler uten understrek er hver enkelt variabel før de inngår i gjennomsnittet. Dette tas med da det er interessant hvilke som er signifikante og hvilke som er positive og negative. For transportfasiliteter vises kun den gjennomsnittlige variabelen.

Tabell 11, regresjonstabell trivsel (* = signifikante verdier)

Fasilitet	Estimate	Std Error	P-verdi
Intercept	1,305	0,04752	<0,0001
Kino	- 0,0406	0,0157	0,0095*
Bibliotek	0,0007	0,0139	0,9605
Svømmehall	0,0408	0,0115	0,0004*
Idrettshall	0,0042	0,0091	0,6432
<u>Kulturfasiliteter</u>	<u>0,0092</u>	<u>0,0121</u>	<u>0,447</u>
Kolonial	0,0090	0,0042	0,0329*
Butikk	- 0,0001	0,0005	0,7899
Spisested	0,0005	0,0009	0,5585
<u>Servicefasiliteter</u>	- <u>0,0005</u>	<u>0,0011</u>	<u>0,678</u>
Legetjeneste	0,0467	0,0107	0,00001*
Apotek	- 0,0041	0,0103	0,6949
<u>Helsefasiliteter</u>	<u>0,0522</u>	<u>0,0118</u>	<u><0,0001*</u>
<u>Transportfasiliteter</u>	- <u>0,0031</u>	<u>0,0197</u>	<u>0,874</u>

Resultatene viser at for fasiliteter er det kun noen av de utvalgte variablene som er signifikante på et 5 %-signifikansnivå og for de gjennomsnittlige fasilitetsvariablene er det kun helsefasiliteter som er signifikante. Ser man på enkeltvariabler er kino, svømmehall, kolonial og legetjenester signifikante, som igjen kan indikere en påvirkning på trivsel.

Ettersom verdi på trivsel går fra 1-4, hvor 1 angir «trives i stor grad» og 4 «ikke trives i det hele tatt» vil «estimate» for hver variabel angi hvor mye trivsel øker eller minker avhengig av antallet. Kulturfasiliteter viser at opplevd trivsel synker med 0,0092 på «trivselskalaen» hos respondentene for hver kulturfasilitet som er i deres postsone. Ser vi på enkelvariabler er det svømmehall som trekker mest ned (høyest verdi), etterfulgt av idrettshall og bibliotek. Kino har negativ verdi, som tilsier at trivselen således nærmer seg 1 for hver fasilitet som telles og er den eneste enkeltstående fasiliteten som indikerer større grad av trivsel.

Servicefasiliteter har en lav, men styrkende verdi for trivsel med en økning på 0,0005 for hver servicefasilitet. Det er variabelen butikk som trekker opp gjennomsnittet i fasilitetsgruppen. Innenfor helsefasiliteter (gjennomsnittsverdien) trekker hver fasilitet trivselen ned i poeng, mens isolert sett vil apotek gi en økning i trivsel, mens økt antall legetjeneste gir dårligere trivsel og ettersom verdien her er såpass mye større enn hos apotek blir gjennomsnittet totalt sett å antyde økt grad av dårligere trivsel. Transportfasiliteter gir en økning på trivsel pr fasilitet med 0,0031 for hver fasilitet. Av alle de gruppefasilitetene er det kun helsefasiliteter som har signifikante funn.

Tabell 12, egenskapstabell bakgrunnsvariabler trivsel

Variabler	Std Dev
Alder	0,1064
Kjønn	0,0154
Utdanning	0,0254

Tabellen viser at alder er den viktigste påvirkningsfaktoren (random effect) blant bakgrunnsvariablene og kan påvirke estimatet med 0,1064 om det tas med i vurderingen. Deretter følger utdanning og variabelen som gir minst påvirkning er kjønn.

Tabell 13, regresjonstabell psykisk helse (* = signifikante verdier)

Fasilitet	Estimate	Std Error	P-verdi
Intercept	1,497	0,0923	<0,0001
Kino	- 0,0106	0,0160	0,5050
Bibliotek	- 0,0361	0,0141	0,0106*
Svømmehall	0,0065	0,0118	0,5799
Idrettshall	0,0009	0,0092	0,9266
<u>Kulturfasiliteter</u>	- <u>0,0208</u>	<u>0,0123</u>	<u>0,0915</u>
Kolonial	0,0044	0,0043	0,2985
Butikk	- 0,0002	0,0005	0,6715
Spisested	0,0030	0,0010	0,0024*
<u>Servicefasiliteter</u>	<u>0,0011</u>	<u>0,0011</u>	<u>0,3549</u>
Legetjeneste	0,0323	0,0109	0,0031*
Apotek	- 0,0187	0,0105	0,0758
<u>Helsefasiliteter</u>	<u>0,0088</u>	<u>0,0120</u>	<u>0,4662</u>
<u>Transportfasiliteter</u>	- <u>0,0002</u>	<u>0,0200</u>	<u>0,9907</u>

For psykisk helse er det tilsvarende som for trivsel, kun noen av de utvalgte variablene er signifikante på et 5 %-signifikansnivå. Av de gjennomsnittlige gruppene er det ingen som er signifikante, men av enkeltvariabler er bibliotek, spisested og legetjeneste signifikante og kan indikere sikkert en påvirkning av psykiske plager. Ved måling av psykiske plager er skalaen 1-4, hvor 1 angir «ikke plaget», mens 4 angir «svært mye plaget».

Av de signifikante variablene er det bibliotek som minker forekomst av psykiske plager med 0,0361 i verdi for hver fasilitet, mens både spisested og legetjenester med negative verdier indikerer mer psykiske helseplager for hver fasilitet.

Tabell 14, egenskapstabell bakgrunnsvariabler psykisk helse

Variabler	Std Dev
Alder	0,1662
Kjønn	0,0632
Utdanning	0,0855

Tabellen viser like resultater som for trivsel, at alder er den viktigste påvirkningsfaktoren (random effect) blant bakgrunnsvariablene, deretter følger utdanning og kjønn (lavest verdi).

5.3 Hovedoppsummering

Helsefasiliteter er eneste fasilitetsgruppe som er signifikant innen trivsel og verdien har en negativ effekt, det vil si at den øker graden av mindre trivsel for hver antall fasilitet. Deler man opp fasilitetsgruppene i enkeltfasiliteter er signifikante variabler kino, svømmehall, kolonial og legetjenester. De som medfører økt rapportering om mindre trivsel er legetjeneste, svømmehall og kolonialbutikker, mens kino øker trivselen for hver fasilitet.

For psykiske plager er ingen av fasilitetsgruppene signifikante. Deler man disse ut på enkeltfasiliteter utgjør bibliotek, spisested og legetjenester de signifikante funnene. Det er kun bibliotek blant disse som gir mindre psykiske plager for hver fasilitet, de andre to medvirker til mer psykiske plager for hver fasilitet.

De som trives i stor grad totalt sett utgjør mellom 66-77 % av respondentene. Tilsvarende utgjør de som trives i noen grad mellom 18-30 %. Til sammen blir de som trives i noen eller stor grad 84 – 100 % av respondentene, som utgjør et stort flertall. Deler vi opp respondenter og fordeler dem på de med færrest, flest eller medium antall fasiliteter er det innen trivsel høyest antall respondenter blant de som har færrest og flest antall fasiliteter. De som har medium antall fasiliteter utgjør færre respondenter enn de to foregående gruppene. For psykiske plager er det tilsvarende tall, gruppen med «ikke plaget» og «litt plaget» utgjør mellom 82- 100 % andel av respondentene og tilsvarende er det størst andel blant de med færrest og flest fasiliteter.

De som ikke trives i det hele tatt utgjør en andel mellom 0,17 – 1,11 %, tilsvarende for psykiske plager er dette spennet mellom 1,64 – 2,76 %.

6. Diskusjon av resultater

I dette kapitlet vil jeg drøfte resultatene opp mot empiri og teori. Videre vil jeg forsøke å svare på problemstillingen tilknyttet oppgaven. Jeg vil også se på styrker og svakheter ved oppgaven og i hvilken grad dette kan være relevant for fremtidig folkehelsearbeid.

6.1 Sammenheng mellom opplevd psykisk helse og trivsel – og fasiliteter i samfunnet.

Kan resultatene si noe om sammenhengen mellom nærhet til ulike fasiliteter og selvrapportert psykisk helse og trivsel? Krysstabellene viser generelt at andelen som rapporterer om selvopplevd god psykisk helse og god trivsel i befolkningen er høy. Det er små ulikheter mellom de som har få fasiliteter i sitt nærmiljø og de som har mange fasiliteter nært seg og begge «helsevariablene» trivsel- og psykiske plager, har ganske lik fordeling. Flere av forklaringsvariablene er signifikante og tilkjenner dermed at det er en sammenheng mellom helse- og fasilitetene, men det gjelder ikke flertallet. For trivsel er det 4 variabler som er signifikante mens 6 variabler ikke er det. Innen psykiske plager er det 3 variabler som er signifikante og tilsvarende 7 som ikke er det.

For de variablene som er signifikante kan vi derfor med rimelig stor sikkerhet fastslå at dette ikke har oppstått tilfeldig. For de øvrige variablene kan vi utfra denne oppgaven ikke fastslå at de har en sammenheng med trivsel eller psykiske plager. Det er på samme tid ikke mulig å fastslå at disse sammenhengene ikke finnes, men for å komme nærmere et svar rundt dette må det mer forskning til.

Jeg vil videre diskutere de ulike fasilitetene som er undersøkt og mine resultater opp mot disse.

Bibliotek

Bibliotek har en signifikant sammenheng innen psykiske plager og med positivt fortegn, finnes det et bibliotek rapporteres det om mindre utbredelse av psykiske plager. Hvorfor kan det være slik? Biblioteker har lav terskel for å bli benyttet med gratis bruk, åpent for alle og som tilbyr av et kulturelt og demografisk mangfold (Meld. St. 23 (2008-2009)) samtidig som det pekes på som viktig for sosialisering og forebygging av ensomhet (Fuller-Gee, 2015). Flere viste til at ved noen bibliotek er den største brukergruppen de som ikke låner bøker. Biblioteket kan således fremstå som en universell møteplass som mange finner attraktiv uten at lån av bøker trenger å være hovedformålet. Ofte finnes sittegrupper med ulike tidsskifter og ukeblader, datamaskiner til lån og andre fasiliteter, i tillegg til bibliotekene sine egne arrangement og infomøter med varierte tema. Det kan spørres om det ikke lenger er mulig i like stor grad å finne en stille plass i biblioteklokalene hvor en kan sitte i ro og lese ettersom det kan være såpass mange andre aktiviteter det tilrettelegges for samtidig. På den andre siden kan de ansatte ved biblioteket være klar over problemstillingen og sørge for å adskille aktivitetene slik at de ikke påvirker hverandre nevneverdig. Flere møteforum kan også gi økt sosialisering med andre. Uavhengig av om det er unge, voksne eller eldre som møtes så vil dette kunne danne økt tillit mellom brukerne og bidra til økt sosial kapital (Høimyr, 2009).

Kino

Kino har signifikant betydning for opplevd trivsel hos respondentene, og med positivt fortegn som tyder på mer trivsel med kino til stede. Kino er også åpent for alle, kun styrt av aldersgrense avhengig av filmens innhold. Det påpekes å være et poeng for myndighetene at det skal opprettholdes et fullverdig og godt kinotilbud også på landet og ikke kun i byene, selv om det ikke er tilstrekkelig publikumsgrunnlag for kommersiell drift, herunder bygdekino (NOU, 2000). Kino anses som «det betydningsfulle innslaget» på tettsteder og et godt samlingspunkt i det lokale kulturlivet. Utsatte grupper har også underbygget dette gjennom kinovenntilbud, hvor kino er inngangsportalen til videre sammenkomster, bekjentskaper og aktiviteter (Sælør, et al, 2019). Dette virker sannsynlig da kinopublikum kan møtes både før og etter selve filmen på passende sosialiseringsarenaer som for eksempel en kafè, spisested (indirekte sosialisering) eller i kiosken før filmen. I tillegg kan en treffe bekjente (naboer, venner, kollegaer, klassevenner) i kinolokalene og stifte nye bekjentskaper på de overnevnte arenaene. Å samhandle og samtale med andre gir økt opplevelse av aktelse, verdsetting, nettverkstilhørighet og fellesskap som underbygger god sosial støtte (Cohen,

1985). Dette igjen bidrar til å bygge opp menneskets generelle motstandsressurser som bidrar til å overvinne ulike stressorer en møter i hverdagen. Og når stressituasjoner løses på suksessfulle måter vil personene oppleve en fornuftig sammenheng som igjen muliggjør økt selvtillit til å takle enhver situasjon (Antonovsky, 1996). Samtidig kan en gå på kino alene, noe som ikke blir sosialiserende i like stor grad. Å gjennomføre aktiviteter alene trenger like fullt ikke være uønsket ensomhet, det kan være en higen etter egentid.

Idrettshall og svømmehall

Variabelen idrettshall hadde ingen signifikante funn målt mot helsevariablene i oppgaven, mens svømmehall har betydning for opplevd trivsel hos respondentene. Svømmehall angir en negativ sammenheng, det vil si at trivselen synker med svømmehall til stede. Om idrettshall hadde hatt en signifikant verdi viser estimatet at den også påvirker negativt på trivsel ved tilstedeværelse. Jeg omtaler begge fasilitetene da de begge kan sees på som arena for fysisk aktivitet.

Hvorfor vises disse to med negativt fortegn som vil tilsi mindre trivsel og mer psykiske plager? Idrettshaller er ofte underlagt et strengt regime i timefordeling og i sjelden grad kan en droppe innom her for å drive med «fri lek» for eksempel med ball, om det ikke er innført ordninger som «åpen hall» visse tidspunkt i uka. Svømmehaller er delvis underlagt tider hvor organiserte lag og foreninger bestiller tider for aktiviteter i tillegg til at svømmehallen ofte har åpent for publikum. Begge typer anlegg kan sies å være åpne for publikum, men i større grad om en deltar i organisert aktivitet. Anleggstypene er blant dem som brukes mest (Rafoss, 2005) og ideelt skulle de indirekte kunne forebygge både angst, demens, depresjon og stress (Sunnhedsstyrelsen, 2018). Så hvorfor kan respondentene oppleve at psykiske plager øker og trivselen synker?

Å delta gjennom organisert form betyr at noen forteller deg hva du skal gjøre, hva du spesifikt skal trene på og få ferdigheter innen. Det kan inntreffe at innstillingen til idrettsdeltakelse ikke har et samsvar mellom miljøets rundt utøveren og utøveren selv (Berntsen, 2016). Det blir for mye fokus på prestasjon fremfor trivsel og opplevelsen av å bli «kontrollert» vil på sikt føre til at idrettsungdom blir lei og slutter med idrett (ibid). Mange ungdommer har større motivasjon til egenorganisert idrettsaktivitet, hvor den sosiale arenaen vektlegges gjennom bevegelsesglede, spenning, selvbestemmelse og tilhørighet (Nordmelan, 2017).

Det kan gi en opplevelse av liten frihet til å gjøre hva man ønsker selv og øke mengden stressorer som overstiger vedkommende sine motstandsressurser, som kan medføre at opplevelsen av sammenheng uteblir (Mittelmark, 2017).

Svømmehaller kan man anta brukes av mange utenom organisert aktivitet, såkalt egenorganisert aktivitet som trim, gøyale opplevelser sammen med venner eventuell annen bruk. Samtidig er svømmehaller svært sjelden gratis å benytte, da man enten må løse billett for å få adgang eller man må betale kontingent og treningsavgift for å delta gjennom organisert aktivitet. Det kan utgjøre et sosioøkonomisk skille ved at de med dårligst råd i mindre grad kan bruke slike anlegg like mye og dermed oppnå mindre oppbygging av sin sosiale kapital og motstandsressurser og som en konsekvens kan det føre til økt ensomhet blant enkelte.

Aktivitetshallene fremstår derfor ikke som fullstendig åpne tilbud for hele befolkningen til enhver tid. Med tanke på alder og funksjonshemmede er hallene også ofte ekskluderende for bruk. De eldste kan ha utfordringer med å bruke anleggene på grunn av funksjonsnedsettelse og noen ganger kan de også bære preg av å ikke være universelt utformet for alle typer brukergrupper. Gjennom analysene peker nettopp alder seg ut som en bakgrunnsvariabel som kan gi forholdsvis store utslag på fasilitetsbruken.

Kolonial, butikk og spisested (fasilitetsvariabler)

Servicefasiliteter har som gruppe ikke signifikante funn. Verdiene viser en svak styrking av trivsel og en svak forverring innen psykiske plager dersom slike fasiliteter er presentert i nærmiljøet. Ser vi på enkeltfasiliteter har spisesteder signifikant sammenheng med psykiske plager og kolonial har en signifikant sammenheng med trivsel. Begge to har negativt innvirkning som tyder på mindre trivsel (kolonial) og mer psykiske plager (spisested) med fasilitetene i nærheten. For butikk er det ingen signifikante funn.

Hvordan kan så dette henge sammen? Spisesteder har en negativ effekt på psykisk helse, selv om tallet er lavt (0,003) pr spisested. Kolonialer har et tilsvarende lavt tall (0,009) som negativ effekt på trivsel. Innbyggere skårer nærhet til slike fasiliteter høyt på tilfredshet når de vurderer sine nærområder (Schmidt, 2002; Wågø, 2009), men å gå i en kolonialbutikk er som oftest ikke det stedet en velger å gå om man ønsker å sosialisere seg med andre. Avhengig av

tid på dagen vil det å gå i butikken ofte kunne sees på som stressende, med å ha mange mennesker samlet, stå i betalingskø og jakte på – og finne varene man er på utkikk etter i de ulike hyllene. Noen kan finne dagligvarehandel som en fornøyelse, mens flere grupper er ute etter å gjøre dette på kortest mulig tid og med minst mulig innsats, en nødvendig oppgave for å «ha mat i huset» samt at noen finner det rett og slett kjedelig og lite motiverende (Nilsen, 2008). Å benytte seg av kolonialforretninger vil slik sett kunne bli vurdert av flere som forhold de ikke har kontroll over og dermed oppleve mindre grad av sammenheng i det en gjør og det en mottar tilbake (Mittelmark, 2017). Ikke minst kommer det økonomiske aspektet også inn ved at ikke alle kan skaffe seg de varene de helst ønsker seg ved at de ikke har råd og må prioritere annerledes. Dette forsterker sosial ulikhet i helse og fører til at man må kjøpe de billigste varene som ikke alltid henger sammen med de sunneste og foretrukne alternativene. Dette kan også gi en mindre trivelig handelsopplevelse for den det gjelder.

For spisesteder viser tallet 0,003 (estimate) hvor mye hvert spisested i nærmiljøet øker psykiske plager på en skala fra 1-4. Det er en lav påvirkning, men dog negativ. Å oppsøke et spisested vil de fleste anta er en ønsket og frivillig handling og dermed noe en er motivert for. Samtidig bruker mange spisesteder i matpausen på jobb og arbeidsplasser kan ha hektiske dager og den obligatoriske halvtimen blir fort brukt på mer enn kun å innta selve måltidet. Når man derimot oppsøker et spisested med servering ved bordet, egne servitører og andre ansattfunksjoner skulle man forvente at roen kan senke seg for de som velger å innta slike måltider. Men spisesteder inneholder mye mer enn slike restauranter med rolig atmosfære. Det er støyende og fullsatte kafèer, snackbarer langs trafikkerte veier og flere slike mattilbud går ut på å få maten i hånda og spise «mens man går», det vil si de er uten egne sitteplasser, for eksempel en del kiosker og bensinstasjoner. Det er lett å tenke seg at noen drar ut med det formål å spise på et spisested, men ofte er dette også noe en gjør på veien mellom to andre målpunkt, det vil si underveis i forflytningen. Da peker dette litt tilbake på den nødvendige mathandelen i kolonialbutikkene, med at man må ha noe i magen før man skal til neste møte, forelesing eller annet gjøremål. Selv om spisesteder ligger rett borti nabolaget kan besøket hos dem være preget av tidspress og dermed en stressor som jager opp puls og tempo og forårsaker litt mindre kontroll over situasjonen en mange ønsker. Å måtte vente på maten, usikkerhet rundt om man får sitte på et sted om man spiser når det er «rushtid», uvissheten om man bli r forsinket tilbake på jobb, med videre, medfører til forsterking av ytre stressfaktorer. Å spise ved et spisested kan derfor være både en positiv og en negativ helseopplevelse.

Legetjeneste og apotek

Helsefasilitet som variabel viser signifikante funn for trivsel, men ikke for psykiske plager. Funnet avdekker en påvirkning ved å tilføre lavere grad av trivsel pr fasilitet. Ser vi på hver fasilitetsvariabel er det for apotek ingen signifikante funn. Derimot er det legetjenester som viser signifikante funn i begge helsevariablene. Sammenhengen er negativ, det vil si for hvert «legekontor» er trivsel og psykisk helse lavere rapportert av respondentene.

Det er rimelig å anta at det er positivt at et legekontor er i ens nærhet med tanke på spart reisetid og økt trygghet med nærhet til kompetent helsepersonell. Så hvorfor har dette en negativ påvirkning? Når en oppsøker helsefasiliteter er det som oftest når det er noe som feiler en, et helseproblem. De færreste ønsker å bli syke eller skadet og helseproblemer er som oftest noe som ligger utenfor ens egen kontroll. Pasienter kan oppleve at de ikke har noe valg utenom å oppsøke helsefasilitetene og dermed underbygges opplevelsen av at dette ikke har sammenheng (Mittelmark, 2017). Legekontorer er i liten grad det de fleste opplever som en sosial arena, selv om man kan sosialiseres i en viss grad på venteværelset og med det ansatte helsepersonellet. Noen gruer seg til å oppsøke legen og andre pasientgrupper opplever å ikke bli hørt av helsepersonell dels på grunn av manglende kunnskaper om sykdomsformen deres og dels er ikke legekontorene tilrettelagt tilstrekkelig for deres behov (Smith & Sharp, 2012). Det å få en diagnose kan også være sykdomsforsterkende. Du kjente at noe var «galt» med kroppen før du kom til legen, men først etter konsultasjon har du fått bekreftet at du faktisk er syk. Slik kan legebesøk også forsterke opplevelsen av at et legebesøk «skaper» uhelse.

Det kan altså være ulike bakenforliggende årsaker til at respondentene ikke mener at legetjenester i kommunene motvirker psykiske helseplager.

Offentlig transport

Offentlig transport har i denne oppgaven ikke vist signifikante sammenhenger med noen av helsevariablene, resultatet er for usikkert til å fastslå at her er sammenhenger. Det foreligger en svak økning i forhold til både trivsel og mindre psykiske helseplager.

Jeg kommenterer likevel en del momenter rundt offentlig transport som fasilitet. Det er i mindre grad folk benytter kollektive transportmåter for reisens skyld i seg selv, det er først og fremst for å komme seg fra A til B. Offentlig transport i form av buss, ferge, hurtigbåter, hurtigrute og fly dekker samtidig litt ulike behov. Mange ganger etterstreber reiseselskapene

seg for å gjøre selve reisen både komfortabel og effektiv, blant annet med gode seter og installerte wifi-løsninger som gjør at de reisende kan benytte digitale hjelpemidler under reisetiden til å lese mail, arbeide, underholdning eller bare være tilgjengelig med telefon (Julsrud, 2014). Mange benytter også tiden til å hvile eller sove, noe som tilsier at å reise med offentlig transport kan for mange være en positiv opplevelse.

Samtidig gjelder dette ofte på lengre distanser og ofte med en eller få stoppesteder. En rutebåt eller et fly står gjerne i ro over en viss tid når det har kommet frem til et bestemmelsessted, selv om det skal videre. For buss stoppes det kun for kortest mulig tid for av- og påstigning, før man kjører videre til neste holdeplass. Det kan tenkes en viss frykt hos passasjerer for å miste sitt stoppested, kjøre for langt, eventuelt ikke rekke overgangen til neste buss, med videre. Er det første gang en benytter et rutetilbud med buss og man er ukjent i området kan en se for seg at stressnivået er enda høyere enn hos en som kjenner bussruta godt. Alt fra man står på en holdeplass og venter på buss eller tog kan det spores en viss «kamp» for å komme kjapt på for å sikre seg en sitteplass, i frykt for å måtte stå deler av eller hele reisen. Noen kan også slite med å få betalt via digitale løsninger som reiseselskapene har innført for buss og tog og hurtigbåt. Alle disse små utfordringene kan gjøre at totalopplevelsen derfor ikke scorer høyere på trivsel og psykisk helse enn det gjør (kun 0,0002).

For større steder kan det være flere alternativer for å komme seg dit en ønsker, på mindre steder kan en være avhengig av den ene hurtigbåtforbindelsen som anløper 3 ganger pr uke- noe som også gjør de mer sårbare for uregelmessigheter og eventuelle kanselleringer av ruter. Befolkningsstørrelsen virker således inn på utvalget av butikker og servicetilbud likt som for det offentlige transporttilbudet. Alder vil også spille inn for offentlig transport da eldre kan ha behov for bedre tilrettelegging enn yngre reisende. Spesielt for eldre grupper er muligheten for å treffe andre på ulike møteplasser en viktig livskvalitet og de er derfor opptatt av avstander til slike tilbud ikke må bli for lange og uoverkommelige. For hele befolkningen blir også et godt utbygd offentlig transportsystem en viktig indirekte faktor – for å kunne komme seg fra boligen til møteplassene, aktivitetene og andre gjøremål (Wågø, 2009; Melis, 2015; Faulkner, 2012). Offentlig transport kan således være en faktor som påvirker folkehelsen i befolkningen.

Felles

Totalt sett, for alle variablene, er det mindre effekter de utgjør for resultatet, noe som også gjelder de signifikante variablene. De sterkeste verdiene finner vi blant annet på variabelen

kino som påvirker trivsel positivt med verdi 0,04 på en skala fra 1-4. Dette tilsvarer tilsvarer 1 %. Svømmehall og legetjenester påvirker trivsel negativt med samme størrelse. Det er med andre mindre, men ikke ubetydelig effekter som kan spores. I figuren «The main determinants of health» er det mange faktorer i det området som kalles «generelle sosio-økonomiske, kulturelle og miljømessige forhold», nærhet til ulike fasiliteter er kun en av mange faktorer som kan gi ulike helseutfall. Dette underbygges i fylkeshelseundersøkelsen for Troms og Finnmark (Skogen, 2019) hvor 75 prosent oppgir at de har god tilgjengelighet til kultur- og idrettstilbud og 80 prosent opplever å ha god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud. Kun 39 % var godt fornøyd med tilgjengeligheten til offentlig transport, som dermed skårer lavere enn de andre områdene (ibid). Opplevelsen til populasjonen er ikke nødvendigvis helt samstemt med de funn jeg har avdekket i oppgaven.

Resultatene i oppgaven viser at de fysiske omgivelser i form av fasiliteter og servicetilbud kan være av betydning for psykisk helse og trivsel – og derav folks helse. Dette er essensiell kunnskap for myndigheter og områdeutviklere som bør tilpasse en utforming eller en transformering av et område slik at etterspurte og attraktive fasiliteter hensyntas og kan implementeres i arbeidet. Dette er elementer som vil kunne bidra til å forebygge sykdom, uhelse og mistrivsel, ikke minst være et supplement til en stadig større andel av befolkningen som rapporterer at de føler seg ensomme, herunder marginaliserte grupper (Bagnall, 2018).

6.2 Metodiske betraktninger

6.2.1 Studiens design

Tverrsnittstudier kan fastslå om det er en sammenheng mellom det man undersøker eller ikke, men kan ikke benyttes til å utdype eventuell kausalitet. Studien kan ha lagt til rette for videre forskning innen tema som omhandler fasiliteter, trivsel og psykisk helse for de som ønsker å studere nærmere rundt disse forholdene. Tverrsnittstudie er en god måte å få undersøkt generelle forhold fremfor det spesifikke. Ønsker man å få besvart spørsmål rundt årsak og virkning kan andre typer undersøkelser gjennomføres, som for eksempel en randomisert kontrollert studie (hva kan gjøres for å forebygge/ behandle problemet), kohort studie eller en kasus- kontrollstudie (hvorfor får noen dette problemet, mens andre holder seg friske),

eventuelt andre kvalitative metoder (hva er det som gjør at det virker) (Larun, 2016). For å avklare om det er en sammenheng mellom psykisk helse og trivsel – og ulike fasiliteter og servicefunksjoner er tverrsnittdesignet godt egnet (ibid).

6.2.2 Seleksjonsskjevhet

I dette avsnittet vil jeg si noe mer om hvordan fremgangsmåten i en undersøkelse kan påvirke resultatene. Seleksjonsskjevheter innebærer at gruppene som sammenliknes er ulike på flere måter for eksempel ved at deltakerne er rekruttert på en måte som kan gi overrepresentasjon av enkelte grupper enn det som finnes i hele befolkningen (NOU, 2010).

Da fylkeshelseundersøkelsen ble sendt ut til brukerne første gang oppnådde de en deltakerandel på ca 24 %. Dette er for få informanter som kan gi valide data og som kan brukes til å utføre statistiske analyser på, utover enkle frekvenstabeller. Etter oppfølging og purrebrev økte andelen til 43 % anses det som en tilstrekkelig høy andel (Sverdrup, 2020). I studier som denne er utvalget stort (over 20 000 respondenter) og tilfeldig utvalgt i en såkalt SRS studie (Simple Random Sample) hvor populasjonen er valgt ut tilfeldig slik at alle har en lik sjansen til å bli utvalgt (Baldi and Moore, 2018). Risiko for skjevheter i utvalget reduseres når utvalget er tilfeldig, noe som igjen er en styrke for oppgaven.

Sammenliknet med populasjonen (befolkningen i Troms og Finnmark over 18 år) er det overensstemmelse på de fleste variabler. Det er en viss overrepresentasjon blant deltakere i undersøkelsen som hadde høyere utdanning. Det tyder da på at det er rekruttert litt for få antall deltakere i de 3 eldste svargruppene (se tabell 3). Et for stort avvik kan føre til at resultatene ikke blir tilstrekkelig representative. Dette vil få størst konsekvens dersom man ønsker å måle forekomst (prevalens) av for eksempel livskvalitet eller helse (Hjartåker, 2007). I min oppgave dreier det seg om å sammenlikne grupper og finne assosiasjoner og da er det viktigere å kunne gjøre valide sammenlikninger mellom grupper enn at gruppene skal være representative. Derfor er det viktig å vurdere størrelse og sammensetning av disse gruppene (Statistisk sentralbyrå for Troms og Finnmark i 2019 - SSB).

Til tross for noe avvikende tall er det ikke større avvik enn 7,2 % på det meste og hver aldersgruppe er stor med over 3000 informanter. Dermed er jeg sikret at alle undergrupper (menn/ kvinner, aldersgrupper, utdanningsgrupper) vil få et tilstrekkelig antall besvarelser. Oppfatninger av sitt eget nærområde kan også påvirke hvilket inntrykk man gir uttrykk for enn den objektive sannheten. Er det en del tagging i nærområdet kan man lage seg en oppfattelse

av at det er «mye kriminalitet» i nærområdet, og dermed aggere deretter – tro at man bor i et dårlig nabolag/ nærmiljø (Sooman, 1995).

6.2.3 Informasjonsskjevhet

Informasjonsskjevhet handler om at data som blir brukt i undersøkelsen er feilaktige, for eksempel ved informasjonsinnsamlingen og kvalitetssikringen. Dette kan oppstå ved systematiske feil som ukorrekt bruk av spørreskjema eller registrering av data. De utvalgte respondentene kan også bevisst eller ubevisst oppgi feil opplysninger gjennom spørreskjemaet.

En statistisk undersøkelse er forutinntatt dersom den systematisk favoriserer et spesielt resultat (bias) (Baldi, 2018). En relevant utfordring er frivillig besvarelse på en slik undersøkelse ved at deltakerne avgjør selv om de ønsker å besvare eller ikke. Undersøkelser hvor deltakeren enten skal skrive og sende inn, lese inn- eller webbaserte skjermundersøkelser kan innebære utfordringer. Personer med sterke meninger vil mest sannsynlig besvare disse, mens problemet kan være at de personene ikke er representative for den definerte populasjonen undersøkelsen er ment å dekke. Fylkeshelseundersøkelsen ga ikke respondenten mulighet til å svare flere ganger etter avgitt svar uten at det forrige svaret ble slettet. Dette kunne forverret potensialet for skjevhet i resultatet. Til å vurdere dette aspektet bør man ha tilgang til lokale kunnskaper som kan være krevende når det blir store og mange områder det forskes på.

Hvordan respondentene av fylkeshelseundersøkelsen tolket spørsmålene kan også være en kilde til bias (feilkilder) ved at respondentene oppgir andre svar enn det som er korrekt. Det er i fylkeshelseundersøkelsen at respondentene har gjort sine besvarelser. Folkehelseinstituttet har bred og lang erfaring med å gjennomføre slike store befolkningsundersøkelser samt at dette bygger på godt etablerte maler med spørsmål og spørsmålsstilling. At en stor offentlig aktør står med lang erfaring står bak undersøkelsen styrker sannsynligheten for at respondentene oppfatter og svarer på spørsmålene etter intensjonen.

Postsoner ble benyttet som geografisk inndeling, som har både styrker og svakheter. I tettsteder og spesielt i byer vil det være flere postsoner og ofte tett inntil hverandre. Disse kan være adskilt kun med bydeler og det kan være tilfeldig i hvilken postsone en fasilitet ligger. I kommuner med få innbyggere er det ofte kun et par postnummer som dekker hele kommunen

og dermed store geografiske områder. I byer og tettsteder vil det derfor være mange som ikke har fasiliteter tilknyttet sin postsoner, men likevel oppleve at de har en god tilgjengelighet til de samme fasilitetene. Postsonegrensa kan være «like rundt hjørnet» og skape en kunstig avstand om man skal utelukkende vurdere om postsonen er det samme som ens nærmiljø. Dette kan åpenbart variere fra oppfatninger om nærhet fra person til person, men også utfra hvilken type fasilitet det er snakk om. Kolonialbutikker kan man forvente å finne flere av på et sted av en viss størrelse hvor minst en er i relativ nærhet, mens de fleste vil kunne ha en forståelse for at svømmehaller er noe kommunen muligens kun har råd til å lage en av.

Har dette noe å si for befolkningen? I veldig liten grad betyr postnummeret noe for den enkelte, de er usynlige grenser i hverdagen. Postnummer er laget i større grad ut fra behovet for praktisk systematisering av Posten Norge, blant annet for å sortere mengder av post til hvert enkelt postbud. For folk flest er det rimelig å anta at hva den enkelte definerer som sitt nærområde har større betydning uavhengig av postnummersonen.

Variabelen «offentlig transport» angir om det er holdeplass for buss, kai til ferge, hurtigbåt eller hurtigrute i postnummeret, evt en flyplass. Det sier derimot ikke om hvor ofte kollektivtilbudet tilbys til befolkningen og om tilbudet dermed oppfattes som «godt nok».. Noen steder går for eksempel hurtigbåter nesten daglig mellom kommunesentre evt handelssteder og stedet en bor. Andre ganger kommer båten kun «på signal», som innebærer at man må varsle båten minst dagen i forveien, og alternativene er maks et par dager pr uke.

Min egen innsamling av data er derimot mer sårbar for feiltasting av tall, feil telling i kart og så videre. Det er lite å sjekke dette opp mot i etterkant. Det var nettopp derfor jeg valgt å ha kontakt med alle kommunene pr telefon – for å gå gjennom tall og verdier slik at vi fikk kvalitetskontrollert at tallene var korrekt fremkommet. Dermed har de vært gjennom en slags «andremanns kontroll» som styrker validiteten i dataene.

Jeg benyttet Google maps for å finne ulike fasiliteter i hver kommune. På hjemmesiden forklarer firmaet at de ønsker å ha så gode og nøyaktige data som mulig, men vi har ingen garanti for at alt de presenterer er helt korrekte. Det er ikke mulig å avklare hvor oppdaterte data de benytter og om de også dekker alt som finnes på hvert sted. Jeg forsøkte også å komme i kontakt med kundeservice hos Google maps i Norge for å spørre om dette, noe som viste seg å være svært vanskelig og for min del uoppnåelig. På den andre siden er Google maps avhengig av fornøyde kunder ettersom tjenestene deres er gratis for brukere og de er avhengig av sponsorer som gjerne blir «fremmet» på kartsidene deres. Det bør derfor være i

deres interesse at det de presenterer stemmer overens med virkeligheten og oppdateres fortløpende da brukerne vil vite hvordan ting er nå og ikke data som er utgått på dato.

Kan resultatene fra denne studien om tilgang til fasiliteter og andre servicetilbud for den voksne befolkningen i Troms og Finnmark – overføres på generelt grunnlag til å angå alle voksne i Norge? Det som styrker studien er den store mengden med respondenter. Jo flere som har svart jo mer øker sannsynligheten for at resultatet er representativt for den øvrige befolkningen.

6.2.4 Konfunderende variabler

En variabel kan være konfunderende når effekten den kan gi ikke skiller seg klart fra den variabelen vi undersøker (Baldi & Moore, 2018). I denne oppgaven tilsier det variablene kjønn, alder, sivilstand, utdanning og inntekt. Dette er variabler som vi benyttet regresjonsanalyse for å avdekke forhold rundt.

Figur 3 anga fordeling av høyeste fullførte utdanning for fylte 25 år og oppover. Troms og Finnmark har 2 % lavere andel av befolkningen som har høyere utdanning. Dersom en ønsker å generalisere resultater fra en region til hele landet er det viktig at utvalget og populasjonen er likt fordelt. Det er ikke tilfellet her, men verdiforskjellen er såpass lav at det vil ha mindre å uttelling i den store sammenhengen. Fylkeshelseundersøkelsen i regi av FHI ble i tillegg statistisk justert for blant annet kjønn, alder og utdanning for å minimere slike utfall.

Når vi skimter til bakgrunnsvariablene har alder på respondentene mer å si for utfallet enn utdanning og kjønn, mens signifikansen opprettholdes etter å ha justert for disse, selv om effektestimater går noe ned.

6.3 Implikasjon for folkehelserelevans

Denne studien bidrar til økt kunnskap om at enkelte fasilitetstyper har en sammenheng med trivsel og psykiske plager hos voksne over 18 år. De signifikante funnene er mest interessant som viser en positiv sammenheng mellom trivsel og kino, samtidig som både svømmehall og legetjenester har en negativ påvirkning på trivsel. For psykiske plager viser resultatene at for bibliotek er det mindre utbredelse av psykiske plager, mens for fasilitetene spisesteder og legetjenester kan de gi mer psykiske plager.

Studiens design medfører at det kun kan fastslå disse sammenhengene, og for eksempel ikke om de som har psykiske plager bosetter seg nært en kino, eller om de først bosatte seg nært en kino og så utviklet psykiske plager. Like fullt er dette et kunnskapsbidrag som kan bidra til å sette fokus på nærmiljøet og omgivelsers betydning gjennom de ulike fasiliteter har påvirkning på mennesker innenfor folkehelse tema som trivsel og psykiske plager. Det indikerer at ved planlegging og utforming av nærmiljøer og sentrumsområder bør faktorer angående relevante servicefasiliteter inkluderes og vurderes nøye, spesielt i områder hvor det er tett befolkningsgrad. Folkehelsearbeidet bør også fokusere på helsefremmende eller helseskadelige trekk i lokale områder så vel som på individuelle livsstilsfaktorer. Dette kan bidra til å forklare ulikhet i helse i ulike lokalmiljø basert på tilgjengelighet til ulike fasiliteter.

En utvikling av steder i Norge bør tilrettelegges på en best mulig måte slik at utnytting av sentrale og attraktive områder for fellesskapets beste heves høyt. Til dette behøves en tverrfaglig tilnærming hvor ulike aktører som utbyggere, kommunal planadministrasjon, folkehelsevitere og ikke minst innbyggere kan samhandle og medvirke i fellesskap. Dette må til for å kunne innfri myndighetenes overordnede mål om å oppnå høy levealder, flere år med god helse og trivsel og reduserte helseforskjeller samt et samfunn som fremmer helse (Helsedirektoratet, 2015). Som forskning rundt grønt områders påvirkning av helse anser jeg at fasiliteter og servicetilbud i stor grad kan medvirke til at folk bringes sammen og er interaktive med omgivelsene og at dette kan gi ringvirkninger som igjen kan føre til økt trivsel (Lachowycz & Jones, 2012; Twohig-Bennet, 2018). Når en kobler sammen fysiske miljø og sosiale forhold (Bagnall, 2018) må det til en styrt utvikling fra offentlige myndigheter samtidig som tilrettelegging for en god miks av sosioøkonomiske grupper i samfunnet, det vil si både boenheter som alle samfunnsgrupper har råd og anledning til å anskaffe. Da vil man i større grad oppnå en sosial utjevning. Når det i tillegg legges til rette for uorganisert virksomhet i form av torgsalg og bagasjeromssalg er terskelen langt lavere enn om kun kommersielle bedrifter skal ta seg av det meste innen salgsområdet (ibid). Et godt besøkt område for sosialisering kan gi startgrunnlag for den lille kafèen eller kiosken. I neste omgang etableres en liten nærbutikk, før flere servicetilbud kommer etter. Arealplanlegging og utvikling er derfor et godt verktøy for en kommune for å komme i grep med en ønsket utvikling av nye områder og transformering av eksisterende. De nære aktivitetene gir grobunn for sosialisering basert på tillit og relasjoner til de som bor i området (Bergem, 2019; Leyden, 2003).

7 Avslutning og konklusjon

Jeg har med oppgaven vist at det er en positiv sammenheng mellom trivsel og kino, svømmehall og legetjenester, samt mellom psykiske plager og bibliotek, spisesteder og legetjenester. Kino bidrar til bedre trivsel mens svømmehall og legetjenester virker forsterkende på de som trives dårlig. Bibliotek virker positivt på psykiske plager, mens spisested og legetjenester virker forsterkende på psykiske helseplager. Verdiene er lave som indikerer at hver fasilitet har begrenset påvirkning, men like fullt elementer som en bør ha med seg i vurderingen av og utvikling av nærsamfunnet.

Det er behov for mer forskning innenfor områdene som omhandler psykisk helse, trivsel og nærhet til ulike fasiliteter. En ny studie ville kunne benyttet for eksempel adresser til respondentene og ved hjelp av GIS-metoder kan det beregnes buffersoner rundt aktuelle fasiliteter for å vurdere hvor mange som bor innenfor gitte avstander. Oppgaven min fastslår kun om det er en sammenheng mellom de fleste av variablene, ikke hvor mye hver enkelt har av betydning eller på hvilken måte.

8 Litteraturliste

- AARSÆTHER, N. (2019). *Sosial kapital og samfunnsplanlegging*.
<https://tinyurl.com/bufsrxmy>
- ABEYKOON, AM. HASANTHI, et al. (2016). *Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review*. Public Health nutrition: 20(12).
<https://tinyurl.com/rvyvnymr>
- ANOTONOVSKY, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Franciscso, CA: Jossey-Bass.
- ANOTONVSKY, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health promotion international.
- APOTEKLOVEN. (2000) *Lov om apotek* (LOV-2000-06-02-39) Lovdata. [Lov om apotek \(apotekloven\) - Lovdata](#)
- BAGNALL, A. et. al. (2018). *Places, spaces, people and wellbeing: full review*. A systematic review of interventions to boost social relations through improvements in community infrastructure (places and spaces). [Places-spaces-people-wellbeing-full-report-MAY2018-1_0119755600.pdf \(whatworkswellbeing.org\)](#)
- BALDI, B; MOORE, D.S. (2018) *The practice of statistics in the life sciences*. Samples and observations studies.
- BERGEM, R; et al. (2019). *Nærmiljø og lokalsamfunn for folkehelse*. Sluttrapport frå evaluering av prosjektet Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse. <https://tinyurl.com/3fn4zabv>
- BERNTSEN, H; KRISTIANSEN, E. (2016, 20. oktober). Derfor blir idrettsungdom drittlei. *Forskning.no*. [Derfor blir idrettsungdom drittlei \(forskning.no\)](#)

- BIDDLE, S.; SEYMOR, M. (2012) *Healthy neighbourhoods and communities: Policy and practice*. Health promoting settings: Principles and practise.
<https://tinyurl.com/75tu9rk>
- BREIVIK, G.; RAFOSS, K. (2012). *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering og revisjon*. [Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering og revisjon \(norskfriluftsliv.no\)](https://norskfriluftsliv.no)
- BREWSTER, L. (2015). *The public library as therapeutic landscape: A qualitative case study*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829213001792>
- BRING. (2020). *Postnummertabeller – veiledning*. Filbeskrivelse og veiledning for bruk av postnummertabeller og endringslogger. Posten Norge AS.
<https://www.bring.no/tjenester/adressetjenester/postnummer/postnummertabeller-veiledning>
- CHAN, MARGARET (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020, World Health Organization*, 5. Foreword.<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/424776/retrieve>
- CHEN, JULIE CHIA-PING et al. (2019). *Exploring views on communal amenities and wellbeing in housing for seniors in Taiwan*. Building research and information.
<https://tinyurl.com/nrzah97y>
- COHEN, C.S., et al. (1985). *Stress, social support and the buffering hypothesis*. Psychological bulletin.
- COX, A.; BREWSTER, L. (2020). *Library support for student mental health and well-being in the UK: before and during the COVID-19 pandemic*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7535540/>
- DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. (1991). *What can we do about inequalities in health*. The Lancet. 338: 1059 – 1063.

- DET NORSKE AKADEMIS ORDBOK. (2021). *Fasilitet*. <https://naob.no/ordbok/fasilitet>
- ELLIOTT, J; et al. (2013). *Neighbourhood cohesion and mental wellbeing among older adults: A mixed methods approach*. <https://tinyurl.com/v7d4hp5a>
- FAULKNER, PATRICIA et al. (2012). *The Australian Social Inclusion Board. How Australia is faring*, s 52. <https://tinyurl.com/4fjpy5ej>
- FENG, XIAOQI et al. (2017). *2042 – Perceived public transport infrastructure modifies the association between public transport use and mental health: Multilevel analyses from the United Kingdom*. <https://tinyurl.com/px738h2p>
- FN-SAMBANDET. (2021). *Fns bærekraftsmål – utrydde fattigdom*. Utrydde alle former for fattigdom i hele verden. [Utrydde fattigdom \(fn.no\)](#)
- FN-SAMBANDET. (2021). *Fns bærekraftsmål – god helse og livskvalitet*. Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder. [God helse og livskvalitet \(fn.no\)](#)
- FN-SAMBANDET. (2021). *Fns bærekraftsmål – bærekraftige byer og lokalsamfunn*. Gjøre byer og lokalsamfunn inkluderende, trygge, robuste og bærekraftige. [Bærekraftige byer og lokalsamfunn \(fn.no\)](#)
- FOLKEBIBLIOTEKLOVEN. (1971) *Lov om folkebibliotek* (LOV-2013-06-21-95) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1985-12-20-108>
- FOLKEHELSEINSTITUTTET. (2015) *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. [Fakta om sosial støtte og ensomhet - FHI](#)
- FOLKEHELSEINSTITUTTET (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018*. Helse og sykdom, s 8. <https://tinyurl.com/kuzjvaw>

- FOLKEHELSEINSTITUTTET. (2019). *Spørreskjema fylkeshelseundersøkelsen Troms og Finnmark 2019*. [Fylkeshelseundersøkelsen i Troms fylkeskommune og Finnmark fylkeskommune 2019 – Vis - Nettskjema \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/tema/fylkeshelseundersokelsen-i-troms-fylkeskommune-og-finnmark-fylkeskommune-2019-vis-nettskjema)
- FOLKEHELSEINSTITUTTET (2020). *Kommunehelse statistikkbank*. Høyeste fullførte utdanningsnivå (B, inndeling per 1.1.2020) – andel (prosent). <http://khs.fhi.no/webview/>
- FOLKEHELSELOVEN. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- FULLER-GEE, M. (2015). *Helsefremmende by- og stedsutvikling*. https://www.idunn.no/file/pdf/66789854/plan_2015_03-04_pdf.pdf
- GEONORGE. (2021) *Administrative enheter fylker*. Kartkatalogen. <https://tinyurl.com/598mects>
- GOOGLE. (2021). *Forbrukerinformasjon på Google Maps*. <https://tinyurl.com/8zdw7s9>
- GRØNNINGSÆTER, ARNE BACKER; NIELSEN, ROY A. (2011) *Bolig, helse og sosial ulikhet*. [Bolig-helse-og-sosial-ulikhet.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/bolig-helse-og-sosial-ulikhet.pdf)
- GUTE, H.F. et al. (2006). *The impact of the physical and urban environment on mental well-being*. Public Health. <https://tinyurl.com/ybry4vuz>
- GUTT, Jan. (2016). *Med-statistikk-2016*. Univariable statistiske metoder, University of Oslo. <https://studmed.uio.no/elaring/lcms16/med-statistikk-2016/spss/>
- GUTTU, J.; SCHMIDT, L. (2010). *Møtesteder i bydel Søndre Nordstrand*. NIBR-rapport 2010:19. <https://tinyurl.com/ma259djw>

- HELGESEN, MARIT. K.(2015). *Bolig som påvirkningsfaktor for helse – implikasjoner for kommunal politikk og planlegging*. S 17.
https://www.idunn.no/file/pdf/66789854/plan_2015_03-04_pdf.pdf
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET. (2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Meld. St. nr. 19 2014 – 2015. Lastet ned fra [Meld. St. 19 \(2014–2015\) \(regjeringen.no\)](#)
- HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30) Lovdata. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)
- HELSEDIREKTORATET (2014). *Hvorfor psykisk helse i folkehelsearbeidet?* Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet, 3. <https://tinyurl.com/bvyecfz8>
- HELSEDIREKTORATET. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015*. <https://tinyurl.com/48rvf5ae>
- HELSEDIREKTORATET (2015). *Well-being på norsk*, 8. Innledning. <https://tinyurl.com/csb88ajp>
- HELSENORGE. (2021) *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. Effekter av fysisk aktivitet. <https://tinyurl.com/vnem37by>
- HJORT, PETER. (1998). *NOU 1998: 19, Fleksibel pensjonering*. 3.5 Helsebegrepet og helsemodellen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-19/id116542/?ch=8>
- HØIMYR; TORIL. (2009). *Sosial kapital på biblioteket?* En undersøkelse av bruken av to lokalbibliotek i Oslo. [Om Røa \(oslomet.no\)](#)

- JULSRUD, T. E.; DENSTADLI, J. M.; HERSTAD, J. (2014). *Bruk av mobilt kommunikasjonsutstyr underveis. Hva skjer med reiseopplevelsen?* [mal rapporter \(motocross.io\)](#)
- KILAND, C. et al. (2015). *Evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» i fem fylker.* Folkehelse og nærmiljøkvaliteter. <https://tinyurl.com/3jyaed4b>
- KINOLOVEN. (1987). *Lov om film og videogram.* (LOV-2015-12-18-129). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1987-05-15-21>
- KOELEN, M. et al. (2017). *The meanings of Salutogenesis.* Older people, Sense of coherence and community.
- KVADRAT. (2021) *Servicetilbud.* Kvadrat kjøpesenter, Amfi Sandnes. [Servicetilbud | Kvadrat](#)
- LACHOWYCZ, K. et al. (2012). *What can global positioning systems tell us about the contribution of different types of urban greenspace to children`s phusical activity?.* Health and Place. <https://tinyurl.com/4wnswtm4>
- LEYDEN, K. M. (2003). *Social capital and the built environment: The importance of walkable neighborhoods.* <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.93.9.1546>
- LIU, Y. et al. (2017) *Healthy urban living: residential environment and health of older adults in Shanghai.* <https://tinyurl.com/7b9vfvmc>
- LØNNE, AUDHILD. (2019) *Salutogenese.* Store Norske leksikon på snl.no. <https://sml.snl.no/salutogenese>
- MELD. ST. 23 (2008-2009). *Bibliotek.* Kultur- og kyrkjedepartementet. <https://tinyurl.com/npkz8auk>

- MELIS, GIULIA, et al. (2015). *A07 The impact of urban structure on mental health in Turin: the importance of public transport accessibility*. Journal of Transport & Health, s 8-9. <https://tinyurl.com/4m6vnu8j>
- MILLER, David B., et al. (2005). *Urban Hassles as Chronic Stressors and Adolescent Mental Health: The Urban Hassles Index*. <https://tinyurl.com/rr2kv46c>
- MITTELMARK, M. B. et al. (2017). *The meanings of Salutogenesis*. The handbook of Salutogenesis.
- MOLVEN, OLAV. (2020). *Helsinkideklarasjonen*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen>
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. (2016) *Community engagement: improving health and wellbeing*. Draft for consultation, definitions of terms used in this quality statement. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs148/documents/draft-quality-standard>
- NILSEN, F. S; WIEN, A. H. (2008) *dagligvareshopping – plikt eller fornøyelse? : en studie av dagligvarekunder i Tromsø*. Masteroppgave, UiT. <https://tinyurl.com/52dpxk59>
- NORGES FORSKNINGSRÅD. (2005). *Sosial kapital*. Klargjøring av ulike perspektiver. <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2005/sosial-kapital/>
- NORTVEDT, M. W. (2016). *Tverrsnittstudie*. Helsebiblioteket. [Tverrsnittstudie - Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no)
- NOU 2001:05. (2000). *Kino i en ny tid*. Kommers og kultur. Norges offentlige utredninger. <https://tinyurl.com/4vzrxc8x>

- NORDMELAN, R. (2017). *Ungdommens motivasjon til å utøve egenorganisert idrettsaktivitet – en kvalitativ metasyntese*. Master i helse og Empowerment. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/5213>
- NYSTAD, JENS FR. (2009). *Bo- og boligkvalitet – et spørsmål om fysisk standard eller sosiale utfordringer*. Fra trangboddhet til ensomhet. <https://www.idunn.no/plan/2009/06/art01>
- PUTNAM, R. (1993). *The prosperous Community: Social Capital and Public Life*. <https://tinyurl.com/y3kv5h9e>
- RAFOSS, K. (2003). *Haller i nord*. En kartlegging og analyse av anleggsbruk i 11 nordnorske innendørshaller. <https://tinyurl.com/kc8j7hut>
- RAMBØLL. (2019). *Slik skaper vi bedre byer*. Innbygggerundersøkelse – resultater og anbefalinger. [Bedre Byer - Nasjonal rapport \(ramboll.com\)](https://www.ramboll.com/bedre-byer)
- REGJERINGEN (2019). *Stedsutvikling*. Folkehelse. <https://tinyurl.com/4wsrb6d8>
- REGJERINGEN. (2020). *Gode bymiljø og bærekraftige byer*. Klima- og miljødepartementet. [Gode bymiljø og bærekraftige byer - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/tema/bymiljo-og-baerekraftige-byer/gode-bymiljo-og-baerekraftige-byer)
- SCMIDT, LENE. (2002). *Bokkvalitet i by: « Å gå på Rimi tøyler»*. <https://tinyurl.com/2jdk4pv>
- SCHMIDT, LENE. (2014). *Kompakt by, bokkvalitet og sosial bærekraft*. Norsk institutt for by- og regionforskning. [Microsoft Word - Forside 2014-12.docx \(oslomet.no\)](https://www.oslomet.no/tema/by-og-regionforskning/microsoft-word-forside-2014-12.docx)
- SCMIDT, LENE. (2015) *Kompakt by, bokkvalitet og sosial bærekraft*. Hvilke bokkvaliteter er ivaretatt? S 34. <https://tinyurl.com/58v9cfx8>

- SHAW, MARIA. (2004). *Housing and public health*. Annual review of public health. [Housing and Public Health | Annual Review of Public Health \(annualreviews.org\)](https://annualreviews.org/subject-reviews/housing-and-public-health)
- SKOGEN, JENS CHRISTOFFER, et al. (2019). *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. Folkehelseinstituttet. [Folkehelseundersøkelsen i Troms Finnmark 2019 - FHI](https://www.fhi.no/publ/2019/10/folkehelseundersokelsen-i-troms-og-finnmark-2019)
- SMITH, R.S; SHARP, J. (2012). *Journal of Autism & Developmental Disorders*. A grounded theory exploration of unusual sensory experiences in adults with Asperger syndrome. <https://tinyurl.com/mrmebt6f>
- SOLEM, TROND. (2006). *Folkehelse og fysisk miljø*. Universitetet for miljø- og biovitenskap. [Folkehelse og fysisk miljø \(forskning.no\)](https://www.forskning.no/tema/folkehelse-og-fysisk-miljo)
- SOOMAN, ANNE; MACINTYRE, SALLY. (1995). *Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighbourhoods in Glasgow*. <https://tinyurl.com/9ezvfn63>
- SPRÅKRÅDET. (2021). *Helse*. Bokmålsordboka. <https://tinyurl.com/25sejybk>
- SPRÅKRÅDET. (2021) *Service*. Bokmålsordboka. [Bokmålsordboka | Nynorskordboka \(uib.no\)](https://www.uib.no/bokmaalsordboka)
- STATISTISK SENTRALBYRÅ. (2020). *Kulturtilbod*. Tabell 11758: Aktivitet i folkebibliotek, etter region, statistikkvariabel og år. <https://tinyurl.com/52vaz2m8>
- STATISTISK SENTRALBYRÅ. (2021). Tabell 07459: *Befolkning, etter alder, statistikkvariabel og år*. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/>
- STRØMNES, K. R., et al. (2018). *Stedsanalyse Holmlia syd*. Analyserapport. [Report \(ramboll.com\)](https://www.ramboll.com)

- SUGIYAMA, T.; et al. (2012). *Destination and route attributes associated with adults walking*. A review. https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2012/07000/Destination_and_Route_Attributes_Associated_with.11.aspx
- SUNNHEDSSTYRELSEN. (2018). *Fysisk trening som behandling*. -31 lidelser og risikotilstande. [Fysisk-traening-som-behandling.aspx \(sst.dk\)](https://www.sst.dk/Fysisk-traening-som-behandling.aspx)
- SUVATNE, S.S. (2020, 10. april). Legeforeningen bekymret for lange helsekøer etter koronaen. *Dagbladet*. <https://www.dagbladet.no/nyheter/legeforeningen-bekymret-for-lange-helsekoer-etter-koronaen/72350537>
- SVERDRUP, SIDSEL. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag*. Råd og vink. Skritt for skritt.
- SÆLØR, KNUT TORE et al. (2019). *Møter i mørket*. Økonomiske helseproblemer, subsidier og det sosiale liv. [Møter i mørket - Nr 02 - 2019 - Tidsskrift for velferdsforskning - Idunn](https://www.idunn.no/medlemsbladet/2019/02/moeter-i-morket)
- TYDAL KOMMUNE. (2021) *Butikker og service i Tydal*. [Butikker og servicetilbud i Tydal - både for magen, bilen og deg selv. \(sylan.no\)](https://www.tydal.no/om-tydal/butikker-og-service-i-tydal)
- TWOHIG-BENNET, C. et al. (2018) *The health benefits of the great outdoors: A systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes*. Environmental research. <https://tinyurl.com/rf3cxmjw>
- UNGDATA. (2020). *Stress, press og psykiske plager blant unge*. <https://www.ungdata.no/stress-press-og-psykiske-plager-blant-unge/>
- UNIVERSITETET I AGDER; HØGSKOLEN I BERGEN. (2015). *Evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» i fem fylker*. Hvilke faktorer i nærmiljøet hemmer og fremmer folkehelsen ifølge deltakernes beskrivelser?, s 5. <https://tinyurl.com/nt3emvtx>

- VAANDRAGER, L., et al (2019) *The meanings of salutogenesis*. The Application og salutogenesis in communities and neighborhoods.
- VANNIER, C. et al. (2020). *Pathways to urban health and well-being: measuring and modelling of community services in a medium size city*.
<https://geospatialhealth.net/index.php/gh/article/view/808/866>
- VESTBY, GURI METTE. (2018) *Fugleperspektiv på tre tiår med stedsutvikling*. By- og regionsforskningsinstituttet NIBR/ OsloMet. [Fugleperspektiv på tre tiår med stedsutvikling – Distriktssenteret](#)
- VON HEIMBURG, DINA, et al. (2019) Helsestatistikk-rapport nummer 5 fra HUNT4. *Nærmiljø i Trøndelag 2019: trivsel, opplevd trygghet, tilgjengelighet til tjenester og nærmiljøressurser, og støy*. <https://tinyurl.com/kncx94p8>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1946). *About us: Who we are: Constitution*. WHO principles. Hentet fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1986). *Ottawa charter for Health Promotion, 1986*. Health Promotion. Hentet fra <https://tinyurl.com/mrtvhhbn>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 7. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- WÅGØ, SOLØR, HØYLAND, KARIN. 2009) *Bokvalitet og hverdagsliv for eldre*. En evaluering av ulike boligkonsepter. SINTEF Byggforsk. <https://tinyurl.com/7nbkuw9b>



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

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjektittel

Fysiske og sosiale nærmiljøfaktorerers betydning for aktivitetsdeltakelse, helse og trivsel blant innbyggere i Troms og Finnmark og Agder

Referansenummer

262686

Registrert

10.11.2020 av Geir Aamodt - geir.aamodt@nmbu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet – NMBU / Fakultet for landskap og samfunn / Institutt for folkehelsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Geir Aamodt, geir.aamodt@nmbu.no, tlf: 90057230

Type prosjekt

Studentprosjekt, bachelorstudium

Kontaktinformasjon, student

Vilde Olsen Rommetveit, vilde.olsen.rommetveit@nmbu.no, tlf: 90806571

Prosjektperiode

01.01.2021 - 31.01.2023

Status

09.12.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

09.12.2020 - Vurdert

BAKGRUNN

Denne tilbakemeldingen gjelder en samlet vurdering av masteroppgaver ved Institutt for folkehelsevitenskap, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Dette gjelder 3 studenter: Vilde Olsen Rommetveit (vilde.olsen.rommetveit@nmbu.no), Silje Ingebrigtsen (siljeingebrigtsen123@gmail.com) og Gjermund Wik (gjermund.abrahamsen.wik@nmbu.no). Denne vurderingen gjelder for studentoppgaver som følger retningslinjene som gis i denne tilbakemeldingen fra NSD. Prosjekter som ikke følger de gitte retningslinjene må meldes inn på eget meldeskjema.

NSD SIN VURDERING

Prosjektansvarlig har ansvar for hvert enkelt prosjekt som omfattes av denne innmeldingen. Prosjektene skal gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 09.12.2020, samt i meldingsdialogen mellom prosjektansvarlig og NSD.

Så fremt prosjektene gjennomføres på denne måten er det vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen. Behandlingene kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektene vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.01.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Data skal utelukkende hentes fra Fylkeshelseundersøkelsen i Agder og i Troms og Finnmark. Variablene som skal hentes ut og brukes er definert i variabellisten vedlagt på siden "Tilleggsopplysninger" i dette meldeskjema. Det er innhentet samtykke fra utvalgene i forbindelse med deltakelse i Fylkeshelseundersøkelsen. Samtykket gjelder deltakelse i Fylkeshelseundersøkelsen, samt at opplysningene kan benyttes i nye forskningsprosjekt til formål som er i tråd med formålene i Fylkeshelseundersøkelsen, forutsatt at det er i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. Det er NSD sin vurdering at samtykkene er dekkende for gjenbruk av data i gjeldende prosjekt, jf. personvernforordningens fortalepunkt 33.

Lovlig grunnlag for behandlingen er dermed den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom det brukes en databehandler i prosjektene må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Prosjektansvarlig må forsikre seg om at studentene sletter rådata i forbindelse med innlevering/sensur av oppgavene. Det bør legges opp til at studentene bekrefter dette skriftlig til prosjektansvarlig når det er gjort, før prosjektansvarlig rapporterer om status for behandlingen av personopplysninger til NSD.

Lykke til med prosjektene!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)