



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2022 (30 stp)

Fakultet for landskap og samfunn – Institutt for folkehelsevitenskap

En kvantitativ studie om selvrapportert helse i befolkningen i Østfold

A quantitative study on self-rated health in the
population of Østfold

Trond Ø. Lien

Master i folkehelsevitenskap- natur og miljø, helse og livskvalitet

Forord

Det har vært to svært lærerike, inspirerende og til tider krevende og år på Master i Folkehelsevitenskap ved NMBU. Gjennom Covid-19 pandemien og nedstengningen av samfunnet har vi som studenter dessverre oppholdt oss lite på campus, og det meste av forelesningene har foregått online, men både lærere og studenter har allikevel gjort det beste ut av det og skapt to spennende år.

Jeg vil først og fremst takke Camilla Ihlebæk, professor ved NMBU for godt strukturert og tydelig veiledning og tilbakemeldinger underveis i skriveprosessen. Hennes kunnskap og dedikasjon har engasjert og inspirert meg som student og gitt meg lyst til å jobbe videre med folkehelse etter endt mastergrad.

Underveis i studiet har jeg lært hvor vidt og altomfattende folkehelsevitenskapen er og hvor sterkt den sosiale ulikheten påvirker mennesker og skaper en urettferdig verden. Denne økte forståelsen har vært en øyeåpner for hvor viktig kunnskapen og arbeidet for folkehelse er og hvordan det preger og påvirker våre liv og vår historie inkludert min egen.

Jeg vil videre takke Viken Fylkeskommune for å ha gitt tillatelse til å bruke dataene fra befolkningsundersøkelsen «Oss i Østfold» og jeg vil også takke mine flinke og inspirerende medstudenter og har særlig lyst til å nevne Kristine, Heidi og Lykke for vennskap, moralsk støtte og godt samarbeid i disse to årene.

Jeg vil takke teamet på Kjernekraft Yoga & Pilatesstudio for å ha gitt meg permisjon til å fullføre dette studiet.

Til slutt vil jeg takke Martin, min kjære mann og beste venn for alle støtte, motivasjon og tålmodighet i lange dager der det har vært tungt å motivere med krevende studier og et delt hjemmekontor i en liten leilighet i Oslo under Covid-19 pandemien.

Sammendrag

Bakgrunn

Selvrapportert helse (SRH) er et hyppig benyttet mål på subjektiv helse når man skal kartlegge folkehelse og den vanligste måten å måle dette på er ved spørsmålet «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?». Forskning har vist at SRH er en god prediktor for hvordan det går med folk i løpet av livet i forhold til ulike helserelevante mål. Men det er fortsatt manglende kunnskap om hva SRH egentlig måler og hvilke faktorer som er assosiert med hvordan folk vurderer og rapporterer sin SRH.

Formål

Å undersøke sammenhengen mellom sosiodemografi, livsstilsfaktorer, psykiske og fysiske plager, sosial kapital og SHR i et representativt utvalg av den voksne befolkningen i Østfold.

Metode

Et kvantitativt tverrsnittsdesign ble benyttet og er basert på et analytiskutvalg på N=12 804 respondenter i alderen 18 til 79 år bosatt i Østfold. En trinnvis logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å se på hvordan de ulike variablene sosiodemografi, livsstil, psykiske og fysiske plager og sosial kapital var assosiert med det å rapportere god SRH.

Resultater

Det var 72 % av det analytiske utvalget som rapporterte god SRH. De faktorene som bidro sterkest til å forklare variansen i SRH var sosiodemografiske faktorer og psykiske plager og fysiske plager. De sosiodemografiske variablene i blokk 1 forklarte 24% av variansen i SRH og den sterkeste sammenhengen ble funnet for det å være sysselsatt som økte odds med 9 ganger for å rapportere god SRH sammenlignet med det å ikke være sysselsatt. Når livsstilsvariabler ble lagt til i modellen økte forklart varians bare til 28 %, men når variablene for psykiske og fysiske plager ble lagt til i blokk 3 forklarte modellen hele 46% av variansen i SRH. Variablene for sosial kapital bidro også signifikant, men bidro bare til å øke forklart varians i SRH til 47%.

Konklusjon

Resultatene i denne studien viste at alle de fire hovedgruppene av helsedeterminanter var signifikant assosiert med 1 SRH, selv om de i ulik grad bidro til å forklare variansen i SRH. Disse resultatene viser betydningen av å ha en bred tilnærming når man vil fremme god helse i befolkningen. Det helsefremmende arbeidet bør spesielt ha søkelys på økt sysselsetting og andre tiltak som hindrer at sosioøkonomiske faktorer skaper sosial ulikhet i helse. Tiltak mot psykiske lidelser og bedring av helse og livskvalitet for personer med kronisk sykdom er også viktig for den generelle folkehelsen i lys av disse resultatene.

Abstract

Background

Self-rated health (SRH) is a frequently used tool to measure subjective health when the aim is to get knowledge about the general health of a population. The most common question used to measure SRH is “In general, would you say your health is”. Studies have shown that SRH is a good way to measure how people are doing during their lifetime relative to various health related issues. There is still a lack of knowledge about what SRH is measuring and what factors are associated with how people are considering and reporting SRH.

Aim

To investigate the relationship between socio demography, lifestyle factors, mental and physical problems, social capital, and SRH in a representative selection of the adult population of Østfold.

Method

The method used was a quantitative cross-sectional study based on an analytical selection of 12 804 respondents between the ages 18- and 79-years old living in Østfold.

A step-by-step logistic regression analysis was utilized to investigate how sociodemographic factors, lifestyle factors, mental and physical problems and social capital was associated with good SRH.

Results

72% of the individuals in the analytical sample reported good SRH. The strongest contributors to the variance in SRH were socioeconomic factors, mental illness, and chronic disease. The sociodemographic variables in block 1 explained 24% of the variance in SRH and the strongest association was found in being employed where the odds of reporting good SRH was 9 times higher compared with the non-employed group. When adding the lifestyle variables to the model the variance increased only to 28%. After adding the variables of mental illness and chronic disease in block 3 the model explained 46% of the variance in SRH. The variables of social capital also contributed significantly, but only increased the variance in SRH to 47%.

Conclusion

The results of this study showed that all four main groups of health determinants were significantly associated with SRH even though their contribution in explaining the variance in SRH varied between the groups. These results show that health promotion needs to have a broad perspective and aim at several health determinants simultaneously to be successful. An increased focus on employment and measures to counteract social economic factors from creating social inequality in health is encouraged. These results also show that measures directed towards mental illness and increased health and wellbeing for people with chronic disease also are important factors in public health.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1. <i>Problemstilling</i>	6
2. Bakgrunn	7
2.1. <i>Folkehelseloven og oversikt over helsen i Norge</i>	7
2.2. <i>Helse og selvrapportert helse</i>	9
2.3. <i>Hva påvirker folks helse</i>	11
2.3.3. <i>Psykiske plager og kronisk langvarig sykdom</i>	20
3. Problemstilling	25
4. Metode og studiedesign	25
4.1. <i>Utvalg, studiepopulasjon og analytisk utvalg</i>	25
4.2. <i>Avhengig variabel</i>	27
4.3. <i>Uavhengige variabler</i>	27
4.3.1. <i>Sosiodemografiske variabler</i>	27
4.3.2. <i>Livsstilsfaktorer</i>	28
4.3.3. <i>Psykiske plager og kronisk langvarig sykdom</i>	28
4.4. Dataanalysen	30
5. Etikk	31
6. Resultater	33
6.1. <i>Deskriptiv statistikk</i>	33
6.2. <i>Bivariate sammenhenger mellom sosiodemografiske faktorer og selvrapportert helse</i>	37
6.3. <i>Bivariate sammenhenger mellom livsstilsfaktorer, sosial kapital, psykiske og kroniske plager og generell selvrapportert helse</i>	38
7. Drøfting	43
7.1. <i>Oppsummering av resultater</i>	43
7.2. <i>Drøfting av funn</i>	44
7.2.1. <i>Sosiodemografisk og sosioøkonomisk variasjon i SRH</i>	44
7.2.2. <i>Livsstilsfaktorer</i>	49
7.2.5. <i>Sosial kapital</i>	52
7.3.1. <i>Metode og studiedesign</i>	54
7.3.2. <i>Behandling av data og analyse</i>	55
7.3.3. <i>Reliabilitet og validitet</i>	58
8. Konklusjon og implikasjon	61
9. Referanser	63
10. Vedlegg 1. Befolkningsundersøkelsen «Oss i Østfold»	
11. Vedlegg 2. Samtykkeskjema	
12. Vedlegg 3. NSD meldeskjema	

1. Innledning

Denne masteroppgaven var basert på datamateriale fra befolkningsundersøkelsen «Oss i Østfold» fra 2019 hvor man ønsket å kartlegge selvrapporert helse og livskvalitet blant innbyggerne i Østfold, en videreføring av en lignende undersøkelse fra 2011/2012.

Undersøkelsen tok for seg temaer som helse, trivsel, arbeid og nærmiljø blant et representativt utvalg i alderen 18-79 år. 16 558 personer deltok - noe som gav et godt bilde av SRH blant befolkningen i Østfold. Ifølge en rapport fra Viken fylkeskommune (2019) rapporterte 7 av 10 østfoldinger sin egen helse som god og lå da 9 prosentpoeng under landsgjennomsnittet (Østfold Fylkeskommune, 2019). I Folkehelseinstituttets folkehelseprofil fra 2021 pekte man på noen generelle trekk ved folkehelsen i Østfold: Andelen husholdninger med lav inntekt var høyere enn i landet som helhet og andelen som gjennomfører videregående opplæring er lavere enn landsgjennomsnittet (FHI, 2021a). Dette gjorde Østfold til et område det kan være spesielt interessant å undersøke vedrørende sosiodemografiske faktorer og andre faktorer som var assosiert med SRH (Østfold Fylkeskommune, 2019).

1.1. Problemstilling

Formålet med dette masterprosjektet var å undersøke sammenhengen mellom et bredt spekter av faktorer som kunne påvirke SRH. Disse faktorene var sosiodemografi, livsstilsfaktorer, psykiske plager og kroniske helseplager og sosial kapital. SRH er et mye brukt helsemål, men fortsatt er det manglende kunnskap om bredden av faktorer som bidrar til god eller dårlig SRH (Jylhä, 2009). Det er også behov for mer empiri om hvilke faktorer som påvirker SRH i en norsk og nordisk kontekst og flere studier har oppfordret til mer forskning i dette feltet (Potrebny et al., 2019; Torsheim et al., 2018; Vie, Hufthammer, Meland, & Breidablik, 2019). Formålet med denne mastergradsoppgaven var derfor å få mere kunnskap om disse sammenhengene.

Forskningsspørsmål: Hvordan er sosiodemografi, livsstilsfaktorer, psykiske plager, kronisk langvarig sykdom og sosial kapital assosiert med selvrapporerte helse i befolkningen i Østfold?

2. Bakgrunn

2.1. Folkehelseloven og oversikt over helsen i Norge

I 2012 trådte en ny folkehelselov i kraft i Norge som en erstatning av kommunehelsetjenesteloven (HOD, 2020). Formålet med Folkehelselovens § 1 er å bidra til en folkehelsefremmende samfunnsutvikling som har som mål å redusere sosial ulikhet i befolkningens helse. I følge loven skal den fremme helse i form av gode psykososiale og miljømessige forhold og forebygge psykiske lidelser, fysisk sykdom og skade (Folkehelseloven, 2012).

Videre i lovteksten heter det at «Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.» (Folkehelseloven, 2012).

Denne loven legger vekt på å fremme helse og trivsel, og bringer derfor den subjektive dimensjonen av helse frem som viktig. Med folkehelseloven i 2012 forsterket man også kravet til kommuner og fylkeskommuner om å føre oversikt over befolkningens helsetilstand (Østfold Fylkeskommune, 2019), noe som gjør at alle kommuner skal vite noe om innbyggernes helse. Regjeringens folkehelsemelding fra 2021-2022 vektla videre en voksende sosial ulikhet i helse, ensomhet blant unge og økt overvekt og fedme som utfordringer i folkehelsen (HOD, 2021). De sentrale målene i stortingsmeldingen dreide seg blant annet om å forbedre kommunal helse- og omsorgstjeneste i forhold til et verdig liv og økt mestring for de som lever med kronisk sykdom (HOD, 2021). Økt fokus på forebygging av psykiske lidelser i befolkningen ble også trukket frem som et viktig innsatsområde (HOD, 2021).

Norge er et rikt land med generell god helse blant befolkningen og høy levealder. Ser vi på FNs «Human Development Index» (HDI) fra 2019 ligger Norge på første plass i helse og levealder etterfulgt av Irland, Sveits og Island (SSB, 2018). I 2017 var forventet levealder i Norge 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn og utviklingen de siste 30 årene har vist at forskjellen i levealder mellom menn og kvinner minsker (SSB, 2018). Den generelle helsen i Norge er god og varierer i mindre grad med demografi og sosioøkonomi

sammenlignet med land som USA med større sosiale forskjeller og en annen helsepolitikk og helsevesen (Islam, Merlo, Kawachi, Lindström, & Gerdtham, 2006; SSB, 2018).

I lys av folkehelsens utvikling de siste 200 årene har det skjedd store endringer. På 1800-tallet var gjennomsnittlig levealderen 40 år som er under halvparten av det den er i dag og det fantes ingen offentlig helsetjeneste (FHI, 2014a). Smittsomme sykdommer som Tuberkulose, Kolera, Tyfus og Kopper var datidens mest utbredte folkesykdommer (SSB, 2007). Mot siste halvdel av 1800-tallet fikk man ny kjennskap til bakterier og virus og kunnskapen om epidemiologi førte til at man utviklet smittevern og vaksinasjonsprogrammer som reduserte forekomsten av slike smittsomme sykdommer og senket barnedødeligheten (FHI, 2014a). Utover på 1900-tallet bidro moderne medisin og oppdagelsen av antibiotika til å nærmest fjerne smittsomme sykdommer som folkehelseproblem i den industrielle verden (FHI, 2014a). På andre halvdel av 1900-tallet økte velstanden med oljeindustrien og folk fikk bedre økonomi. Befolkningen fikk økt kjøpekraft og tilgang til nye matvarer som hurtigmat og prosessert mat og det ble lettere å få tak i sigaretter og alkohol. Stillesittende kontorjobber erstattet i stor grad manuelt kroppsarbeid og med endringen i livsstil, kosthold og redusert fysisk aktivitet overtok livsstilssykdommer som hjertekarsykdom og kreft for de smittsomme sykdommene (FHI, 2014a). I 1960- og 70-årene utviklet man allikevel nye medisiner og tiltak som førte til at færre pasienter døde av disse sykdommene (Folkehelsen, 2021). I 2001 trådte røykeloven i kraft med forbud mot all innendørs røyking på offentlig sted (FHI, 2014a).

I dag er det ikke-smittsomme sykdommer som for eksempel kreft, diabetes, og hjerte- og karsykdom som rammer mange (WHO, 2017). De vanligste årsakene til at folk oppsøker lege eller blir sykemeldt i dagens Norge er muskel- og skjelettplager, utbrenthet og psykiske problemer (Kinge, 2017). Alle disse plagene og sykdommene er påvirket av sammensatte årsaker som f.eks. livsstil, sosiale faktorer og langvarige stressbelastninger (Ihlebak, 2022).

I 2017 satte Helsedirektoratet i gang et nytt program for folkehelsearbeid i kommunene (Helsedirektoratet, 2018b). Målet med programmet er å satse på lokalt arbeid der hver kommune skulle tildeles mer midler og ressurser til arbeid og kunnskapsutvikling for å fremme god helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018b). Helsedirektoratet fremhevet betydningen av lokalmiljøet for psykisk helse og livskvalitet og økt fokus på dette (Helsedirektoratet, 2018b). I Helsedirektoratets rapport ble det belyst at rusmisbruk, røyking, dårlig kosthold og fysisk inaktivitet defineres som klare risikofaktorer for psykiske lidelser

som alvorlig depresjon og angst og at dette påfører betydelig belastning både på enkeltindivider, pårørende og samfunnet som helhet (Helsedirektoratet, 2018b). Flere kommuner har belyst psykisk helse som en stor utfordring og psykisk og Regjeringen understreket derfor i Folkehelsemeldingen fra 2019 at psykisk helse skulle likestilles med fysisk helse i folkehelsearbeidet (HOD, 2019). Det ble fremhevet et behov for mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker et godt liv for å lage en nasjonal strategi for fysisk og psykisk helse og livskvalitet (HOD, 2019).

2.2. Helse og selvrapportert helse

Begrepet helse og oppfatningen av hva som påvirker den har endret seg gjennom historien. I antikkens Hellas definerte Hippokrates god helse som balansen mellom de 4 kroppsvæskene blod, flegma, gul- og svart galle i hjerte, hjerne, lever og milt (Skålevåg, 2021). En eller flere ubalanser i disse kroppsvæskene kunne føre til sykdom og behandling bestod hovedsakelig av en blanding av en tilrettelagt diett og medisinske urter. En slik medisinsk praksis ble kalt humoralpatologi og dominerte i Europa fra antikken og helt fram til 1800-tallet (Skålevåg, 2021). Lignende gamle medisinske systemer som tradisjonell kinesisk medisin, akupunktur og ayurvedisk medisin eksisterer fortsatt i dag og er godt utbredt over hele verden (Grimsgaard, 2020; Rasmussen, 2021).

Med fremveksten av moderne vitenskap under renessansen ble det å bekjempe sykdom og for tidlig død medisins primære oppgave og kroppen ble hovedsakelig sett på som en mekanisk konstruksjon og behandling ble gitt deretter (Skålevåg, 2021). Det moderne synet på helse og sykdom var lenge dominert av biomedisinen hvor psykososiale faktorer ikke hadde like stort fokus (Engel, 1977). Dette synet på hva som var sykdom og helse ble kalt «den biomedisinske modellen» og utover på siste halvdel av 1900-tallet ble den kritisert for å definere helse ut fra et for snevert syn hvor man utelot viktige sosiale faktorer relatert til adferd og psykologi (Engel, 1977). En kjent norsk kvalitativ studie fra 2001 intervjuet nordmenn om helse og fant at de fleste definerte den generelle helsen sin basert på et gjensidig samspill av flere ulike faktorer i livene deres (Fugelli & Ingstad, 2001). Man konkluderte dermed med at helse var et stort og sammensatt tema som rommer mange aspekter ved livet og kan forstås på ulike måter ut fra historie, kultur og tradisjoner og ikke minst individet selv (Fugelli & Ingstad, 2001).

Verdens Helseorganisasjons (WHO) første definisjon på helse fra 1948 lød: «helse er ikke bare fravær av sykdom, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære» (WHO, 1948). Denne definisjonen ble etter hvert mye kritisert for å være utopisk og ble senere endret til «En ressurs som gir folk mulighet til å leve et produktivt liv på det personlige, sosiale og økonomiske plan. Helse som ressurs i det daglige liv» (WHO, 1986). Den norske professoren Peter F. Hjort definerte helse som å ha energi og overskudd til å mestre krav og utfordringer i hverdagen (Hjort, 1982).

Selvrapportert helse (SRH) er et stort og komplisert begrep som rommer mange aspekter ved livet og kan forstås på ulike måter ut fra historie, kultur, tradisjoner og ikke minst individet selv. Det vil derfor variere hva folk legger til grunn når de blir bedt om å vurdere helsen sin som god eller dårlig (Fugelli & Ingstad, 2001; Manderbacka, 1998; Stephan et al., 2020). Allikevel er det funnet at SRH er en god prediktor for hvordan det går med folk i løpet av livet (Holseter, Dalen, Krokstad, & Eikemo, 2015; Jylhä, 2009; Singh-Manoux et al., 2006).

Selv om SRH er et mye brukt helsemål, er det altså fortsatt manglende kunnskap om hvilke samfunnsmessige, sosiale og fysiologiske årsaker som påvirker den og det kreves mer forskning på forklaringsvariabler (Jylhä, 2009). Forskning har sett på sammenhengen mellom SRH og sosiodemografiske og sosioøkonomiske variabler som kjønn, alder, utdanning og inntekt. Resultatene har ikke alltid vært entydige fra studie til studie eller på tvers av land og ulike befolkningsgrupper og vi vil se nærmere på dette i del 2.3 i oppgaven. Sosioøkonomi er et uttrykk for sosiale og økonomiske forhold som er med på å skape sosial ulikhet og det kalles også for sosial klasse. Sosioøkonomiske variabler kan være yrke, utdanning, eller inntekt og økonomi (Tjora, 2019). Forskning har vist at god SRH er assosiert med høyere inntekt, utdanning og høyere tillit til samfunnet generelt (Girón, 2012; Huisman, Van Lenthe, & Mackenbach, 2007; Mansyur, Amick, Harrist, & Franzini, 2008).

SRH er et subjektivt mål på helse og den vanligste måten å måle dette på er ved spørsmålet «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?». Som nevnt ovenfor er SRH et mye anvendt mål på helse, men det er fortsatt et begrep som man ikke enda har kartlagt fullstendig hva innebærer (Jylhä, 2009). Som tidligere nevnt gjennomførte Fugelli og Ingstad (2001) 80 kvalitative intervjuer med nordmenn fra ulike kanter av Norge (Fugelli & Ingstad, 2001). Forskerne fant seks hovedtemaer som gikk igjen i folks definisjon av hva som var god helse: Trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og overskudd/energi. De fant ut at tre hovedtemaer

gjentok seg blant alle deltagerne, *helhet, pragmatisme og individualisme* (Fugelli & Ingstad, 2001). *Helhet* i den forstand at helse var summen av alle sider i livet og samfunnet, *pragmatisme* fordi folk bedømte sin egen helse ut fra hva de mente var realistisk ut fra eget utgangspunkt og egne forutsetninger som alder, funksjon, sykdom og sosial situasjon. Det siste temaet var *individualisme* fordi alle hadde et unikt syn på hva helse var og hvordan de definerte sin egen helse (Fugelli & Ingstad, 2001). Fugelli og Ingstad oppdaget at trivsel, livskvalitet og helse hang nøye sammen når folk skulle definere helsen sin og at de fleste dermed ikke hadde en forventning om fullkommen helse slik som WHO definerte den i 1948 (Hjort, 1982).

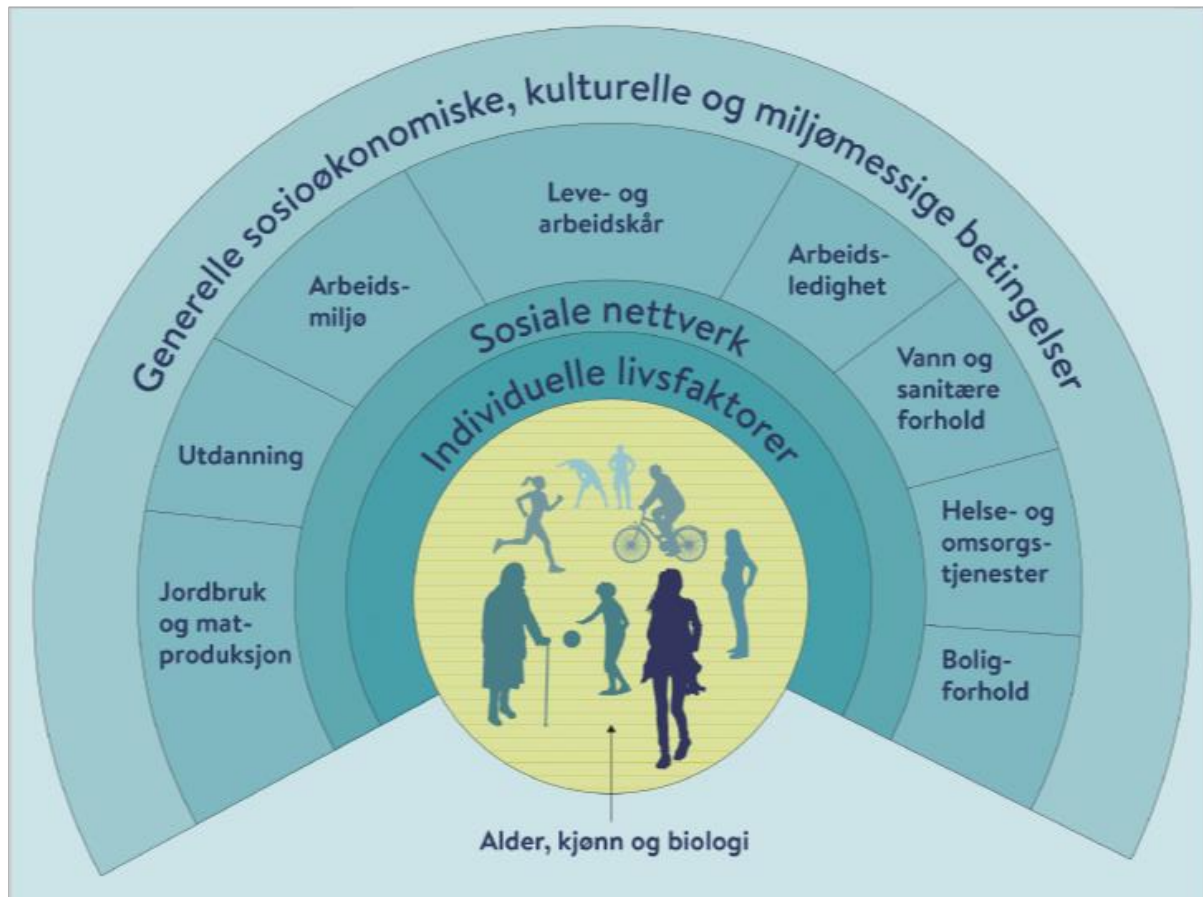
SRH skiller seg fra biomedisinske mål på helse og kan ses på som en subjektiv kognitiv prosess basert på individuell forståelse av begrepet helse (Tissue, 1972).

Flere studier på bruken av SRH mål har vist at det er en enkel, verdifull måte å få bred informasjon om helse i en populasjon på (Baćak & Ólafsdóttir, 2017; Holseter et al., 2015; Jylhä, 2009). Dette er et valid måleverktøy å bruke for å skaffe kunnskap om både biologiske og psykososiale faktorer selv når mer spesifikke diagnoser og mål på helse ikke er tilgjengelige (Baćak & Ólafsdóttir, 2017; Holseter et al., 2015; Jylhä, 2009). SRH som valid mål på generell helse i en befolkning fikk for alvor anerkjennelse på 80-tallet da amerikanske forskere gjennomførte en 9-årig kohortstudie blant 692 voksne amerikanere i California (Kaplan & Camacho, 1983). Studien viste en sterk assosiasjon mellom SRH og økt dødelighet stratifisert for kjønn, alder, status for fysisk helse, sosial tilhørighet, inntekt, utdanning (Kaplan & Camacho, 1983). Forskerne har forsøkt å forstå hvordan folk som rapporterer sin egen helse kan rapportere så korrekt i forhold til faktisk sykdom og død. De har kommet fram til at hvert menneske har en unik evne til å forutsi sin egen helse og mortalitet gjennom en slags unik kroppslig sansemekanisme og mental bevissthet (Jylhä, 2009). SRH er derfor en blanding av kultur og biologi og forskningen er langt fra i mål på å forstå disse mekanismene som er med på å påvirke og forme helsen (Jylhä, 2009).

2.3. Hva påvirker folks helse

De faktorene som påvirker helsen vår, blir ofte kalt helsedeterminanter. Den mest kjente og brukte modellen for å beskrive hvordan disse helsedeterminantene påvirker helsen er Dahlgren og Whitehead sin modell fra 1991 (Dahlgren & Whitehead, 1991). Modellen er delt

i fem nivåer hvor det innerste nivået er individuelle faktorer som *alder, kjønn, og arvelige egenskaper* (figur 1). Utenfor dette nivået kommer individuelle *livsstilsfaktorer* som er med på å definere helse. Som nivå nummer tre plasseres *sosiale faktorer* som venner, familie og sosiale nettverk. På fjerde nivå kommer bo- og arbeidsforhold som påvirker helsen og i ytterste nivå kommer generelle overordnede nasjonale sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold (Dahlgren & Whitehead, 1991) (Figur 1).



Figur 1. Helse-determinantene (etter Whitehead og Dahlgren, 1991), fra Folkehelse-rapporten 2018. Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2018)

Denne masteroppgaven har benyttet helse-determinanter fra flere nivåer for å se på hvilke faktorer som er assosiert med SRH. Disse faktorene vil være knyttet til sosiodemografi, livsstilsfaktorer, psykiske og fysiske plager og sykdom og sosial kapital gjennom faktorene sosial støtte, deltakelse og tillit til andre mennesker.

Det vil videre i oppgaven gjøres rede for hver av disse helse-determinantene og hva forskning har vist om deres påvirkning på SRH.

2.3.1. Sosiodemografi

Dette begrepet omhandler kjønn, alder, sivil status, utdanning, arbeidsstatus og opplevd økonomi.

Kjønn

Forskning på variasjon i kjønn og SRH har hatt motstridende resultater der noen studier har vist av at kvinner i større grad rapporterte sin egen helse som dårligere enn menn (Etherington, 2017; Idler, 2003; Pinillos-Franco & García-Prieto, 2017). Andre studier har vist at kvinner til tross for høyere levealder og større grad av kroniske plager med lengre sykdomsforløp ikke rapportere sin egen helse som dårligere enn menn (Leventhal, 1994; Verbrugge & Ascione, 1987). I et globalt perspektiv viste en stor befolkningsundersøkelse i regi av WHO blant kvinner og menn i 57 afrikanske og europeiske land at kvinner generelt rapporterte dårligere helse enn menn og rapporten understreket verdien av tiltak mot diskriminering av kvinner og sosiale strukturer og kjønnsroller og normer som er helseskadelige for kvinner (Hosseinpoor et al., 2012).

Denne oppgaven har tidligere vist til at kvinner lever lengre enn menn, men at forskjellene i levealder minsker i Norge (SSB, 2018). Kjønn og helse er et sammensatt tema som ikke gir entydige svar og forskning har vist at kvinner og menns helse i ulik grad påvirkes av blant annet sosiodemografiske forhold (Idler & Benyamini, 1997). Hvilke forventninger kvinner og menn har til sin egen helse ble påvirket av forhold som utdanning og inntekt og kvinner oppsøkte i større grad behandling oftere enn det menn gjorde (Idler & Benyamini, 1997; Leventhal, 1994). En mulig årsak til en slik forskjell som har blitt støttet av flere studier er at kvinner, og særlig de høyt utdannede var mer bevisst egen helse og oppsøkte mer kunnskap om og behandling for egen helsetilstand (Baćak & Ólafsdóttir, 2017; Etherington, 2017; Idler, 2003; Pinillos-Franco & García-Prieto, 2017). En studie av 19 europeiske land viste også at menn i all hovedsak oppsøkte helsevesenet for mer alvorlig livstruende sykdom mens kvinner brukte helsevesenet oftere og for mindre livstruende tilstander (Baćak & Ólafsdóttir, 2017).

Alder

Som tidligere påpekt øker levealderen i Norge og i 2018 var det flere eldre og middelaldrende enn yngre i den Norske befolkningen (FHI, 2014b). Risikoen for kronisk sykdom øker med alderen og med flere eldre er det også flere som lever med slik kronisk sykdom (FHI, 2014b).

En del studier har vist at SRH blir dårligere med økt alder og eldre rapporterte oftere dårlig SRH enn de yngre under 25 år (Franks, Gold, & Fiscella, 2003; Kaleta, Polanska, Dziankowska-Zaborszczyk, Hanke, & Drygas, 2009). Flere kroniske sykdommer kan også ofte ramme eldre samtidig og påvirke livskvalitet, funksjonsevne og den psykiske helsen (FHI, 2014b).

De mest vanlige aldersrelaterte sykdommene er hjerte-, karsykdom, muskel- og skjelettlidelser som brudd og benskjørhet, diabetes type 2, kreft, demens og depresjon (FHI, 2014b).

Til tross for redusert fysisk helse og dårligere SRH hos eldre har noe forskning vist at psykisk helse bedret seg med alder (Franks et al., 2003). Denne oppgaven har tidligere referert til kvalitativ forskning som har vist at god helse betyr så mye forskjellig ettersom hvem man spør og hvilke forventninger og forutsetninger de har (Fugelli & Ingstad, 2001). Det har vist seg at jo eldre man ble jo mer var sosiale og emosjonelle faktorer som støtte og tilhørighet viktig for helsen, mens den yngre halvdel av den voksne befolkningen (18-40 år) var mer opptatt av at fysisk god form var viktig for helsen (Idler & Cartwright, 2018). Kroniske aldersrelaterte plager og nedsatt funksjonsevne har vist seg å ha mindre påvirkning på SRH blant de over 65 år enn man skulle tro (Idler & Cartwright, 2018). Studier har også vist at god økonomi hadde større sammenheng med god SRH blant de over 65 år (Chandola, Ferrie, Sacker, & Marmot, 2007). Utdanning hadde en større effekt på helsen hos de mellom 40 og 59 år, mens ingen av disse faktorene hadde noen signifikant betydning for helsen til de under 40 år (Chandola et al., 2007; Veenstra, 2000).

Sivil status

Flere studier har funnet en signifikant sammenheng mellom det å være gift eller samboer og god SRH (Joung et al., 1997; Joutsenniemi et al., 2006; Lindström, 2009; Wu et al., 2013). I følge denne forskningen så det ut til at gifte eller samboende både hadde bedre helse og levde lengre enn de om var enslige (Joutsenniemi et al., 2006). Forskning har også vist en signifikant sammenheng mellom det å være gift eller samboer og en sunnere livsstil i form av færre som røyket, mindre alkohol, sunnere kosthold og mer fysisk aktivitet (Joung, Stronks, Van de Mheen, & Mackenbach, 1995).

En rapport fra Statistisk sentralbyrå viste store demografiske endringer i samlivsformer de siste 60-70 årene med blant annet færre som gifter seg, og høyere ekteskapsalder og flere

samboerskap (Dommermuth, Hart, Lappegård, Rønsen, & Wiik, 2015). Forskning har allikevel funnet resultater som viste at gifte menn i særlig grad hadde lavere forekomst av kroniske helseplager og bedre SRH enn ugifte menn (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015; Roos, Lahelma, Saastamoinen, & Elstad, 2005). Andelen av kvinner og menn som gifter seg øker med sosioøkonomisk status og studier har også vist en sammenheng mellom det å være gift, ha bedre fysisk og psykisk helse og bedre sosioøkonomi (Dommermuth et al., 2015; Ross, Mirowsky, & Goldsteen, 1990; Schwartz, 2005). Man har sett det sterkeste forholdet mellom helse og sivil status blant aldersgruppen 35 til 65 år (Henning-Smith & Gonzales, 2020). Det å være enslig kan derimot være forbundet med mindre nettverk og større grad av ensomhet og isolasjon (Holt-Lunstad et al., 2015). Å være gift har allikevel lavere status i samfunnet i dag enn det hadde før og flere venter lengre før de gifter seg, forblir samboere uten å være gift, eller velger å være kjærester uten å bo sammen (Nock, 2005).

Kvalitative studier basert på intervju har også vist at personer som hadde kjæreste som de ikke bodde sammen i såkalte «LAT-relationships» (Living Apart Together) hadde best SRH og opplevde en større grad av frihet i sine liv enn de som var gifte eller samboere (Carter, Duncan, Stoilova, & Phillips, 2016; Duncan, Phillips, Carter, Roseneil, & Stoilova, 2014).

En studie så også at de som var gifte hadde større tendens til å rapportere sin egen helse som bedre enn det den objektivt sett var sammenlignet med ugifte. Forskerne diskuterte om sammenhengen mellom det å være gift og god helse kunne være overdrevet og om det i visse tilfeller av sykdom kunne ha en negativ effekt på helsen (Zheng & Thomas, 2013).

Utdanning

Forskning har vist at oddsen for å ha god SRH økte gradvis med høyere utdanning (Heistaro, Jousilahti, Lahelma, Vartiainen, & Puska, 2001; Mirowsky & Ross, 2008; Zhang et al., 2010). Grad av utdanning kan påvirke den sosioøkonomiske posisjonen man har i samfunnet gjennom yrke og inntekt som kan ha positiv og negativ innvirkning på helsen (Tjora, 2019). Helsen kan påvirkes av hvilke fysiske omgivelser man lever både i form av kvaliteter i nærmiljø, boforhold, arbeidsforhold (Elstad, 2000). Grad av utdanning, inntekt og tilgang til materielle ressurser har en effekt på hverdagslig stress og dermed både fysisk og psykisk helse (Elstad, 2000). Befolkningsundersøkelser har sett at helsetilstanden følger sosial status og at jo høyere man er på den sosioøkonomiske stigen, jo bedre helse og lengre lever man.

Dette kalles den sosiale gradienten (Dahl, 2014). Tall fra Helsedirektoratet (2018) presiserte at de med høyest utdanning hadde bedre helse og levde 5-6 år lenger enn de med lav utdanning (Helsedirektoratet, 2018c).

Forskningen på dette området har allikevel ikke gitt konsistente svar og det finnes også studier som har vist liten sammenheng mellom høy utdanning og god SRH (Dalen, Huijts, Krokstad, & Eikemo, 2012; Huisman et al., 2007; Idler & Cartwright, 2018).

Arbeidsstatus

Flere studier har sett en sterk sammenheng mellom det å være sysselsatt og god SRH (Kaleta, Makowiec-Dabrowska, & Jegier, 2008; Kind, Dolan, Gudex, & Williams, 1998; Molarius et al., 2007). Å være i arbeid kan ha positiv effekt på helsen i form av en bedre økonomi og mer støtte og tilhørighet i samfunnet (Elstad, 2000). Psykososialt stress som følge av arbeidsledighet og liten sosial tilhørighet kan i motsetning gi langvarig stressbelastning og dårlig helse (Elstad, 2000). Forskning har vist at det å ha en jobb var en viktig faktor for god SRH utover bedre inntekt ved å styrke livskvaliteten gjennom personlig identitet, integrering, motvirke kroniske helseplager og psykiske lidelser (Pinto, Hassen, & Craig-Neil, 2018). Det å være i jobb har også blitt knyttet til bedre selvtillit, tilfredshet og følelse av kontroll i eget liv og assosiert med god SRH (Pinto et al., 2018). Studier som fulgte mennesker i slutten av yrkeskarrieren og inn i pensjonstilværelse sammenlignet helse før og etter og så en tendens til at helsen fulgte den yrkesstatusen de hadde inn i pensjonsalder (Chandola et al., 2007). Studier har også funnet at de som hadde høyere yrkesstatus i form av bedre betalte jobber med høyere status rapporterte bedre SRH enn de som hadde lavere status yrker og mer manuelt arbeid (Chandola et al., 2007; Elstad & Krokstad, 2003).

Opplevd økonomi

Denne masteroppgaven brukte opplevd økonomi som variabel istedenfor husholdningens samlede inntekt. For å måle selvrapportert økonomi i assosiasjon med helse i befolkningsundersøkelser har man spurt i hvilken grad husholdningen opplevde at det var lett eller vanskelig å få pengene til å strekke til og sett etter sammenheng mellom økonomi og helseutfall (Barstad, 2020).

Studier som så på selv-rapportert økonomi og grad av økonomiske problemer assosiert med SRH fant en signifikant sammenheng mellom lite økonomiske problemer og god SRH (Arne

et al., 2011; Lindström, 2009; Reyes Fernández, Rosero-Bixby, & Koivumaa-Honkanen, 2016).

I en levekårsundersøkelse om økonomi, helse og livskvalitet fra 2017 (EU-SILC 17) målte man inntekt opp mot SRH ved å teste i hvilken grad inntekt per person i en husstand (medianinntekt per forbruksenhet) var assosiert med SRH (Barstad, 2020). Man så at økonomiske ressurser og det å få pengene til å strekke til påvirket den fysiske helsen og grad av lykke og tilfredshet i livet. Blant de med dårligst SRH hadde de fleste lite økonomiske ressurser og nærmere 29% av disse rapporterte at problemer med få pengene til å strekke til opplevdes som «svært tyngende» (Barstad, 2020). Økonomi påvirker tilgangen til materielle goder og kan eksempelvis gi høyere boligkvalitet med bedre innelima, og tilgang til ren luft og vann som er avgjørende for helsen (Elstad, 2000). Gode økonomiske forhold kan også øke muligheten for å kjøpe sunnere mat, og ha råd til behandling og medisiner (Barstad, 2020). I den vestlige verden hvor man generelt har nok mat og akseptable boforhold kan dårlig livskvalitet i form av økonomisk stress og bekymring i hverdagen påvirke både den mentale og den somatiske helsen (Elstad, 2000).

En årsak til dårlig helse kan være sosial ulikhet og det er klare sosioøkonomiske forskjeller i Norge slik som i resten av verden (Helsedirektoratet, 2018c).

Sosioøkonomi er et uttrykk for sosiale og økonomiske forhold som er med på å skape sosial ulikhet og det kalles også for sosial klasse. Sosioøkonomiske variabler kan være yrke, utdanning, eller inntekt (Tjora, 2019). Det er i hovedsak tre teorier om hvordan sosiale determinanter påvirker helse (Dahl, 2014; Elstad, 2000): *Den materialistiske/strukturelle teorien* legger vekt på fysiske omgivelser som arbeid og materielle goder som de mest avgjørende for helseutfall (Elstad, 2000). *Teorien om adferd og livsstil* legger vekt på individuell risikoatferd relatert til negative levevaner og *den psykososiale teorien* fokuserer på psykososialt stress og sosial kapital som helsedeterminanter (Elstad, 2000). Økt kunnskap om hvordan slike helsedeterminanter er assosiert med helse vil kunne bidra til nye og bedre strategier for å styrke den generelle folkehelsen (Molarius et al., 2007).

2.3.2. Livsstilsfaktorer

Individuelle livsstilsfaktorer som røyking, alkohol og fysisk aktivitet kan påvirke både SRH og helsen rent objektivt med ulike biomedisinske mål (Elstad, 2000). Denne delen av oppgaven gjør rede for noe av disse sammenhengene og hva ulike studier har funnet av sammenheng mellom helse og livsstil.

Røyking

Forskning har vist at all røyking hadde sammenheng med dårligere SRH og at de som røyket, uansett mengde hadde dårligere SRH enn de som ikke røyket i det hele tatt (Mackenbach, Bos, Joung, Van de Mheen, & Stronks, 1994). En studie belyste også at alle former for røyking enten det er aktiv eller passiv røyking (second hand smoking) påvirket SRH i negativ grad (Nakata, Takahashi, Swanson, Ikeda, & Hojou, 2009). De som aldri hadde røyket eller vært utsatt for røyk i passiv grad eksempelvis i jobben rapporterte den beste SRH (Nakata et al., 2009). Røykere kan også i større grad enn andre være utsatt for en rekke sykdommer som hjerte-, karsykdom, kreft og ulike gastrointestinale betennelsesykdommer (Lakatos, Szamosi, & Lakatos, 2007; Zaher, Halbert, Dubois, George, & Nonikov, 2004). Forskning har også sett en sammenheng mellom røyking og økt prevalens av ulike smittsomme sykdommer som Tuberkulose, SARS-CoV og SARS CoV-2 (Jiang, Chen, & Xie, 2020). Ifølge Helsedirektoratet er det flere med lav inntekt og utdanning som røyker og studier har bekreftet en sammenheng mellom, røyking, kronisk sykdom og lavere sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet, 2018a; Hyypä & Mäki, 2003; Smith et al., 1998).

Alkohol

I motsetning til røyking har flere studier funnet at alkoholforbruket var høyere blant grupper med høyere sosioøkonomisk tilhørighet, (Halkjelsvik & Storvoll, 2015; Strand & Steiro, 2003). Allikevel er det mye som tyder på at lavere sosioøkonomisk status er assosiert med skadelig bruk av alkohol og alkoholrelaterte dødsfall (Harrison & Gardiner, 1999). I en kohortstudie fra Storbritannia så man at denne sammenhengen i særlig grad var sterk blant menn og at sosial ulikhet kunne være årsak til skadelig bruk av alkohol og alkoholisme i arbeiderklassegrupper (Harrison & Gardiner, 1999). Lignende resultater har man også sett i Skandinavia. I en studie fra Finland fant man en signifikant sammenheng mellom de alkoholrelaterte dødsfallene og økonomiske vanskeligheter som følge av lav inntekt, lav utdanning og sosioøkonomisk posisjon (Tarkiainen, Martikainen, & Laaksonen, 2016). En

svensk prospektiv studie fant også ut at forbruket av alkohol per liter var tilnærmet likt mellom svensker med høyere og lavere sosioøkonomisk status, men at antallet alkoholskader og alkoholrelaterte dødsfall var høyere blant de med lavere sosioøkonomisk status og manuelt arbeid (Norström & Romelsjö, 1998). Forskerne diskuterte om drikkemønstret kunne ha en sammenheng med sosioøkonomisk status i form av monotont, belastende, repetitivt arbeid og høyt psykososialt stress (Norström & Romelsjö, 1998).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan defineres på ulike måter og ulik grad, men beskrives gjerne som all form for bevegelse som forbruker energi målt i kilokalorier og som er generert av skjelettmusklene (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Fysisk aktivitet kan innebære alle former og grader av bevegelse i arbeid, sport, mosjon og andre aktiviteter. Definisjonen av fysisk aktivitet i spørreskjemaet til «Oss i Østfold» inkluderte et bredt spekter av ulike former for bevegelse som mosjon og fritidsaktiviteter (Østfold Fylkeskommune, 2019). I motsetning til en slik bred definisjon av begrepet fysisk aktivitet kan ordet trening defineres som mer planlagte, målrettede repeterte bevegelser for å oppnå et spesifikt resultat som eksempelvis å trene styrke, eller trene kondisjon (Caspersen et al., 1985).

Studier på sammenheng mellom fysisk aktivitet og SRH har vist at de som var fysisk aktive rapporterte bedre SRH enn de som ikke var det (Idler & Benyamini, 1997; Södergren, Sundquist, Johansson, & Sundquist, 2008).

Ifølge tall fra Helsedirektoratet er det en sterk sammenheng mellom utdanning, sosioøkonomisk status og fysisk aktivitet hvor mengde fysisk aktivitet øker med grad av utdanning. Menn med høy utdanning er nesten dobbelt så mye fysisk aktive som menn med lav utdanning (Helsedirektoratet, 2016). En kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne i 2016 viste at fysisk inaktivitet et økende folkehelseproblem og at kun 32% oppfylte minimumsanbefalingene for anbefalt fysisk aktivitet per uke. I aldersgruppen 20-64 var det noe flere kvinner enn menn som var fysisk aktive (34 % kvinner mot 29% menn) og ifølge denne rapporten brukte voksne i gjennomsnitt 62% av dagen sin i ro (Helsedirektoratet, 2016).

I Folkehelseinstituttets nasjonale folkehelseundersøkelse fra 2021 rapporterte 59% av menn og 47% av kvinner en Kropps Masse Indeks (KMI) på 25 eller mer. Andelen som rapporterte en KMI på over 30 var 16% og relativt likt fordelt mellom kjønn (FHI, 2021b). Studier har

også funnet en signifikant sammenheng mellom KMI og utdanning hvor andelen med overvekt og fedme var størst blant de med lavest utdanning (FHI, 2021b). Forskning har også sett en sammenheng mellom grupper med lav inntekt assosiert med høy KMI, kronisk langvarig sykdom og nedsatt funksjonsevne (Hyypä & Mäki, 2003). Høyt midjemål og høy KMI sammen med inaktiv livsstil har vist seg å være tre sterke risikofaktorer for høyt blodtrykk og høyt kolesterol, hjerte-karsykdom, diabetes type 2 og visse former for kreft (Ekelund et al., 2019; Ekelund et al., 2016; Helsedirektoratet, 2018a; Helsenorger, 2020). Studier har også vist en sammenheng mellom overvekt og høyt midjemål hos barn og økt risiko diabetes type 2 og høyt kolesterol i voksen alder som (Koskinen et al., 2017).

2.3.3. Psykiske plager og kronisk langvarig sykdom

Selv om SRH er et subjektivt helsemål og dermed ikke knyttet direkte opp mot et biologisk objektivt mål på helse vil fortsatt både psykiske plager og langvarig sykdom kunne påvirke hvordan man oppfatter sin egen helse (Baćak & Ólafsdóttir, 2017).

Psykiske plager

I en befolkningsundersøkelse på forekomst av psykiske lidelser blant voksne nordmenn oppgav omtrent halvparten av den norske befolkningen at de hadde opplevd en eller annen form for psykiske plager (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). De tre vanligste lidelsene de oppgav var angst, depresjon og rus- og alkoholmisbruk relatert til psykiske plager (Mykletun et al., 2009). Slike lidelser manifesterte seg ulikt mellom kvinner og menn hvor rus- og alkoholmisbruk var mest assosiert med psykiske lidelser blant menn, og angst, depresjon og spiseforstyrrelser var mest utbredt blant kvinner (Mykletun et al., 2009). Konsekvensene av psykiske lidelser var store og hadde blant annet sammenheng med økt sykefravær og arbeidsuførhet, nedsatt livskvalitet og tapte leveår. Ifølge befolkningsundersøkelsen hadde psykiske helseplager tilnærmet den samme negative effekten på helsen som røyking (Mykletun et al., 2009). Årsakssammenhenger med psykiske lidelser var sammensatte i form av konflikter, stress, dårlig integrering i samfunnet, traumatiske opplevelser og rusmisbruk i tillegg til lav sosial støtte. Biologiske årsaker som arv og genetikk forklarte også opptil 70% av variasjonen i forekomsten av psykiske lidelser (Mykletun et al., 2009). Studien belyste også at flere ulike faktorer var assosiert med psykiske lidelser som

eksempelvis økonomiske problemer, arbeidsledighet og lav utdanning, lav sosial støtte, røyking, fysiske plager og kronisk langvarige helseplager (Mykletun et al., 2009).

Forskning har vist at psykiske lidelser påvirker mennesker gjennom å endre følelser, tankemønster og adferdsmønster og kan diagnostiseres og måles ved hjelp av ulike diagnoseverktøy (Mykletun et al., 2009). I spørreskjemaet til «Oss i Østfold» studien brukte man et slik måleverktøy kalt Hopkins Symptom Check list, HSCL-10 som har blitt benyttet i flere ulike helse- og levekårsundersøkelser for å kartlegge selvrapportert psykisk helse og de mest vanlige symptomene på angst og depressive lidelser (FHI, 2003). HSCL-10 vil bli forklart mer grundig i metodedelen 7.3.

Kronisk langvarig sykdom

En svensk studie så på sammenhengen mellom kronisk langvarig sykdom og sykefravær og SRH blant et representativt utvalg av befolkningen i arbeid (n=43 589) og fant at respondenter med langvarig kronisk sykdom og sykefravær rapporterte generelt dårligere SRH enn de som ikke hadde sykefravær. (Eriksson et al., 2008). To tredjedeler av fraværet skyldes psykiske plager og muskel- og skjelettplager og menn rapporterte høyere grad av muskel- og skjelettplager enn kvinner (Eriksson et al., 2008). I Norge har man funnet en sterk sammenheng mellom høyere grad av langvarig kronisk sykdom hos menn med lavere sosioøkonomisk status, såkalt arbeiderklasse (48.6%) i forhold til menn med høyere sosioøkonomisk status, såkalt middelklasse (37.6%) (Elstad, 1996).

Som tidligere presisert i denne oppgaven henger kroniske sykdommer sammen med alder og jo lengre mennesker lever jo høyere er oddsen for at de vil lide av en eller flere kroniske sykdommer (FHI, 2014b). Vanlige kroniske lidelser i Norge er muskel- og skjelettlidelser, hjerte- karsykdom, diabetes og visse typer kreft og påvirker funksjon og livskvalitet hos de som er rammet (FHI, 2014b)

2.3.4. Sosial kapital

I denne oppgaven er sosial kapital operasjonalisert gjennom fire indikatorer; sosial støtte, deltagelse, tillit til mennesker og tilhørighet i samfunnet. Disse sosiale faktorene kan påvirke helsen både subjektivt gjennom SRH og objektivt føre til sykdom og dårlig helse (Mansyur et al., 2008; Richardson & Ratner, 2005; Tomioka, Kurumatani, & Hosoi, 2017).

Denne delen av oppgaven redegjør først for begrepet sosial kapital for deretter å se på de fire indikatorene og mulig påvirkning på helse og SRH.

Ifølge den amerikanske sosiologen James Coleman er *sosial kapital* et sett med ressurser som gir tilgang til og gjør det mulig å nå mål som ikke hadde vært mulig å oppnå uten denne sosiale kapitalen (Coleman, 1988). Sosial kapital kan gi både økonomiske og sosiale fordeler og oppstår i forholdet mellom mennesker i en form for sosial struktur som samfunnet er delt inn i (Coleman, 1988). De menneskene som tilhører de ulike strukturene, har ulik grad av sosiale kapital som automatisk gir tilgang til ressurser og goder (Coleman, 1988). Høy grad av sosial kapital skaper muligheter der hvor andre ikke har det og på denne måten kan denne sammenlignes med andre former for kapital (Coleman, 1988).

I følge forskeren Robert Putnam skapes sosial kapital av et samhold mellom mennesker i en gruppe eller et nettverk med egne normer i det sosiale liv som igjen skaper tillit (Putnam, 1993). Putnam har også vært opptatt av belyse de negative effektene av sosial kapital hvor en gruppe med høy sosial kapital kan diskriminere og segregere en annen gjennom å gi flere rettigheter og større muligheter for de som har tilhørighet som kan begrense friheten og mulighetene til de som ikke har tilhørighet til denne gruppen (Putnam, 1993).

Den franske sosiologen Pierre Bourdieu var mest opptatt av sosial kapital som en symbolsk kapital i form av makt og privilegier relatert til sosial klasse (Bourdieu, 1983) En slik symbolsk makt innebar ifølge Bourdieu økonomiske, kulturell og sosiale kapital som var positivt for de som tilhørte den sosiale klassen, men ekskluderende og undertrykkende for de utenfor (Bourdieu, 1983). Bourdieu var opptatt av å belyse slike symbolske maktstrukturer i samfunnet for å oppnå sosial og politisk endring for et mer rettferdig samfunn med like sosiale muligheter (Siisiainen, 2003).

Sosial kapital kan allikevel fremme positiv utvikling i form av for eksempel økt selvtillit og mestring for enkeltindivider som igjen har positive ringvirkninger på familie, nettverk og samfunnet som helhet i form av mennesker som lykkes og skaper verdier (Coleman, Hoffer, & Kilgore, 1982). Et godt argument for å måle sosial kapital i befolkningsundersøkelser er at begrepet bygger på et solid empirisk fundament og at sosial støtte, deltagelse, tillit og tilhørighet er intuitive begreper som resonerer med alle mennesker på tross av ulik bakgrunn

og kultur (Woolcock, 2001). Det er derfor nødvendig å kartlegge effekten av sosial kapital innenfor sosiologi og folkehelsevitenskap for økt kunnskap om hvordan enkeltmennesker og samfunnet som helhet påvirkes av den (Woolcock, 2001). De positive effektene av sosial kapital er derfor en essensiell del av det offentlige forebyggende folkehelsearbeid for å skape økt sosial likhet og hindre blant annet psykososialt stress som følge av sosiale og økonomiske problemer (Hyypä & Mäki, 2003).

Sosial støtte

Dette er en indikator på sosial kapital som bidrar til god helse blant innbyggerne i et samfunn og manifesteres på ulike måter eksempelvis via venner, familie og sosialt nettverk (Coleman, 1988). Tilgangen til praktisk støtte og emosjonell støtte viste seg i følge forskning å ha en positiv effekt på SRH gjennom å regulere og motvirke negativt stress (Richardson & Ratner, 2005). Negativt stress har en negativ effekt på helsen (Selye, 1956) og sosial støtte kan motvirke helsemessig risikoatferd som røyking og skadelig bruk alkohol og andre rusmidler (Berkman, Krishna, Kawachi, & Glymour, 2014; House, Landis, & Umberson, 1988; Putnam, 2000). Forskning har sett en positiv korrelasjon med høy grad av sosial støtte som buffer mot effekten av negativt stress og negative livshendelser i menneskers liv (Richardson & Ratner, 2005; Taylor et al., 2006). Tilgangen til sosial støtte kan også være med på å motvirke depresjon, og senke risiko for hjerte-karsykdom og for tidlig død (Ertel, Glymour, & Berkman, 2009). I en studie hvor man målte grad av sosial støtte assosiert med fysisk og psykisk sykdom fant man ut at risikoen for depresjon, høyt blodtrykk og hjertesykdom med dødelig utfall var opp mot dobbelt så høy hos de med liten sosial støtte (Everson-Rose & Lewis, 2005).

Sosial deltagelse

I følge den amerikanske sosiologen James Putnam gir sosial deltagelse i ulike nettverk i samfunnet og nærmiljøet bedre muligheter for kommunikasjon mellom ulike mennesker og forsterker også tilliten til andre (Putnam, 1993). Sosial deltagelse muliggjør samarbeid og forsterker tillit og sosiale nettverk som igjen bygger mer tillit og tilknytning mellom mennesker (Putnam, 1993). Sosial deltagelse kan legge til rette for økonomisk vekst og effektivisere samfunnet som helhet i følge Putnam (Putnam, 1993). Frivillig deltagelse i organisert arbeid er ment for å gi hjelp og støtte til de som tilhører samfunnet eller nabolaget og slik frivillig organisert arbeid kan også fungere som en buffer mot sosial ulikhet ved å bedre boforhold og generell livskvalitet (Coleman, 1988).

Deltagelse i idrett og kultur er høyere blant de med høy inntekt og utdanning og studier har funnet en signifikant sammenheng mellom god SRH og høy deltagelse i samfunnet hos begge kjønn og alle aldersgrupper (25-65+) (Lee, Jang, Lee, Cho, & Park, 2008) Forskning har også sett en sterkere assosiasjon mellom høy deltagelse og god SRH hos kvinner og i særlig grad hos de eldste kvinnene (Lee et al., 2008; Tomioka et al., 2017; Veenstra, 2000).

Tillit

Dette er en viktig indikator på sosial kapital som forsterkes av sosial deltagelse i samfunnet og dermed tilgang til ulike typer av goder og muligheter (Putnam, 1993). Tillit deles tradisjonelt i to former, *vertikal tillit* som er tillit til autoriteter og *horisontal tillit* som er tillit til andre medmennesker (Eek & Rothstein, 2005). I denne oppgaven vil variabelen for horisontal tillit brukes for å se på SRH. Forskning har sett at høy grad av tillit til andre mennesker og god SRH ble forsterket i assosiasjon med faktorer som sosial deltagelse og høy sosioøkonomisk status (Mansyur et al., 2008). Studier har også vist en signifikant sammenheng mellom høy grad av tillit til andre og god psykisk og fysisk helse (Barefoot et al., 1998). I Norge og de andre nordiske landene har man funnet en generell stor grad av tillit både vertikal og horisontal (Skøien Barstad, 2012).

Det er verdt å ta med at det også her finnes studier som ikke har funnet noen direkte sammenheng mellom sosiodemografi, sosioøkonomi og sosial kapital og SRH. Mer spesifikt fant man ingen signifikant sammenheng mellom grad av tillit og tilhørighet og SRH målt mot kjønn, alder, inntekt og utdanning (Veenstra, 2000).

Tilhørighet

Begrepet kan beskrives som en opplevelse av å være knyttet til andre mennesker eller grupper i samfunnet og har blitt definert som en viktig indikator for sosial kapital og livskvalitet (Ahn & Davis, 2020). Studier har sett en kausal sammenheng mellom sosiale nettverk og SRH og at mennesker med lite nettverk og tilhørighet til andre mennesker rapporterer dårligere fysisk og psykisk helse (Shields, 2008). På individnivå har sosial kapital i form av tilhørighet i samfunnet positiv effekt i den forstand at det forsterker selvtillit og øker gjensidig respekt mellom mennesker i et samfunn (Shields, 2008). Høy grad av tilhørighet kan også være positivt for helsen i den forstand at det oppfordrer til fysisk aktivitet og kan virke som en buffer mot livsstilsfaktorer som er negativt for helsen som for eksempel røyking (Shields, 2008).

3. Problemstilling

Forsknings spørsmål i denne masteroppgaven var:

Hvordan er sosiodemografi, livsstilsfaktorer, psykiske plager, kronisk langvarig sykdom og sosial kapital assosiert med selvrapporterte helse i befolkningen i Østfold?

4. Metode og studiedesign

I denne delen blir det gjort rede for hvilken metode og fremgangsmåte som er brukt for å gi svar på problemstillingen. Denne oppgaven benyttet en kvantitativ tilnærming med et tverrsnitts design for å svare på forsknings spørsmålet.

4.1. Utvalg, studiepopulasjon og analytisk utvalg

Målgruppen for befolkningsundersøkelsen var voksne mellom 18 og 79 år i samtlige av Østfolds kommuner (Østfold Fylkeskommune, 2019). Dette tilsvarte 220 699 personer fra Østfold. Denne målgruppen var registrert i Folkeregistret og ble koblet til Difi (Direktoratet for forvaltning og IKT) sitt kontaktregister med epostadresser for å gjøre det mulig å sende ut elektronisk spørreskjema (Østfold Fylkeskommune, 2019). Personer uten tilgang til internett eller epost ble dermed ikke med i denne målgruppen. Det var også mulig å reservere seg mot en slik registrering i Difi noe som også medførte en ytterligere avgrensning i utvalget i befolkningsundersøkelsen (Østfold Fylkeskommune, 2019). Tilgangen til internett var ifølge studierapporten synkende fra omkring 50 års alder og oppover og en stor gruppe i den eldste befolkningen fra rundt 85 år var dermed ikke tilgjengelig på epost. Blant denne gruppen har man tidligere erfaring med dårligere fysisk helse, men høyere tilfredshet med livet noe som ville føre til at den generelle helsen i Østfold ville kunne rapporteres som bedre enn den faktisk var (Østfold Fylkeskommune, 2019). I tillegg ville den delen av befolkningen som faktisk hadde tilgang til internett og epost generelt ha bedre helse enn de som ikke hadde det noe som ville føre til at utvalget i den eldste aldergruppen over 79 år ikke ble representativt. Målgruppen i undersøkelsen ble derfor begrenset til å gjelde aldersgruppen 18-79 år (Østfold Fylkeskommune, 2019). Basert på erfaring om frafall i utvalget måtte man ta høyde for å tåle en responsprosent helt ned i 15% noe som ville tilsvare rundt 14 000 respondenter fra Østfold.

En annen utfordring var en erfaringsmessig lavere responsrate blant de under 35 år enn blant de over 35 år som måtte jevnes ut i utvalget mellom de ulike aldersgruppene ved å doble utvalget blant de under 35 år (Østfold Fylkeskommune, 2019). Utvalget endte til slutt opp med en jevn fordeling av kvinner og menn og som var jevnt fordelt i alle aldersgruppene 18-24 år, 25-34 år, 35-49 år, 50-66 år og 67-79 år. Etter at alle avgrensinger og spesifikasjoner var foretatt endte man opp med et endelig utvalg fra Folkeregistret på 97 641 personer som ble invitert til å delta i undersøkelsen via epost (Østfold Fylkeskommune, 2019). Blant de inviterte åpnet 24 430 personer lenken til spørreskjemaet (25%) og etter at alle ufullstendige og ubesvarte skjema var filtrert bort satt man igjen med 19 513 ferdig komplett utfylte spørreskjema som var 20% av det opprinnelige inviterte utvalget. Andelen ubesvarte spørreskjema var som forventet høyest i den yngste aldersgruppen under 25 år (28%) og lavest blant de eldste over 67 år (16%) og frafallet var noe større blant menn enn blant kvinner (19% mot 21%) (Østfold Fylkeskommune, 2019). Den endelige demografiske representativiteten viste at kvinner var noe overrepresentert, og at den eldste aldersgruppen over 67 år var noe overrepresentert i forhold til aldersgruppen 35-49 år (Østfold Fylkeskommune, 2019). Justeringen i utvalget som ble gjort for de under 35 år fungerte hensiktsmessig og de respondentene med ufullstendig innsendt spørreskjema hadde i noe større grad dårligere rapportert helse i de første spørsmålene de fullførte enn de som leverte komplett utfylt spørreskjema (Østfold Fylkeskommune, 2019).

Gjennomføringen av undersøkelsen ble gjort av TNS Kantar og det ble sendt ut elektronisk spørreskjema til personer over 18 år (n=97 641) i Østfold (Østfold Fylkeskommune, 2019). Ut fra dette ble det endelige representative utvalget basert på 16 558 respondenter fra Østfold. Spørreskjemaet bestod av 57 spørsmål om helse, arbeid, kosthold og levevaner, støtte, nærområdet og demografi (vedlegg 1).

I denne masteroppgaven ble spørsmål om sosiodemografi, opplevd økonomi, livsstilsvaner, psykiske plager, kronisk langvarig sykdom, og fire indikatorer på sosial kapital benyttet for å undersøke i hvilken grad de kunne assosieres til selvrapportert helse. Det ble laget et analytisk utvalg av studiepopulasjonen ved å fjerne de respondentene som ikke hadde svart på en eller flere av spørsmålene som skulle brukes i studien (n= 3 678). Det analytiske utvalget ble da bestående av n=12 804 respondenter.

4.2. Avhengig variabel

Selvrapportert helse

Selvrapportert helse ble målt ved spørsmålet «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?» der respondentene kunne svare på en fem-punkts skala: 1=Svært god, 2=God, 3=Verken god eller dårlig, 4=Dårlig, og 5=Svært dårlig. Variabelen ble rekodet og dikotomisert til 1=dårlig (verken god eller dårlig, dårlig og svært dårlig) og 2=god (god og svært god).

4.3. Uavhengige variabler

De uavhengige variablene ble delt inn i fire grupper: Sosiodemografiske faktorer, livsstilsfaktorer, helseplager, og sosiale faktorer.

4.3.1. Sosiodemografiske variabler

Kjønn og alder ble hentet fra folkeregistret. **Kjønn** var kodet 1=mann og 2=kvinne. **Alder** var lagt inn som en kontinuerlig variabel, men ble i denne studien kategorisert i fire kategorier basert på SSBs inndeling (H. B. Dalen, & Pettersen, A. M., 2021): 1=18-24 år, 2=25-44 år, 3=45-66 år og 4=67-79.

Sivil status ble målt ved hjelp av fire kategorier 1=Gift/registrert partner, 2=samboende, 3=Kjæreste-bor ikke sammen, og 4=Enslig. Denne variabelen ble kategorisert til 1=Enslig, 2=Gift/Registrert partner/samboer og 3=Kjæreste-bor ikke sammen

Utdanning ble målt ved hjelp av fem kategorier 1=Grunnskole/framhaldsskole/ Folkehøyskole, 2=Fagutdanning/ Realskole, 3=Videregående skole, 4=Høyskole/ Universitet mindre enn 4 år, 5=Høyskole/ Universitet 4 år eller mer. Denne studien slo sammen variabelen i tre kategorier: 1=Grunnskole/ framhaldsskole/ Folkehøyskole, 2=Fagutdanning/ Realskole/ Videregående skole, og 3= Høyskole/Universitet mindre enn og mer enn 4 år.

Yrkesstatus var delt i 12 kategorier 1=Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke), 2=Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke), 3=Selvstendig næringsdrivende, 4=Sykmeldt, 5=Arbeidsledig, 6=Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger, 7=Mottar sosialstønad, 8=Alders- eller førtidspensjonist, 9=Skoleelev eller student,

10=Vernepliktig/sivilarbeider, 11=Hjemmearbeidende, 12=Annet. Yrkesstatus ble delt i tre kategorier for denne studien: **1=Ikke sysselsatt** (som innebar 4=Sykmeldt, 5=Arbeidsledig, 6=Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger, 7=Mottar sosialstønning), **2=sysselsatt** (som innebar 1=Yrkesaktiv heltid- 32 timer eller mer per uke), 2=Yrkesaktiv deltid- mindre enn 32 timer per uke), 3=Selvstendig næringsdrivende, 9=Skoleelev eller student, 10=Vernepliktig/sivilarbeider, 11=Hjemmearbeidende, 12=Annet), og **3=Pensjonist** (som opprinnelig var kategori 8=alders- eller førtidspensjonist).

Variabelen for **opplevd økonomi/det å få pengene til å strekke til** var delt i seks kategorier 1=Svært vanskelig, 2=Vanskelig, 3=Forholdsvis vanskelig, 4=Forholdsvis lett, 5=Lett og 6=Svært lett. I denne studien ble variabelen endret til 4 kategorier 1=Svært vanskelig/vanskelig, 2=Forholdsvis vanskelig, 3=Forholdsvis lett, 4=Svært lett/lett.

4.3.2. Livsstilsfaktorer

Variablene som ble brukt for å måle **livsstilsfaktorer** i denne masteroppgaven var røyking, alkohol og fysisk aktivitet. I spørreskjemaet var **røyking** delt i tre svarkategorier 1=Ja, daglig, 2=Ja, av og til, 3=Nei. Svarkategoriene ble dikotomisert til to kategorier 1=Nei og Ja=daglig/ja, av og til.

Alkoholbruk var kategorisert i fem svaralternativer 1=Aldri, 2=Månedlig eller sjeldnere, 3=2-4 ganger i måneden, 4=2-3 ganger i uken og 5=4 ganger i uken eller mer. Variabelen ble dikotomisert i to svaralternativer 1=4 ganger i måneden eller sjeldnere» som inkluderte variabelen for «aldri» og 2=2 ganger per uke eller mer.

Fysisk aktivitet hadde to svaralternativer i spørreskjemaet 1=Ja, driver med fysisk aktivitet og 2=Nei, driver ikke med fysisk aktivitet. I denne oppgaven ble variabelen rekodet til 1=Nei, driver ikke med fysisk aktivitet og 2=Ja, driver med fysisk aktivitet.

4.3.3. Psykiske plager og kronisk langvarig sykdom

For å måle grad av **psykiske plager** i spørreundersøkelsen ble Hopkin Symptom Checklist (HSCL-10) benyttet (Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003). Den består av 10 ulike

spørsmål om typer av plager med fire svaralternativer 1=ikke plaget, 2=Litt plaget, 3=Ganske mye plaget og 4=Veldig mye plaget. De 10 typene plager man spør om er 1=Plutselig frykt uten grunn, 2=Føler deg redd eller engstelig, 3=Matthet eller svimmelhet, 4=Føler deg anspent eller oppjaget, 5=Lett for å klandre deg selv, 6=Søvnproblemer, 7=Nedtrykt, tungsindig, 8=Følelse av å være unyttig, lite verdt, 9=Følelse av at alt er et slit, 10= Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden.

HSCL-10 er en kortversjon som har vist seg å være en effektivt og pålitelig måte å skaffe informasjon om symptomer på psykiske plager og gjennom selvrapporing (Strand et al., 2003). Den har blitt brukt i befolkningsundersøkelser, mens en lengre utgave av sjekklisten har blitt brukt i klinisk diagnostisering og behandling av ulike grader av angst og depresjonslidelser (Derogatis et al., 1974). I HSCL-10 har man satt terskelverdien for symptomer på psykiske plager til 1.85 eller over og terskelverdien for liten eller ingen grad av psykiske plager til under 1.85 (Strand et al., 2003). De respondentene som hadde en gjennomsnittsverdi beregnet ut fra de 10 spørsmålene på 1.85 eller mer ble derfor plassert i gruppen med psykiske plager.

Kronisk langvarig sykdom eller helseproblem som har vart eller forventes å vare i minst seks måneder ble målt med to svaralternativer 1=Ja og 2=Nei.

4.3.4. Sosial kapital

I denne studien ble sosial kapital målt ved hjelp av fire uavhengige variabler: sosial støtte, deltagelse, tillit og tilhørighet.

Sosial støtte ble målt i spørreskjemaet ved hjelp av tre ulike spørsmål om grad av støtte i form av praktisk støtte fra naboer, emosjonell støtte og interesse fra venner. Disse tre spørsmålene blir brukt i et verktøy kalt Oslo-3 Social Support Scale (OSS-3). Dette verktøyet inneholder tre ulike spørsmål som omhandler graden av sosial støtte fra venner og naboer der man bor (Nosikov & Gudex, 2003). Spørsmål nummer 1 «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?» med 4 svaralternativer var 1=Ingen, 2=1-2, 3=3-5 og 4=6 eller flere. Spørsmål nummer 2 «Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det» med fem svaralternativer 1=Svært vanskelig, 2=Vanskelig, 3=Verken lett eller vanskelig, 4=Lett, 5=Svært lett. Spørsmålet nummer 3 «Hvor stor interesse viser folk for det du gjør» med fem svaralternativer 1=Ingen deltagelse og interesse,

2=Liten deltagelse og interesse, 3=Usikker, 4=Noe deltagelse og interesse, 5=Stor deltagelse og interesse.

Det ble i denne studien laget en sumskår ved å regne ut et gjennomsnitt av de tre spørsmålene for alle som hadde besvart minimum to av dem og deretter ble gjennomsnittet ganget med tre. Denne sumskåren ble kategorisert i tre grader av sosial støtte der 1=Lav sosial støtte, 2=Moderat sosial støtte og 3=Høy sosial støtte (Bøen, 2012).

Deltagelse ble målt i spørreskjemaet med følgende spørsmål:

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

Svaralternativene var i fem kategorier 1=Ja, daglig, 2=Ja, 1-2 ganger i uken, 3=Ja, 1-2 ganger i måneden, 4=Ja, men sjelden og 5=Nei, aldri. I denne oppgaven ble de fire svaralternativene dikotomisert i to svarkategorier 1=Ja, jeg deltar (som inkluderte svaralternativ 1-4), og 2=Nei deltar ikke (som representerte svaralternativ nummer 5).

Tillit til andre mennesker ble undersøkt i spørreskjemaet ved å spørre: «Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?» Svaralternativene var fordelt på en skala fra 0-10 der 0= ingen tillit «Kan ikke være for forsiktig» og 10= høy tillit «Folk flest er til å stole på».

I denne oppgaven ble denne variabelen beholdt som en kontinuerlig variabel.

Tilhørighet i nærområdet ble målt i spørreskjemaet ved spørsmålet «I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?». Svaralternativene var fordelt på en skala fra 0-10 der 0=ingen tilhørighet «Føler ikke tilhørighet i det hele tatt» og 10=høy tilhørighet «Føler sterk grad av tilhørighet». Denne variabelen ble beholdt som en kontinuerlig variabel.

4.4. Dataanalysen

Programvaren IBM® SPSS® Statistics Version 28 ble benyttet for alle analyser i denne oppgaven. Pearsons Kji-kvadrat test ble benyttet for å se på bivarierte sammenhenger mellom de kategoriske uavhengige variablene og SRH, mens uavhengig t-test ble benyttet for å se på sammenhenger mellom de kontinuerlige uavhengige variablene og SRH. Det ble til slutt benyttet en Logistisk Regresjons Modell for å analysere i hvilken grad demografiske-, og

sosioøkonomiske variabler, livsstilsvariabler, psykisk helse og kroniske plager og sosiale faktorer var assosiert med SRH. Disse variablene ble presentert inn i modellen i fire blokker: blokk 1=Sosiodemografi, blokk 2=Livsstilsfaktorer, blokk 3=Psykisk helse og Langvarige kroniske sykdom og helseplager og blokk 4=Sosiale faktorer (se Tabell 4). Signifikansnivået i analysen ble satt til $p < 0.05$ og resultatene oppgitt i Odds Ratio (OR) med et 95% konfidensintervall. Negelkerke R^2 ble brukt som et pseudomål for å beskrive hvor mye av variasjonen i den avhengige variabelen for generell selvrapportert helse som kunne tilskrives den spesifikke blokken av variabler. Omnibus Test of Model Coefficient ble benyttet for å teste signifikansnivået av hver blokk oppgitt i modellen som «Significance of block» (se Tabell 4).

5. Etikk

Denne oppgaven skal følge de etiske prinsipper som Helsinkideklarasjonen har fastsatt for etiske medisinsk forskning. Deklarasjonen ble stiftet i 1964 etter andre verdenskrig og skal hindre etiske overtramp i forskning der mennesker er involvert. Hensynet til såkalt sårbare grupper og individer står sterkt i deklarasjonen og med sårbare grupper menes mennesker med sykdom, uførhet, eller mennesker med personlige-, miljømessige-, eller ressursmessige forhold som gjør dem særlig utsatt (Førde, 2014).

Denne oppgaven tar hensyn til «Lov om organisering av forskningsetisk arbeid» (tidligere Forskningsetikkloven) som skal bidra til å sørge for at all forskning skal følge forskningsetiske normer og regler (Langtvedt, 2017). Helseforskningsloven som ble etablert i 2009 og skal sørge for såkalt etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning og tar utgangspunkt i menneskerettigheter og menneskeverd tas også i betraktning. Hovedregelen om deltagelse i slik forskning er informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke (Sønderland, 2009). REK (de regionale forskningsetiske komiteene for medisin og helsefag) jobber etter helseforskningsloven og skal vurdere og godkjenne alle forskingsprosjekter som involverer mennesker før de iverksettes (Langtvedt, 2017).

Sammen med e-postinvitasjonen sendte Østfold fylkeskommune ut et skjema om informert samtykke som de som ønsket å delta i spørreundersøkelsen måtte fylle ut Samtykkeskjemaet

inneholdt informasjon om selve undersøkelsen og informasjon om helseregistreringsloven § 23 til § 25 og retten til innsyn, korrigerings, sletting eller sperring av data. Ifølge hadde deltagerne rett til å når som helst trekke seg fra undersøkelsen og få sine data slettet (vedlegg 2). Samtykkeskjemaet inneholdt også informasjon om anonymisering av data og oppbevaring av opplysninger i henhold til personvernreglementet.

Det ble for denne masteroppgaven vurdert som ikke nødvendig å sende søknad om å få benytte datamaterialet til REK da datamaterialet i befolkningsundersøkelsen ikke inneholdt helsedata med personlige medisinske opplysninger om respondentene. Prosjektplanen for denne oppgaven ble lagt frem for Norsk senter for forskningsdata (NSD) for vurdering av personvern og behandling av indirekte identifiserbare data som kjønn, alder, utdanning, yrkesaktivitet, status, inntekt og bostedskommune. Meldeskjema for behandling av personopplysninger med referansenummer 712015 ble sendt til NSD for vurdering den 03.11.2021 og vurdert som godkjent til behandling i samsvar med personvernlovgivningen den 17.11.2021 (vedlegg 3).

6. Resultater

Denne delen presenterer først deskriptive resultater for studiepopulasjonen og det analytiske utvalget. Deretter vil resultatene fra bivariate og multivariate analyser presenteres.

6.1. Deskriptiv statistikk

Det var ingen store forskjeller mellom studiepopulasjonen og det analytiske utvalget, men det var en noe høyere overvekt av respondenter med høy utdanning, personer som var gift, hadde registret partner eller samboer, som var sysselsatt og som opplevde økonomien sin som lett (tabell 1). I det analytiske utvalget var det en noe større andel kvinner enn menn og de fleste respondentene befant seg i aldersgruppen 45-64 år og gjennomsnittsalderen til de som svarte var 49 år (tabell 1). Halvparten av respondentene i det analytiske utvalget hadde høyere utdanning, 37.8% hadde videregående skole og 12.2% hadde grunnskole. Over to tredeler var gift/registrert partner eller samboer mens en av fem var enslige (tabell 1). Hovedandelen av de som deltok i spørreundersøkelsen oppgav arbeidsstatus som «sysselsatt» (67.2% i det analytiske utvalget) og hele 42.5 prosent i det analytiske utvalget oppgav at det var svært lett/lett å få pengene til å strekke til (tabell 1).

Tabell 1. Deskriptiv statistikk av studiepopulasjon og analytisk utvalg for demografiske og sosioøkonomiske variabler

	Studiepopulasjon	Analytisk utvalg
	n= 16558	12804
	n %	n %
Kjønn		
Mann	7143 (43,1)	5609 (43,8)
Kvinne	9415 (56,9)	7195 (56,2)
Aldersgruppe		
18-24	1693 (10,2)	1029 (8,0)
25-44	4898 (29,6)	3999 (31,2)
45-64	6346 (38,3)	5147 (40,2)
67-79	3621 (21,9)	2629 (20,5)
Utdanning		
Grunnskole	2218 (13,4)	1564 (12,2)
Videregående skole	6160 (37,2)	4840 (37,8)
Høyskole/universitet	7557 (45,6)	6400 (50,0)
Mangler data/ønsker ikke svare	623 (3,8)	
Sivil status		
Enslig	3567 (21,5)	2753 (21,5)
Gift/registrert partner/samboer	11305 (68,3)	9121 (71,2)
Kjæreste- bor ikke sammen	1172 (7,1)	930 (7,3)
Mangler data/ønsker ikke svare	514 (9,4)	
Arbeidsstatus		
Ikke sysselsatt	2259 (13,6)	1698 (13,3)
Sysselsatt	10676 (64,5)	8607 (67,2)
Pensjonist	3395 (20,5)	2499 (19,5)
Mangler data	228 (1,4)	
Opplevd økonomi/får pengene til å strekke til		
Svært vanskelig/vanskelig	1631 (9,9)	1277 (10,0)
Forholdsvis vanskelig	2079 (12,6)	1757 (13,7)
Forholdsvis lett	5082 (30,7)	4323 (33,8)
Svært lett/lett	6359 (38,4)	5447 (42,5)
Mangler data/ønsker ikke svare	1407 (8,5)	

Det var 83.5 prosent i det analytiske utvalget som svarte at de ikke røyket, mens 76.6% svarte at de drakk fire ganger i måneden eller sjeldnere (tabell 2.). Det var nesten tre av fire som drev med noen form for fysisk aktivitet i form av sport eller mosjon (tabell 2). Omtrent halvparten av det analytiske utvalget opplevde moderat grad av sosial støtte, mens henholdsvis 27.3 % og 23.4 % opplevde høy og lav grad av sosial støtte (tabell 2). Over halvparten oppga at de deltok i foreninger, møtevirksomhet og lignende, og gjennomsnittsverdien for tillit til andre mennesker lå på 7.1 og grad av tilhørighet på 7.6 på en

skala fra 0- 10 (tabell 2). Nesten en fjerdedel oppga at de hadde psykiske plager og nesten halvparten at de hadde hatt langvarige kronisk sykdom eller helseproblem siste 6 måneder (tabell 2).

Tabell 2. Deskriptiv statistikk av studiepopulasjon og analytisk utvalg for livsstilsfaktorer, sosial kapital, psykiske plager og kronisk langvarig sykdom

	Studiepopulasjon	Analytisk utvalg
	n= 16558	n=12804
	n %	n %
Røyker du?		
Nei	13617 (82,2)	10689 (83,5)
Ja, daglig / ja, av og til	2741 (16,6)	2115 (16,5)
Mangler data/ vet ikke	200 (1,2)	
Hvor ofte drikker du alkohol?		
4 ganger per måned eller sjeldnere	12705 (76,7)	9829 (76,8)
2 ganger per uke eller mer	3642 (22,0)	2975 (23,2)
Mangler data/ vet ikke	211 (1,3)	
Fysisk aktivitet:		
Nei	4387 (26,5)	3351 (26,2)
Ja	11791 (71,2)	9453 (73,8)
Mangler data/ vet ikke	380 (2,3)	
Sosial støtte -OSS3 (Oslo Social Support Scale)		
Lav støtte	3961 (23,9)	3000 (23,4)
Moderat støtte	7861 (47,5)	6314 (49,3)
Høy støtte	4169 (25,2)	3490 (27,3)
Manglende data	567 (3,4)	
Deltagelse i foreningsliv, møtevirksomhet etc.		
Ja, deltar	9220 (55,7)	7473 (58,4)
Nei, deltar ikke	7026 (42,4)	5331 (41,6)
Manglende data	312 (1,9)	
Tillit til mennesker (0=ingen tillit, 10=Høy tillit)		
Grad av tillit (0-10) (gj.sn og SD)*	6.99 (2,56)	7.08 (2,50)
Tilhørighet (0= Liten tilhørighet, 10= sterk tilhørighet)		
Grad av tilhørighet (0-10) (gj.sn og SD)*	7.57 (2,56)	7.61 (2,53)
Psykiske plager HSCL-10		
Ikke psykiske plager	10032 (75,5)	9933 (77,6)
Psykiske plager	3777 (23,7)	2871 (22,4)
Manglende data	126 (0,8)	
Kronisk langvarig sykdom eller helseproblem?		
Nei	7922 (49,7)	6619 (51,7)
Ja	7523 (47,2)	6185 (48,3)
Manglende data	490 (2,7)	

*gj.sn=gjennomsnitt, SD= Standard avvik

6.2. Bivariate sammenhenger mellom sosiodemografiske faktorer og selvrapportert helse

Det var 72 % av det analytiske utvalget som rapporterte god SRH, og det var ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner (tabell 3). Det var en signifikant sammenheng mellom alder og SRH, med en avtagende andel som rapporterte helsen sin som god med økende alder. Det var også en signifikant sammenheng mellom økende grad av utdanning og andelen som rapporterte god SRH. Mens det kun var litt over halvparten i gruppen med lav utdanning som rapporterte god SRH var det over tre fjerdedeler som rapporterte god SRH blant dem med høy utdanning (tabell 3). Det var en signifikant sammenheng mellom det å ha en partner, å være sysselsatt og å ha en opplevd god økonomi og god SRH (tabell 3).

Hos gruppen som synes det var «svært vanskelig/vanskelig» å få pengene til å strekke til når de rapporterte sin egen opplevde økonomi var det bare 47.6% som rapporterte god SRH, mens 80.7% i gruppen som opplevde at det var «svært lett/lett» å få pengene til å strekke til hadde god SRH (tabell 3).

Tabell 3. Assosiasjon mellom demografiske- og sosioøkonomiske variabler og selvrapportert helse analysert med Pearson Kji-kvadrat test, n=12804

	Generell selvrapportert helse		
	Dårlig %	God %	P
Kjønn			
Mann	28,4	71,6	0,763
Kvinne	28,2	71,8	
Aldersgruppe			
18-24	23,7	76,3	< 0,001
25-44	25,3	74,7	
45-66	30,3	69,7	
67-79	30,5	69,5	
Utdanning			
Grunnskole	42,4	57,6	< 0,001
Videregående skole	32,7	67,3	
Høyskole/universitet	21,4	78,6	
Sivil status			
Enslig	35,6	64,4	
Gift/registrert partner/samboer	26,4	73,6	< 0,001
Kjæreste- bor ikke sammen	24,9	75,1	
Arbeidsstatus			
Ikke sysselsatt	73,7	26,3	< 0,001
Sysselsatt	18,5	81,5	
Pensjonist	31,0	69,0	
Opplevd økonomi/får pengene til å strekke til			
Svært vanskelig/vanskelig	52,4	47,6	< 0,001
Forholdsvis vanskelig	39,8	60,2	
Forholdsvis lett	27,7	72,3	
Svært lett/lett	19,3	80,7	

6.3. Bivariate sammenhenger mellom livsstilsfaktorer, sosial kapital, psykiske og kroniske plager og generell selvrapportert helse

Det var signifikante sammenhenger mellom alle livsstilsfaktorer, sosiale faktorer, fysiske og psykiske plager og SRH. Blant ikke-røykerne oppgav 73.8% god SRH sammenlignet som svarte at de røyket daglig eller av og til hvor 60% hadde god SRH (tabell 4). I gruppen som svarte at de drakk alkohol to ganger per uke eller mer hadde 75.7 % god SRH, mens det var 70.5% som rapporterte god SRH i gruppa som drakk alkohol sjeldnere. Blant de som deltok i fysisk aktivitet rapporterte 77.1% helsen sin som god, mens i gruppen som ikke var fysisk aktive rapporterte også over halvparten helsen sin som god (56.7%) (tabell 4). Blant de som

opplevde høy grad av sosial støtte hadde 83.6% god SRH og 74% hos de som hadde moderat sosial støtte. I gruppen med lav sosial støtte hadde bare litt over halvparten god SRH (52 %) (tabell 4).

Blant respondentene som deltok i foreningsliv, møtevirksomhet og lignende oppgav 75.5% god SRH mens 66.4% av de som ikke deltok i foreningsliv og lignende hadde god SRH (tabell 4). Det var også en signifikant sammenheng mellom grad av tillit og grad av tilhørighet og SRH (tabell 4). Blant dem som rapporterte store psykiske plager var det bare 39 % som rapporterte god SRH, mens hele 81% av dem med lave til moderate psykiske plager rapporterte dette. Halvparten av de som hadde eller hadde hatt kroniske plager hadde god SRH, mens ni av ti som ikke hadde slike plager rapporterte god SRH (tabell 4).

Tabell 4. Assosiasjon mellom livsstilsfaktorer, sosial kapital, psykiske plager og kronisk langvarig sykdom og selvrapportert helse, analysert med Pearson Kji-kvadrat test

	Generell selvrapportert helse		
	Dårlig %	God %	P
Røyker du?			
Nei	26,2	73,8	< 0,001
Ja, daglig / ja, av og til	38,5	61,5	
Hvor ofte drikker du alkohol?			
4 ganger per måned eller sjeldnere	29,5	70,5	< 0,001
2 ganger per uke eller mer	24,3	75,7	
Driver du med noen form for sport, mosjon eller fysisk aktivitet?			
Nei	43,3	56,7	<0,001
Ja	22,9	77,1	
Sosial støtte -OSS3 (Oslo Social Support Scale)			
Lav støtte	47,1	52,9	<0,001
Moderat støtte	25,9	74,1	
Høy støtte	16,4	83,6	
Deltagelse i foreningsliv, møtevirksomhet etc.			
Ja, deltar	24,5	75,5	< 0,001
Nei, deltar ikke	33,6	66,4	
Tillit til mennesker (0=ingen tillit, 10=Høy tillit)			
Grad av tillit (0-10) (gj.sn og SD)*	6,25 (2,70)	7,41 (2,33)	< 0,001
Tilhørighet (0=liten tilhørighet, 10=sterk tilhørighet)			
Grad av tilhørighet (0-10) (gj.sn og SD)*	6,96 (2,81)	7,86 (2,36)	< 0,001
Psykiske plager HSCL-10 **			
Ikke psykiske plager	18,7	81,3	< 0,001
Psykiske plager	61,3	38,7	
Kronisk langvarig sykdom eller helseproblem?			
Ja	49,7	50,3	< 0,001
Nei	8,2	91,8	

* gj.sn= gjennomsnitt, SD= Standardavvik, **HSCL-10- psykiske plager- <1.85= ingen psykiske plager, ≥ 1.85= psykiske plager

6.4. Trinnvis logistisk regresjonsanalyse

Tabell 5 presenterer den trinnvise logistisk regresjonsanalysen i fire ulike blokker som viser sammenheng mellom SRH (avhengig variabel) og sosiodemografiske faktorer, livsstil, psykiske plager, kronisk langvarige helseplager og sosial kapital i form av sosial støtte, deltagelse, tillit og tilhørighet.

Blokk 1 der de sosiodemografiske variablene ble inkludert forklarte 24% av variansen i SRH (tabell 5). Kvinner hadde en noe høyere OR for god SRH, og det var en lavere odds for god SRH med økende alder (tabell 5). Blant de som hadde sivil status «kjæreste-bor ikke sammen» var det 37% høyere OR for å rapportere god SRH sammenlignet med de som var enslige. Det var 14% høyere OR for god SRH blant de som var gift/ registrert partner eller samboer i forhold til de som var enslige (tabell 5).

Det var ingen signifikant forskjell i helse mellom de med grunnskoleutdanning og videregående skole ($p=0.275$), men de med høyskole eller universitetsutdanning hadde derimot over 50% høyere OR for å rapportere god SRH i forhold til de med grunnskoleutdanning (tabell 5).

Det var en gradvis økning i god SRH med grad av god opplevd økonomi. Sammenlignet med de som hadde svært vanskelig/vanskelig økonomi hadde de med forholdsvis vanskelig økonomi 25 % høyere OR, de med forholdsvis lett dobbelt så høy OR, og de med lett/svært lett økonomi nesten tre ganger så høy OR for å rapportere god SRH (se tabell 5).

Blokk 2 inkluderte livsstilsvariablene i regresjonsanalysen og den forklarte variansen i SRH steg da til 28% (tabell 5). I gruppen av røykere var OR nesten 20% lavere for å rapportere god SRH sammenlignet med de som ikke røykte (tabell 5). Det var også en signifikant sammenheng mellom det å drikke alkohol to ganger i uken eller oftere og god SRH, men denne sammenhengen var ikke lenger signifikant i den fulle modellen (tabell 5). For fysisk aktivitet var OR 2.46 ganger høyere for å rapportere god SRH i forhold til de som ikke var fysisk aktive (tabell 5).

Blokk 3 der variablene for psykiske plager og kronisk langvarig sykdom ble inkludert i analysen bidro til å øke forklart varians i SRH til 46 %. Blant de med psykiske plager var OR

74% lavere for å rapportere god SRH og blant de respondentene som ikke hadde opplevd kronisk langvarig sykdom siste seks måneder var OR over seks ganger høyere for å rapportere god SRH (OR=6.68) (tabell 5).

Blokk 4 inkluderte indikatorer for sosial kapital som var sosial støtte, deltagelse, tillit og tilhørighet noe som bidro til at den fulle modellen forklarte 47% av variansen i SRH. De med høy grad av sosial støtte hadde 67 % høyere OR for god SRH i forhold til de med lav støtte (tabell 5). Deltagelse hadde ingen signifikant sammenheng med SRH i denne analysen ($p=0.338$). Det var også av signifikant sammenheng mellom tillitt og tilhørighet og SRH, der økende grad av tillit og tilhørighet økte OR for å rapportere god SRH med henholdsvis 5 % og 3 % for hvert steg på de kontinuerlige skalaene (tabell 5).

Tabell 5. Trinnvis logostisk regersjonsanalyse av assosiasjonen mellom selvrappertert helse (avhengig variabel) og demografiske og sosioøkonomiske faktorer, livsstilfaktorer, psykiske plager, kronisk langvarig sykdom/ helseplager og sosial kapital i form av sosial støtte, deltagelse, tillit og tilhørighet

	Blokk 1				Blokk 2				Blokk 3				Blokk 4			
	OR	95% CI		P	OR	95% CI		P	OR	95% CI		P	OR	95% CI		P
Kjønn	1,11	1,02 - 1,22		0,016	1,06	0,97 - 1,16		0,231	1,27	1,15 - 1,41		<0,001	1,20	1,08 - 1,33		<0,001
Aldersgruppe																
18-24																
25-44	0,95	0,79 - 1,14		0,582	1,00	0,83 - 1,20		0,966	0,85	0,69 - 1,05		0,125	0,86	0,70 - 1,06		0,162
45-64	0,81	0,67 - 0,97		0,019	0,80	0,67 - 0,97		0,022	0,72	0,58 - 0,88		0,002	0,69	0,56 - 0,85		<0,001
67-79	0,77	0,60 - 0,99		0,042	0,76	0,59 - 0,98		0,035	0,72	0,54 - 0,96		0,026	0,69	0,52 - 0,93		0,014
Sivil status																
Enslig												0,112				
Gift/ registrert partner/samboer	1,14	1,02 - 1,27		0,015	1,11	0,99 - 1,24		0,052	1,09	0,98 - 1,24		0,141	1,04	0,92 - 1,17		0,558
Kjæreste- bor ikke sammen	1,37	1,33 - 1,65		<0,001	1,29	1,06 - 1,55		0,100	1,23	0,99 - 1,52		0,053	0,96	0,85 - 1,09		0,110
Utdanning																
Grunnskole																
Videregående skole	1,08	0,94 - 1,23		0,275	1,01	0,88 - 1,16		0,910	0,97	0,83 - 1,13		0,688	0,94	0,81 - 1,10		0,466
Høyskole/universitet	1,52	1,32 - 1,74		<0,001	1,28	1,11 - 1,47		<0,001	1,20	1,03 - 1,40		0,022	1,15	0,98 - 1,34		0,087
Arbeidsstatus																
Ikke sysselsatt																
Sysselsatt	9,33	8,21 - 10,59		<0,001	9,94	8,73 - 11,32		<0,001	4,18	3,61 - 4,83		<0,001	4,15	3,59 - 4,80		<0,001
Pensjonist	0,53	0,44 - 0,64		<0,001	4,89	3,93 - 6,07		<0,001	2,41	1,89 - 3,07		<0,001	0,58	1,89 - 3,06		<0,001
Opplevd økonomi/får pengene til å strekke til																
Svært vanskelig/vanskelig																
Forholdsvis vanskelig	1,25	1,06 - 1,48		0,008	1,19	1,00 - 1,41		0,049	0,99	0,82 - 1,19		0,886	0,92	0,76 - 1,11		0,378
Forholdsvis lett	2,03	1,75 - 2,36		<0,001	1,86	1,59 - 2,16		<0,001	1,28	1,08 - 1,52		0,005	1,13	0,95 - 1,34		0,181
Svært lett/lett	2,94	2,52 - 3,42		<0,001	2,58	2,20 - 3,02		<0,001	1,53	1,28 - 1,83		<0,001	1,28	1,07 - 1,54		0,007
Røyking	-	-	-	-	0,81	0,72 - 0,91		<0,001	0,81	0,71 - 0,92		0,001	0,81	0,72 - 0,93		0,002
Alkohol	-	-	-	-	1,12	1,01 - 1,25		0,040	1,04	0,92 - 1,17		0,553	1,02	0,90 - 1,15		0,749
Fysisk aktivitet	-	-	-	-	2,46	2,23 - 2,70		<0,001	2,42	2,17 - 2,69		<0,001	2,34	2,10 - 2,60		<0,001
Psykiske plager HSCL-10	-	-	-	-	-	-	-	-	0,26	0,23 - 0,29		<0,001	0,31	0,27 - 0,35		<0,001
Kronisk langvarig sykdom (varighet > 6 måneder)	-	-	-	-	-	-	-	-	6,68	5,97 - 7,47		<0,001	6,63	5,92 - 7,42		<0,001
Sosial støtte OSS-3 (Oslo Sosial Support Scale)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lav støtte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderat støtte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,24	1,09 - 1,40		<0,001
Høy støtte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,67	1,43 - 1,94		<0,001
Deltagelse i foreningsliv, møtevirksomhet, kveldskoler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,95	0,86 - 1,06		0,388
Tillit til mennesker (grad av tillit 0-10)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,05	1,03 - 1,07		<0,001
Tilhørighet (grad av tilhørighet 0-10)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,03	1,01 - 1,05		0,006
Nagelkerke R ²		0,24				0,28				0,46				0,47		
Significance of block		<0,001				<0,001				<0,001				<0,001		

N= 12804, SRH- 1=dårlig, 2=god, OR= Odds Ratio, CI= Konfidensintervall, 0= mann, 1=kvinne- 0=Nei røyker ikke- 1= ja daglig/ja, av og til, 0=drikker alkohol 4x per måned eller sjeldnere- 1=drikker 2 x per uke eller mer, 1= ikke fysisk aktiv- 2=fysisk aktiv, <HSCL 1.85= Ingen psykiske plager, HSCL ≥ 1.85= Psykiske plager, Kronisk langvarig sykdom-1=ja- 2=nei, Deltagelse- 1=ja- 2=nei, Tillit- 0=lav- 10=høy, Tilhørighet- 0=lav- 10=høy

7. Drøfting

I denne delen vil det presenteres en oppsummering av resultatene som så vil drøftes i sammenheng med SRH. Kapittel 7.2 vil drøfte årsakssammenhenger mellom de ulike variablene demografi, sosioøkonomi, livsstilsfaktorer, psykiske plager, kroniske langvarig sykdom og sosial kapital. I siste del vil metoden i studien drøftes med sine ulike styrker og svakheter.

7.1. Oppsummering av resultater

I utvalget (n=12804) var det 9185 personer (71.7%) som rapporterte god SRH hvor andelen kvinner var 71.8% og menn 71.6%. De sosiodemografiske variablene i blokk 1 forklarte 24% av variasjonen i SRH og den sterkeste sammenhengen med god SRH var i gruppen som var sysselsatt med over ni ganger høyere OR for god SRH sammenlignet med de som ikke var sysselsatt. Blant de som hadde god økonomi og opplevde det som svært lett/lett å få pengene til å strekke til var OR nesten tre ganger høyere for å rapportere god SRH sammenlignet med de som opplevde økonomien som svært vanskelig.

Variablene for psykiske plager og langvarig kronisk sykdom ble lagt til i blokk 3 og hele modellen forklarte da 46% av variasjonen i SRH. Det å ha psykiske plager ga en redusert odds for å rapportere god SRH (OR=0.26) mens de som ikke hadde hatt kronisk langvarig sykdom siste seks måneder hadde nærmere syv ganger høyere OR for god SRH enn de som hadde hatt sykdom.

Variablene for sosial kapital ble lagt til i regresjonsanalysen i blokk 4 og hele modellen forklarte da 47% av variasjonen i SRH. Av de fire indikatorene for sosial kapital kontrollert for i analysen hadde sosial støtte den sterkeste sammenhengen med god SRH hvor gruppen med høy støtte hadde 67% høyere OR for god SRH sammenlignet med gruppen med lav støtte.

Alle fire blokkene bidro signifikant til å forklare variasjonen i SRH, men det var særlig de sosiodemografiske variabler og variablene for psykiske plager og kronisk langvarig sykdom som bidro mest.

7.2. Drøfting av funn

I dette kapitlet blir resultatene fra analysen drøftet på bakgrunn av teorier og empiri om hvordan de ulike variablene i denne oppgaven påvirker SRH. Kapitlet er delt i fire deler. Den første drøfter de sosiodemografiske variablene og deres betydning for SRH. Den andre delen tar for seg livsstilsvariabler og deres betydning for SRH. I den tredje delen drøftes det i hvilken grad psykiske plager og kronisk langvarig sykdom kan påvirke SRH og i den siste delen blir variablene for sosial kapital drøftet.

7.2.1. Sosiodemografisk og sosioøkonomisk variasjon i SRH

Kjønn

Den bivariate analysen i denne oppgaven viste ingen signifikant forskjell i SRH mellom kvinner og menn. Dette funnet støttes av andre studier som heller ikke fant en signifikant forskjell mellom kvinner og menn (Jylhä, Guralnik, Ferrucci, Jokela, & Heikkinen, 1998).

Forskning på forskjell mellom kvinner og menn i SRH har allikevel funnet varierende grad av sammenheng og i en tverrsnittsundersøkelse basert data fra 19 europeiske land fant man en signifikant forskjell mellom kvinner og menn i SRH i 11 av de 19 landene (Baćak & Ólafsdóttir, 2017).

I modellen i denne oppgaven hadde kvinner 27 % høyere OR for god SRH kontrollert for psykiske plager og kronisk langvarig sykdom og 20% høyere OR for god SRH enn menn i den fulle modellen. Studier har også vist at kvinner i større grad enn menn hadde kroniske lidelser som muskel og skjelettlidelser (Verbrugge & Ascione, 1987), men at de allikevel ikke hadde dårligere SRH enn menn til tross for høyere levealder og lengre sykdomsbilde med kroniske helseplager (Leventhal, 1994). En mulig årsak til at kvinner hadde bedre SRH enn menn fant man i sammenhengen mellom sykdom og grad av oppsøkt støtte og behandling (Leventhal, 1994). Det viste seg at kvinner i større grad og tidligere i sykdomsfasen oppsøkte slik hjelp og råd enn det menn gjorde (Leventhal, 1994). Sammenhengen mellom moderat og høy sosial støtte og SRH kan derfor støtte oppunder en slik mulig sammenheng da de respondentene som opplevde høy støtte hadde 67% høyere OR for å rapportere sin egen helse som god i denne regresjonsmodellen. Sosial støtte blir videre diskutert i del 7.2.5.

Andre studier har vist at kvinner generelt rapporterte sin egen helse som dårligere enn det menn gjorde og støtter dermed ikke funnene i denne oppgaven (Etherington, 2017; Idler, 2003; Pinillos-Franco & García-Prieto, 2017). Inkonsekvente resultater om dette temaet har lenge vært et viktig utgangspunkt for forskning på kjønn og ulike demografiske og sosioøkonomiske faktorer innen globalt og nasjonalt folkehelsearbeid (Idler & Benyamini, 1997). Forskning har også vist at SRH ble evaluert ulikt og at også forventninger til egen helse og hva som var god og dårlig helse var ulikt mellom kvinner og menn. Disse forventningene ble også i signifikant grad påvirket av sosial tilhørighet (Idler & Benyamini, 1997). Andre studier har også vist at kvinner rapporterte sin egen helse som dårligere og en teori var at kvinner var mer opptatt av egen helse og dermed mer mottagelige for informasjon og kunnskap om helse enn menn var (Hosseinpoor et al., 2012). Kvinner så ut til å være mer bevisst rundt egen helse og oppsøkte dermed behandling og helsevesenet mer frekvent for flere typer av plager enn det menn gjorde. Menn hadde en tendens til å oppsøke helsevesenet for kun mer alvorlig helsetruende sykdom (Baćak & Ólafsdóttir, 2017; Etherington, 2017; Idler, 2003; Pinillos-Franco & García-Prieto, 2017).

Alder

Sammenhengen mellom alder og SRH i denne oppgaven var signifikant for de to eldste aldersgruppene sammenlignet med den yngste. Resultatene fra regresjonsmodellen viste at OR for å rapportere god SRH avtok med alder. Andre studier støtter dette funnet og fant at andelen som rapporterte god SRH avtok gradvis med økende alder (Andersen, Christensen, & Frederiksen, 2007; Jylhä, Guralnik, Balfour, & Fried, 2001; Kaleta et al., 2009). De eldste over 65 år rapporterte i mye høyere grad dårlig SRH (60 % for menn og over 70 % for kvinner) sammenlignet med de under 25 år (4 % for menn og 10% for kvinner) (Kaleta et al., 2009).

I følge en rapport fra Folkehelseinstituttet blir den norske befolkningen eldre og mange kroniske følger med høy alder (FHI, 2014b). Dermed lever flere med slike kroniske sykdommer lengre, noe som kan påvirke SRH (FHI, 2014b). Her er allikevel ikke forskningen helt entydig på hvordan SRH utvikler seg med alderen og hvilke faktorer som spiller inn. En amerikansk longitudinell studie med data fra 1 411 kvinner og menn viste at SRH holdt seg relativt stabil fram til 50-årsalder for deretter å avta gradvis utover i livsløpet (McCullough & Laurenceau, 2004). En spansk studie fant derimot at SRH ble dårligere med alder fram til 49 år for så å endres til det motsatte der de over 50 år rapporterte bedre SRH enn de som var

ynge (Girón, 2012). Studien konkluderte med at det var ulike faktorer som ble assosiert med SRH blant de ulike aldersgruppene. Eksempelvis hadde livsstilsfaktorer som røyking, alkohol og overvekt mest effekt på de under 50 år, mens hos de over 50 år hadde fysisk aktivitet og nok søvn mest påvirkning på SRH (Girón, 2012).

Sivil status

Den bivariante analysen viste en signifikant sammenheng mellom det å være gift/ samboer og det å ha kjæreste, men ikke det å bo sammen og god SRH.

Andre studier støtter dette funnet hvor det å være gift eller samboer hadde en positiv effekt på SRH og en preventiv effekt på sykdom gjennom å forsterke gode livsstilsvaner i forhold til hos enslige (Zheng & Thomas, 2013). Den sterke sammenhengen mellom enslige og dårlig SRH, har i noe forskning vært sterkest i aldersgruppen 35-64 år (Henning-Smith & Gonzales, 2020) og en studie viste at norske menn som var gift hadde bedre SRH og færre kroniske helseplager enn ugifte menn (Roos et al., 2005). Det å bo alene kan også være assosiert med ensomhet og sosial isolasjon og manglende nettverk som kan ha negativ effekt på både fysisk og psykisk helse (Holt-Lunstad et al., 2015).

I den bivariante analysen var den største andelen med god SRH blant de som hadde kjæreste, men ikke bodde sammen. Studier basert på kvalitative intervju og kvantitative data av briter som levde i såkalte LAT forhold (Living Apart Together) kan støtte dette funnet (Carter et al., 2016; Duncan et al., 2014). Deres undersøkelser fant ut at majoriteten av de som levde i slike forhold opplevde de samme godene i form av høy grad av intimitet, omsorg forpliktelse som par som levde sammen gjorde, men at de i tillegg opplevde en økt grad av frihet og autonomi i sine liv (Carter et al., 2016; Duncan, Carter, & Phillips, 2013; Duncan et al., 2014). De fleste av disse forholdene var i følge forskerne fundert på en sterk grad av forpliktelse som ikke var bundet av en juridisk kontrakt, delt bosted, og tilhørende forpliktelser, samtidig som at partene beholdt en større grad av personlig frihet som gjorde dem lykkeligere (Carter et al., 2016; Duncan et al., 2013) Undersøkelser har vist at rundt 10% av den voksne befolkningen i Vest-Europa, Nord-Amerika og Australasia lever i slike parforhold (Duncan et al., 2013)

Effekten av sivil status på SRH forsvant derimot i den fulle regresjonsmodellen. En mulig årsak kan være at faktorer som høy grad av sosial støtte, tillit og tilhørighet buffer de negative sidene av det å bo alene. Sosiale faktorer blir gjennomgått i videre i del 7.2.5.

Utdanning

Den bivariate analysen viste en signifikant sammenheng mellom grad av utdanning og SRH. Forskning støtter sammenhengen mellom høy utdanning og god helse og ifølge en rapport fra Helsedirektoratet har forskjellene i helse i Norge økt ved at kvinner og menn med høyest utdanning lever 5-6 år lengre og har bedre helse enn de med lav utdanning (Dahl, 2014; Helsedirektoratet, 2018c). Dette kalles også den sosiale gradienten (Dahl, 2014). Utdanning kan være en avgjørende faktor for hvilken inntekt og sosioøkonomisk posisjon får og dermed avgjørende for god helse (Elstad, 2000). Helse kan påvirkes gjennom kvaliteter i nærmiljø, boforhold, arbeidsforhold og tilgang til materielle goder (Elstad, 2000). Høyere utdanning kan gi høyere lønn med økt tilgang til materielle ressurser som kan være en buffer mot psykososialt stress som hverdagslige økonomiske bekymringer som påvirker den fysiske og psykiske helsen (Elstad, 2000). Utdanning kan legge til rette for et godt liv gjennom økt sosial støtte og mestring som kan ha effekt på tilfredshet og livskvalitet og skape gode levevaner som gir god helse (J. S. House et al., 1994).

Kohortstudier på utdanning og SRH fant en kumulativ sammenheng hvor den positive effekten av høy utdannelse på SRH økte med alderen hos deltagerne (Mirowsky & Ross, 2008). Flere studier som så på sammenheng mellom en sosioøkonomiske faktorer som utdannelse og SRH fant en signifikant sammenheng mellom høy utdannelse og god SRH blant kvinner og menn i de fleste europeiske landene (Alvarez-Galvez et al., 2013; Von dem Knesebeck & Geyer, 2007).

I den fulle regresjonsmodellen var ikke lenger utdanning signifikant assosiert med SRH. En mulig årsak kan det være at sysselsetting og opplevd økonomi var med i modellen og at disse fjernet effekten av utdanning. Andre studier støtter at sammenhengen mellom høyere utdanning assosiert med god SRH ikke var signifikant kontrollert for andre sosioøkonomiske variabler som inntekt (Dalen et al., 2012; Huisman et al., 2007; Idler & Cartwright, 2018). En Japansk undersøkelse fant heller ingen signifikant sammenheng mellom utdanning og SRH og forskerne diskuterte om dette kunne ha sammenheng med at de sosioøkonomiske forskjellene i Japan var relativt lave i forhold til lignende studier fra land som eksempelvis USA hvor den sosiale ulikheten var større (Shibuya, Hashimoto, & Yano, 2002).

Arbeidsstatus

Denne oppgaven viste en sterk sammenheng mellom det på være i arbeid/sysselsatt og god helse. Kontrollert for demografiske- og sosioøkonomiske faktorer hadde de som var sysselsatt

over ni ganger høyere OR for å rapportere god SRH i forhold til de som ikke var sysselsatt og var arbeidsledige, på trygd eller sosial stønad (tabell 5). Kontrollert for livsstilsvariablene ble sammenhengen styrket ytterligere til nær 10 ganger høyere. Forskning støtter dette resultatet og forskning fra Norden fant en sterk sammenheng mellom det å være sysselsatt og god SRH blant både kvinner og menn i Danmark, Finland, Sverige og Norge (Roos et al., 2005). Blant de svenske og danske kvinnene fant man også en større grad av god SRH blant kvinner i organisert arbeid enn blant hjemmeværende/ hjemmearbeidende kvinner. Det å være sysselsatt eller i arbeid hadde også en dempende effekt på kronisk langvarig sykdom og effekten var noe sterkere blant kvinner i alle de fire nordiske landene (Roos et al., 2005).

Da det ble kontrollert for psykiske lidelser, kronisk langvarig sykdom og sosiale faktorer i regresjonsmodellen ble effekten av sysselsetting mer enn halvert (OR gikk fra 9.94 til 4,15). Dette kan tyde på at disse faktorene er sterkt assosiert med SRH helse i befolkningen noe som vil bli videre drøftet i kapittel 7.2.3 og 7.2.4 og 7.2.5.

Opplevd økonomi.

Det var en sterk sammenheng mellom god helse og god økonomi i regresjonsanalysen som fulgte en trend med økende grad av god opplevd økonomi. Dette funnet støttes av forskning som har vist en sterk sammenheng mellom god helse og økonomiske ressurser (Barstad, 2020). God økonomi gir bedre tilgang til goder og har stor betydning for både fysisk og psykisk helse i form av tilgang til sunne matvarer, medisiner og heletjenester og råd til å bruke strøm nok til å varme opp boligen (Barstad, 2020).

Det er allikevel sjelden at forskning gir entydige resultater og i en studie fra Canada fant man at de med høyest inntekt og sosioøkonomisk status og den sunneste livsstilen var de som var mest pessimistisk angående sin egen helse i motsetning til de med lavere sosioøkonomisk status og mer usunn livsstil (Layes, Asada, & Kephart, 2012). Disse inkonsekvente resultatene understreker dermed verdien av å kontrollere for flere ulike aspekter av folks liv som kan påvirke helsen og ha med i betraktning når man analyserer resultatene at ulike grupper vurderer sin egen helse ulikt basert på eksempelvis ulik sosioøkonomisk bakgrunn (Layes et al., 2012).

Forskning har også vist en sterkere sammenheng mellom god økonomi og god SRH blant eldre mennesker (over 66 år), mens høyere utdanning påvirket helsen mer positivt blant de i

aldersgruppen 40-59 år (Veenstra, 2000). Ingen av disse faktorene påvirket helsen til den yngste delen i aldersgruppen 20-39 år n (Veenstra, 2000).

7.2.2. Livsstilsfaktorer

Røyking

Det var en signifikant sammenheng mellom røyking og SRH i regresjonsanalysen. Kontrollert for alle sosioøkonomiske- og sosiale faktorer, psykiske helse og kroniske sykdom hadde de som ikke røyket nær 20 % høyere OR for å rapportere god SRH i forhold til de som røyket. Lignende studier fant en signifikant bedre SRH blant de som aldri hadde røyket i det hele tatt i forhold til de som røyket daglig, de som hadde røyket tidligere og de som ble utsatt for passiv tobakksrøyk i forbindelse med jobb eller andre steder (Nakata et al., 2009). Dermed så det ut til tobakksrøyk uansett mengde påvirket respondentenes SRH i mer eller mindre grad og at de som aldri hadde vært utsatt for tobakksrøyk rapporterte den beste helsen (Nakata et al., 2009).

Til tross for at mye tyder på at det er en sammenheng mellom fravær av sigaretter og god helse viste en studie blant kinesiske såkalte «heavy smokers» som røyket over 20 sigaretter per dag ingen signifikant sammenheng mellom røyking og dårlig SRH (Yen, Shaw, & Yuan, 2010). Spesielt mennene i denne studien rapporterte meget god SRH noe som kunne tyde på at det var andre faktorer som var sterkere assosiert med god helse i deres liv enn røyking (Yen et al., 2010).

Alkohol

I den bivariate analysen i denne oppgaven var det en størst andel av de som drakk alkohol to ganger i uken eller mer som rapporterte god SRH i forhold til de som drakk sjeldnere. Dette funnet støttes av annen forskning som har vist at moderat alkoholbruk hadde en positiv effekt på helsen og at moderat inntak av alkohol var assosiert med bedre SRH enn hos de som drakk sjeldnere eller av ulike årsaker ikke drakk i det hele tatt (French & Zavala, 2007).

Sammenhengen mellom moderat inntak av alkohol og god SRH gav forskerne tre nye spørsmål. Det første om det var slik at moderat inntak av alkohol gav god helse basert på teorien om at alkohol i moderate mengder kunne ha en gunstig effekt på hjerte-kar kretsløpet. Det andre spørsmålet var om god helse i seg selv fører til et mer moderat inntak av alkohol. Det tredje spørsmålet forskerne stilte seg var om moderat alkoholinntak var assosiert med en

sunnere livsstil (French & Zavala, 2007). Andre studier fant at de som drakk sjeldnere og i større mengder, såkalt «binge drinkers» definert som 8 enheter alkohol eller mer hadde nær dobbel så stor risiko for hjerte-karsykdom og høyt blodtrykk, mens et mer jevnlig moderat drikkemønster hadde en beskyttende effekt på hjerte-karsykdom (Murray et al., 2002) For alkohol viser også befolkningsundersøkelser at alkoholforbruket er høyere blant høyt utdannede med universitets og høyskoleutdanning enn de med grunnskoleutdanning, men at det skadelige alkoholforbruket er størst blant mer vanskeligstilte grupper med lav sosioøkonomisk status (Halkjelsvik & Storvoll, 2015; Strand & Steiro, 2003).

Sammenhengen mellom alkohol og SRH forsvant derimot da faktorer for psykiske plager, kronisk langvarig sykdom og sosial kapital ble introdusert i regresjonsanalysen. Disse variablenes sammenheng med SRH blir videre drøftet i kapittel 7.2.3 og 7.2.4 og 7.2.5

Fysisk aktivitet

Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og god SRH var sterk i regresjonsanalysen med nær to og en halv gang større OR for å ha god SRH blant de som var fysisk aktiv i forhold til de som ikke var det. Studier har vist at de som deltok i sport og fysisk aktivitet oppfattet sin egen helse som bedre enn de som ikke deltok (Idler & Benyamini, 1997). På lignende måte som i denne masteroppgaven sammenlignet svensk studie sammenlignet effekten av moderat til lite fysisk aktivitet og mye fysisk aktivitet i forhold til de som ikke var fysisk aktive i det hele tatt uten å spesifisere hva slag type aktivitet (Södergren et al., 2008). De fant en signifikant sammenheng mellom god SRH i både gruppen som fysisk aktiv i mer eller mindre grad sammenlignet med de som ikke var det. OR for å rapportere god SRH var allikevel høyest i gruppen som var mest fysisk aktiv (Södergren et al., 2008). En befolkningsundersøkelse som inkluderte 15 EU land fant også en signifikant sammenheng mellom fysisk aktivitet og god SRH (Abu-Omar, Rütten, & Robine, 2004) Slik som i den svenske studien økte OR for god SRH gradvis med mengden fysisk aktivitet og blant de som var mest fysisk aktiv hadde flest god SRH (Abu-Omar et al., 2004).

Forskning som undersøkte sammenhenger mellom fysisk aktivitet og både SRH og objektive mål på helse fant at de som var fysisk aktiv både hadde høyere OR for god SRH og bedre kondisjon ved å måle oksygenopptak i lungene (Eriksen, Curtis, Grønabæk, Helge, & Tolstrup, 2013). Mange studier har også sett på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og objektive mål på helse og det eksempelvis ble funnet en signifikant sammenheng mellom fysisk

aktivitet og redusert risiko for hjerte-kar sykdom og visse former for kreft (Ekelund et al., 2019; Ekelund et al., 2016; Powell, Thompson, Caspersen, & Kendrick, 1987). Studier har også funnet resultater som indikerte at fysisk aktivitet hadde positiv effekt på psykisk helse ved å dempe symptomer på angst, depresjon og stress (Chekroud et al., 2018; Mikkelsen, Stojanovska, Polenakovic, Bosevski, & Apostolopoulos, 2017).

7.2.3. Psykiske helseplager

Sammenhengen mellom psykiske helseplager og SRH var signifikant i regresjonsanalysen. Kontrollert for sosiodemografi og livsstilsvariabler hadde de med psykiske plager en signifikant lavere OR for god SRH. Flere studier støtter sammenhengen mellom psykisk helse og SRH og har vist at de som ikke hadde psykiske plager hadde høyere OR for god SRH (Pinto, Fontaine, Neri, & Liberalesso, 2016; Vaingankar et al., 2020).

En rapport fra Folkehelseinstituttet (2018) om psykisk helse blant den norske befolkningen bekreftet at psykiske lidelser er en stor årsak til dårlig helse i Norge (Reneflot et al., 2018). Tall fra Helsedirektoratet har også vist at risikoen for å ha dårlig psykisk helse er høyere blant de med lavere sosioøkonomisk status (Helsedirektoratet, 2018a). Forskning støtter disse funnene og har vist at eksempelvis sosial støtte hadde positiv effekt på stress, angst og depresjon gjennom både emosjonell støtte, og gjennom å forsterke og motivere til en helsefremmende livsstil som fungerte som buffer mot psykiske helseplager (Wijndaele et al., 2007).

7.2.4. Kronisk langvarig sykdom og helseplager

Sammenhengen mellom fravær av kronisk sykdom og helseplager og god SRH var høy i regresjonsanalysen kontrollert for sosiodemografi og livsstil. De som ikke hadde hatt kronisk sykdom eller helseplager siste seks måneder hadde over 6 ganger høyere OR for god SRH. Dette viser at kronisk sykdom og helseplager hadde mye å si for SRH i dette utvalget.

Flere studier som så på SRH i sammenheng med kronisk sykdom har funnet en signifikant sammenheng mellom ulike sykdommer og SRH (Ge, Ong, Yap, & Heng, 2019; Molarius & Janson, 2002). I en studie undersøkte man effekten av kroniske sykdommer på SRH i tre ulike aldersgrupper og fant en signifikant sammenheng mellom sykdom og SRH blant samtlige

deltakere (Ge et al., 2019). Kroniske tilstander man undersøkte var blant annet komplikasjoner etter slag, osteoporose og reumatoid artritt, kronisk bronkitt og KOLS (Ge et al., 2019). Studien fant også at kronisk sykdom i særlig grad medvirket til dårlig SRH blant den eldre delen av befolkningen gjennom redusert aktivitetsnivå og daglig funksjonsnivå, problemer med selvpleie og kroniske smerter (Ge et al., 2019).

7.2.5. Sosial kapital

Sosial kapital målt ved de fire indikatorene bidro signifikant i modellen og alle indikatorene bortsett fra deltagelse var assosiert med SRH i den fulle regresjonsanalysen. Andre studier som har sett på sosial kapital i sammenheng med SRH fant en signifikant sammenheng mellom god tilgang til sosial kapital og god SRH (Glanville & Story, 2018; Mansyur et al., 2008). En studie som så på effekten av sosial kapital på SRH i 45 land fant størst signifikant sammenheng mellom tillit, men også deltagelse i de fleste av landene med unntak av noen land (Mansyur et al., 2008). Forskerne understreket at ulike normer og verdier kunne variere fra land til land og dermed påvirke hvordan sosial kapital ble assosiert med SRH (Mansyur et al., 2008).

Sosial støtte

Denne indikatoren på sosial kapital hadde en signifikant positiv effekt på SRH blant respondentene kontrollert for alle andre variabler i regresjonsanalysen. De som opplevde høy støtte, hadde 67% høyere OR for å rapportere helsen sin som god. En rekke studier har vist at høy og moderat sosial støtte hadde en positiv effekt på helsen gjennom blant annet å motvirke helseskadelig stress, hjelpe mennesker å håndtere vanskelige livssituasjoner og forebygge skadelig livsstil i form av røyking og rusmisbruk (Berkman et al., 2014; House et al., 1988; Richardson & Ratner, 2005; Taylor et al., 2006). Sosial støtte har også vist seg å ha en forebyggende effekt på hjerte-karsykdom, høyt blodtrykk og depresjonslidelser (Ertel et al., 2009; Everson-Rose & Lewis, 2005).

Tillit

Høy tillit hadde en signifikant sammenheng med god SRH i regresjonsanalysen, men ikke i like stor grad som sosial støtte. Gjennomsnittsskåren for tillit i hele utvalget var på nær 7 i den deskriptive analysen så det var generell høy grad av tillit blant alle respondentene. En

årsaksforklaring til dette kan være at Norge gjennom sine velferdsordninger og større grad av like rettigheter til utdanning har en større tillit blant befolkningen enn ellers. Siden den generelle tilliten er høy blir den ikke en like viktig determinant for folks helse som i land med større sosiale forskjeller. Denne teorien støttes av forskning som har vist en generelt stor grad av horisontal tillit i de nordiske landene; Island, Finland, Danmark, Sverige og Norge (Skøien Barstad, 2012). Studier som forsøkte å sammenligne grad av tillit fant ut at de nordiske landene hadde den høyeste graden av tillit blant befolkningen, mens den laveste tilliten fant man i Brasil, Tyrkia, Romania og Slovenia (Newton, 2001; Skøien Barstad, 2012). En mulig årsaksforklaring til dette var at de nordiske landene samt Nederland og Canada hadde en sterk velferdsstat, med større grad av like muligheter for alle som skapte høyere tillit blant befolkningen enn i land med svakere velferdsordninger. Forskning har også funnet at en mer homogent sammensatt befolkning, relativt høy gjennomsnittsinntekt, like muligheter til utdanning med offentlig skole, større grad av likestilling og mindre korrupsjon kunne ha innvirkning på den høye graden av tillit (Newton, 2001; Rothstein, 2005).

En befolkningsundersøkelse i Canada fant liten grad av signifikant sammenheng mellom tillit, tilhørighet og deltagelse blant den generell befolkningen, men at disse faktorene hadde en positiv effekt på helsen til de eldste i befolkningen (Veenstra, 2000).

Tilhørighet

Det var en signifikant sammenheng mellom sterk tilhørighet og god SRH blant utvalget i denne regresjonsanalysen. En Kanadisk befolkningsundersøkelse støtter funnene i denne analysen der de fant en sterk sammenheng mellom tilhørighet med et godt nettverk av venner og god SRH og lavere nivå av stress (Carpiano & Hystad, 2011). En annen studie fant også at opplevelsen av tilhørighet var høyest i den eldste delen av befolkningen, og høyere blant de som bodde i eneboliger enn blant de som bodde i blokkleilighet. Tilhørigheten var også høyere for par med barn enn for eneforsørgere (Kitchen, Williams, & Chowhan, 2012). Forskning har også sett at tillit og tilhørighet i form av et godt sosial nettverk i økende grad har en positiv effekt på SRH hos de eldste og i særlig grad kvinner fra 65 år og eldre (Carpiano & Hystad, 2011). Den samme studien fant man også en sterk sammenheng mellom tilhørighet og psykisk helse som var enda større enn for fysisk helse (Carpiano & Hystad, 2011).

7.3. Drøfting av metode

I denne delen vil oppgavens styrker, svakheter og holdbarheten i resultatene drøftes gjennom å vurdere metode, studiedesign, behandling av data og analyse. Graden av validitet, reliabilitet, generaliserbarhet og mulige skjevheter i utvalget vil også drøftes.

7.3.1. Metode og studiedesign

I denne oppgaven ble en tverrsnittstudie benyttet for å se på sammenhengen mellom ulike variabler og hvordan disse påvirket SRH i et representativt utvalg. Metoden i en slik tverrsnittstudie er deskriptiv og hensiktsmessig når man ønsker å se på et stort antall av mulige årsaker mellom eksponering og utfall og prevalens i et tverrsnitt av befolkningen (Levin, 2006). Det er viktig å merke seg at siden spørreundersøkelsen ble foretatt til et bestemt tidspunkt og dermed er begrenset i tid så gav den ingen indikasjoner på hendelsesforløp og rekkefølge i tid på ulike eksponeringer i forhold til utfall som for eksempel sykdom. I motsetning til en kohortstudie var det derfor ikke mulig å definere direkte årsakssammenhenger mellom ulike eksponeringer og utfall og i hvilken kausal retning de ulike eksponeringsvariablene påvirket hverandre (Levin, 2006).

En stor fordel med å bruke allerede innsamlet datamateriale fra befolkningsundersøkelsen «Oss i Østfold» var at det ellers ville vært krevende å skaffe til veie en så stor mengde datamateriale innenfor denne masteroppgavens tidsramme. En begrensning var at det ikke var mulig å tilpasse spørsmålene etter problemstillingen i oppgaven og at den heller måtte tilpasses etter spørreskjemaet.

Selvrapportert helse er et subjektivt begrep og kan ikke måles med biomedisinske metoder. Det inneholder både kultur og biologi og er basert på hvert enkeltmenneskes subjektive forståelse og verdigrunnlag og det er vitenskapelig vedtatt som et effektiv og verdifullt mål på generell helse i en befolkning (Baćak & Ólafsdóttir, 2017; Holseter et al., 2015; Jylhä, 2009; Tissue, 1972). Det er allikevel viktig å understreke at SRH er et komplekst begrep som påvirkes av mange ulike faktorer i menneskers liv som denne studien og spørsmålene i spørreskjemaet ikke omfatter. Her kreves det også kvalitative intervjuer for å kunne svare på hva folk legger i begrepet helse og hvilke kriterier de bedømmer sin egen helse ut i fra slik Fugelli og Ingstad gjorde da de intervjuet nordmenn om dette temaet (Fugelli & Ingstad,

2001). Hele regresjonsmodellen forklarte 47% av variasjonen i SRH, og selv om dette må sies å være en betydelig grad av forklart varians, så viser det at det er flere andre faktorer som må inkluderes for å få et bredere bilde på hvilke andre variabler som kan påvirke SRH. Hensikten med denne oppgaven var heller ikke å finne en fullstendig forklaringsmodell på alle sammenhenger og assosiasjoner i variasjon av SRH. Forskning har vist at temaet er såpass sammensatt at man ikke ennå har fullstendig oversikt over alle sammenhenger fordi folk vektlegger ulike faktorer i sine liv når de skal rapportere helsen sin (Fugelli & Ingstad, 2001; Jylhä, 2009).

I en befolkningsundersøkelse ønsker man å hente inn data som kan assosieres til hele populasjonen og ikke bare utvalget i undersøkelsen og dermed unngå systematiske utvalgsfeil ved å ende opp med et utvalg som ikke er representativt for den brede populasjonen (Solbakken, 2019). Tilfeldige utvalgsfeil kan derimot kun testes ved å gjøre den samme undersøkelsen flere ganger for å se om man oppnår samme resultat. Sjansen for tilfeldige utvalgsfeil vil derfor alltid være til stede med mindre man undersøkte hele populasjonen (Solbakken, 2019). Sjansen for at det gjøres en type 1 feil ved at man viser til en sammenheng som signifikant selv om den ikke er det, eller type 2 feil og påstår at det ikke er en sammenheng når det egentlig er det er begge til stede i alle studier. I denne undersøkelsen var størrelsen på utvalget allikevel såpass stor at sjansen for type 2 feil var betydelig redusert (Solbakken, 2019).

7.3.2. Behandling av data og analyse

I denne oppgaven ble mange av variablene dikotomisert. Ulempene ved å dikotomisere i høy og lav eller god og dårlig er at man mister variasjonen i de individuelle skårene, og de som har moderat høy eller moderat lav skår vil bli kategorisert sammen med de med høy og lav skår. Dermed mister man også noe presisjon i form av individuelle distinksjoner mellom moderat høy og lav skår. Muligheten for både type 1 og type 2 feil øker noe med en slik dikotomisering tilstede, men forskning har vist at dette kan justeres ved å ha et stort nok utvalg i (Fedorov, Mannino, & Zhang, 2009). Her er det ulike faglige meninger på hva som er godt nok og ikke og i en regresjonsanalyse ville de som ser fordeler ved å dikotomisere mene at dette gjør det enklere å utføre en statistisk regresjon med flere uavhengige og en avhengig variabel, mens andre forskere har ment at den samme analysen kunne blitt gjort med mer presise resultater og unngå at analysen taper styrke ved å unnlate å dikotomisere (Rucker,

McShane, & Preacher, 2015). Tatt i betraktning denne masteroppgavens omfang og for å gjøre resultatene enklere og tydeligere å tolke ble det valgt og dikotomisere noen av variablene i analysen. Denne oppgaven ønsket også primært å belyse faktorer som medførte god SRH med et helsefremmende fokus. Eksempelvis ble variabelen for SRH dikotomisert til 1= dårlig og 2= god, der dårlig-kategorien var satt sammen av «svært dårlig», «dårlig» og «verken god eller dårlig» og god-kategorien var satt sammen av «svært god» og «god». Det ble valgt å legge god i kategori 2 som høyeste skår fordi denne studien ønsker å ha søkelys på hva som kan assosieres med god SRH istedenfor dårlig SRH og bruke OR for god SRH i et forebyggende og helsefremmende perspektiv. Her kan dikotomiseringen ha ført til tap av presisjon i variasjon i SRH. Missklassifikasjon kan dermed ha forekommet i gruppen som svarte «verken god eller dårlig» der denne oppgaven valgte å tolke den kategorien inn i gruppen med dårlig SRH.

De 12 kategoriene for nåværende hovedaktivitet (arbeidsstatus) ble endret til tre kategorier med 1= ikke sysselsatt, 2= sysselsatt og 3= pensjonist. Alle som hadde svart at de var sysselsatt i en eller annen form for arbeid inkludert studenter, hjemmearbeidende, vernepliktige og sivilarbeidere og de som hadde svart kategorien «annet» ble kategorisert som sysselsatt i denne studien. Dette ble gjort fordi studien ønsket å se etter sammenheng mellom variasjon i god og dårlig SRH i forhold til sysselsatt, ikke sysselsatt og pensjonist. Fokuset var ikke variasjon i SRH ut fra hva slags type arbeid respondentene hadde, eller i hvor stor grad de var i arbeid. Ved å kategorisere så mange variabler inn i tre var det en risiko for misklassifisering og særlig for gruppen som svarte «hjemmearbeidende» og «annet» da de ble registrert som «sysselsatt» i denne oppgaven.

Utdanning var delt i fire kategorier i spørreskjemaet og høyere utdanning var delt i «høgskole/universitet mindre enn 4 år» og «høgskole/universitet mer enn 4 år» Denne variabelen ble endret til tre kategorier da studien primært ønsket å se på effekten av høy og lav utdannelse assosiert med SRH. Her mistet analysen nyansen mellom de med «høgskole/universitet mindre enn 4 år» og «høgskole/universitet mer enn 4 år», men det var ikke denne oppgavens hensikt å belyse slike distinksjoner. Målet var heller teste i hvilken grad høy utdanning var assosiert med SRH også kontrollert for andre faktorer som var viktige for helsen.

Fysisk aktivitet ble også kategorisert til at de som bedrev mye fysisk aktivitet ble slått sammen med de som bedrev moderat og lite og dette kan ha ført til tap av presisjon i informasjon om individuell grad av fysisk aktivitet og assosiasjon til SRH. Det samme gjaldt for de som røyket daglig og de som røyket av og til som også ble plassert i samme kategori og hvor man også risikerte tap av nyansert informasjon.

De samme begrunnelsen ble lagt til grunn for å re kategorisere livsstilsvariablene ved at denne studien primært ønsket å se på assosiasjon i fysisk aktivitet kontra ingen fysisk aktivitet og røyking kontra ingen røyking.

HSCL-10 som er en kortversjon av HSCL-25 ble brukt for å måle psykiske plager. Forskning har vist at HSCL-10 var like effektiv som den lengre versjonen (HSCL-25) i å måle mental helse og i særlig grad depresjonslidelser i populasjonsstudier (Strand et al., 2003). HSCL-10 er også anbefalt som en standardisert metode for å undersøke et større utvalg i befolkningsundersøkelser fordi den er effektiv og presis (Müller, Postert, Beyer, Furniss, & Achtergarde, 2010). Denne kortversjonen er derimot ikke anbefalt i klinisk praksis der lengre versjoner som eksempelvis HSCL-25 vil være nyttig som et mer individuelt nyansert og grundig diagnoseverktøy (Müller et al., 2010).

En multippel regresjonsanalyse er et godt verktøy når man ønsker å se på flere uavhengige variabelers assosiasjon med avhengig variabel samtidig. Det er nærliggende å tro at SRH påvirkes av flere uavhengige variabler simultant og dermed mer virkelighetsnært å benytte en regresjonsmodell enn en bivariat analyse (Thrane, 2017). En regresjonsanalyse finner også en mest mulig direkte og presis sammenheng mellom hver og en av de uavhengige variablene og den avhengige variabelen mens det samtidig kontrolleres for effekten av de andre uavhengige variablene i analysen (Thrane, 2017).

Det ble benyttet et signifikansnivå på $p=0.05$ i denne studien, noe som er mest vanlig å bruke i slike typer regresjonsanalyser (In Lee & Koval, 1997). Ved signifikansnivå 0.05 tillates det en 5% mulighet for at det gjøres en type 1 feil ved å forkaste en 0- hypotese og påstå signifikante sammenhenger mellom variabler som egentlig ikke er tilfelle (Solbakken, 2019). Regresjonsanalysen viste en signifikant sammenheng på $p<0.001$ for samtlige av de fire blokkene i den trinnvise logistiske regresjonsmodellen og variasjon i SRH. Signifikansnivå $p<0.001$ defineres som en høy statistisk signifikans (In Lee & Koval, 1997).

Det ble brukt odds ratio (OR) for å måle effekt av de ulike variablene på variabelen SRH og dette er et vanlig effektmål å bruke i logistisk regresjon (Thrane, 2017).

7.3.3. Reliabilitet og validitet

Reliabiliteten sier noe om i hvilken grad vi kan stole på resultatene og i hvilken grad de er frie for tilfeldige utvalgsfeil. Med andre ord skal man kunne forvente å få de samme resultatene ved å gjøre de samme målingene av det samme utvalget på ny. Det er viktig å ta med i betraktning at målingene av fysisk og psykisk helse vil variere over tid og at det derfor vil være urealistisk å få akkurat de samme svarene på to ulike tidspunkt (Pallant, 2020).

Validiteten til en skala sier noe om i hvilken grad en skala måler det den er ment til å måle, og validiteten til SRH i denne sammenhengen vil i stor grad være knyttet til empiriske bevis på at dette er et gyldig mål å bruke i forskning (Pallant, 2020).

Flere store populasjonsstudier har vist at SRH er et nyttig, inkluderende og informativt verktøy for å måle helse i en befolkning (Baćak & Ólafsdóttir, 2017; Holseter et al., 2015; Jylhä, 2009). I en finsk studie fra 2009 konkluderer forskerne med at SRH er en verdifull indikator på helse og bruken av helsetjenester i en befolkning (Jylhä, 2009). En annet studie av 19 land konkluderte med at SRH er et verdifullt og effektivt mål på helse i en populasjon selv når mer spesifikke diagnoser og mål på helse ikke er tilgjengelige (Baćak & Ólafsdóttir, 2017). Standardspørsmålet «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?» er brukt i de fleste lignende studier og dette styrker reliabiliteten og validiteten i denne studien. Allikevel er det alltid en individuell subjektiv oppfattelse av personens egen helse man måler ved å bruke SRH og denne subjektive individuelle oppfattelsen vil i mer eller mindre grad være «realistisk» i forhold til den faktiske biologiske helsen til personen man spør (Layes et al., 2012). Som empirien har vist er eksempelvis alder og ulik sosioøkonomisk bakgrunn med på å definere synet på hva god helse innebærer og det er derfor viktig å forstå alle aspekter med når man måler SRH i folkehelsevitenskapen for å kunne få et så nyansert og helhetlig bilde som mulig av alle faktorer som påvirker folkehelsen (Fugelli & Ingstad, 2001; Layes et al., 2012).

I denne oppgaven ble det benyttet allerede innsamlet datamateriale og det var ikke mulig å påvirke valg eller bruk av type metode for innsamling av data eller valg av type måleverktøy brukt i befolkningsundersøkelsen.

OSS-3, Oslo Social Support Scale ble brukt til å måle grad av sosial støtte. Det er et effektivt måleverktøy som egner seg godt i større populasjonsstudier for å måle sosial støtte i form av vennskap, forhold til naboer og tilgang til generell praktisk hjelp (Kocalevent et al., 2018). Økt sosial støtte viste seg å ha en signifikant sammenheng med god helse i regresjonsanalysen. Det kan allikevel tenkes at spørreskjemaet ikke fanget opp informasjon om eventuell støtte fra hjemmesykepleie og andre som ikke var naboer som eventuelt erstattet behovet for praktisk hjelp fra naboer. Det kan tenkes at enkelte av respondentene som eksempelvis tilhørte den eldste aldersgruppen, eller hadde funksjonsnedsettelse faktisk hadde god tilgang til praktisk profesjonell hjelp og dermed ikke hadde behov for slik hjelp fra naboer. Om disse respondentene da valgte å svare at de ikke hadde slik støtte fra naboer fordi de ikke hadde behov for det kan det ha ført til misklassifikasjon. Fokuset i sumskåren for OSS-3 ble allikevel basert på de 3 spørsmålene og ville veie opp for dette i større grad hvis sosial støtte var tilsvarende høy eller lav i de to andre spørsmålene.

7.3.4. Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget

Målet med befolkningsundersøkelsen var å gjennom et mest mulig representativt utvalg av Østfold kartlegge den voksne befolkningen mellom 18-79 år. Det var til slutt 16 558 respondenter som fullførte undersøkelsen. Hele undersøkelsen ble sendt ut på e-post og dermed ble den eldste delen av befolkningen over 85 ekskludert hvor kun sirka 10% hadde tilgang til epost. De som hadde reservert seg fra å være registrert med kontaktinformasjon i Difi (Direktoratet for forvaltning og IKT) ble heller ikke med i undersøkelsen. Forskning har vist at den eldre delen av befolkningen som har tilgang til internett og brukte epost hadde generelt bedre helse og høyere sosioøkonomisk status i form av utdanning og inntekt (Hunsaker & Hargittai, 2018; Tavares, 2020). Det er dermed mulig at de eldre respondentene i denne undersøkelsen dermed hadde høyere sosioøkonomisk status enn de som ble ekskludert og ikke hadde tilgang til epost. En landsdekkende rapport om den eldre befolkningens digitale hverdag viste også at bruken av epost var synkende med alder fra 56% blant de mellom 61-70 år til 44% blant de mellom 71-80 år. En lavere andel av de med ulike typer av nedsatt funksjonsevne brukte internett og epost (Slette-meås, Mainsah, & Berg, 2018). Totalt ble det sendt ut 97 641 invitasjoner på epost til å delta i undersøkelsen og fordelt på Østfold, Akershus og Buskerud og av de inviterte fra Østfold var det 20% som åpnet eposten, noe som var godt innenfor tålegrensen på respons ned mot 15-16 %, men som også representerte en

fare for skjevheter i utvalget (Østfold Fylkeskommune, 2019). Av de inviterte åpnet 80 % eposten og besvarte spørreskjemaet (Østfold Fylkeskommune, 2019). Videre skjedde det frafall av respondenter underveis i utfyllingen av spørreskjemaet der andelen av de som falt fra var høyest blant de yngste med 28% frafall og minst blant de eldste med 16% frafall (Østfold Fylkeskommune, 2019). Det øvrige frafallet oppstod underveis i utfyllingen og var høyere blant de med alvorlige funksjons- og bevegelsesbegrensninger (17% og mot 12%) (Østfold Fylkeskommune, 2019). Av de som påbegynte spørreskjemaet, men falt fra underveis svarte 8% at de ikke trivdes i lokalmiljøet (mot 4%) og en større andel av de med få nære venner falt også fra underveis i undersøkelsen (7% mot 4%) (Østfold Fylkeskommune, 2019).

Kombinasjonen av at det var flere i de eldre aldersgruppene som fullførte undersøkelsen enn yngre i særlig grad de under 25 år og at de eldre som ikke hadde epost falt fra kan ha ført til skjevheter i utvalget

Det ble valgt å fjerne respondenter som ikke hadde svart på alle de variablene som skulle være med i det analytiske utvalget og man satt igjen med 12 804 respondenter noe som kan ha ført til skjevheter i utvalget. Det er vanskelig å definere noen fellestrekk som kunne påvirke slike skjevheter for de respondentene som ble fjernet fra det analytiske utvalget. Studier har allikevel vist at de med lavere sosioøkonomisk status som utdanning og dårligere helse hadde lavere odds for å delta i helseundersøkelser (Demarest et al., 2013) og en dansk studie viste at etniske minoriteter var underrepresentert i slike studier i forhold til etniske dansker (Ahlmark et al., 2015). Dermed kan det være grunn til å tro at det foreligger skjevheter i utvalget som har blitt påvirket av sosioøkonomisk status, generell helse og hvor motivert deltageren var i å fullføre spørreskjemaet. Allikevel er det funnet sammenhenger som samsvarer med andre studier gjort på området som gir grunn til å tro at funnene fra studiepopulasjonen er overførbare til befolkningen i Østfold som helhet.

8. Konklusjon og implikasjon

Denne studien har gitt en oversikt over noen helsedeterminanter som var assosiert med SRH i den generelle befolkningen i Østfold. Disse determinantene var sosiodemografi, sosioøkonomi, livsstilsfaktorer, psykiske plager, kronisk langvarig sykdom og sosial kapital. Oppgaven så på i hvilken grad de påvirket SRH i et representativt utvalg av befolkningen i Østfold.

Hovedfunnene i regresjonsanalysen var at alle de ulike blokkene av helsedeterminantene bidro signifikant til SRH. Dette understreker hvor viktig det er å tenke bredt både tverrsektorielt og tverrfaglig for å fremme god helse for hele befolkningen. De sosioøkonomiske faktorene som sysselsetting og opplevd økonomi samt kroniske sykdommer og psykiske lidelsene bidro i særlig grad til SRH i regresjonsmodellen. Å belyse sosioøkonomiske faktorer som skaper sosial ulikhet i helse blir derfor viktig i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Et bredt fokus på kunnskap om forebygging og behandling av psykiske lidelser er også nødvendig i folkehelsearbeidet for å sidestille psykiske lidelser med somatisk sykdom. Forebygging og behandling for økt helse og livskvalitet hos mennesker med kronisk sykdom er også avgjørende i et helsefremmende samfunn som ønsker å ta vare på helsen i hele befolkningen inkludert eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet var også i høy grad assosiert med god SRH og sosial kapital og særlig sosial støtte. Forebyggende folkehelsearbeid for å bedre livsstilsvaner som økt fysisk aktivitet og røykeslutt er derfor fortsatt essensielt for god folkehelse. Sosial kapital i form av sosial støtte, mellommenneskelig tillit og tilhørighet er viktig for den generelle helsen individ nivå, men også uunnværlig for å skape bærekraftige velfungerende lokalmiljø og for samfunnet som helhet. At mennesker har et nettverk i form av venner, naboer og tilgang til både praktisk og emosjonell støtte er viktige innsatsområder i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i folkehelse Østfold og generelt i landet. Ved å skape et inkluderende samfunn kan ensomhet og ekskludering forebygges og unngås.

Det helsefremmende arbeidet bør legge til rette for politikk som forsterker satsing på et inkluderende arbeidsliv hvor flest mulig er sysselsatt etter evne. Andre tiltak bør rettes mot psykososiale faktorer som påvirker helse gjennom lovgivning, organisering og arbeid som styrker båndet og samhandlingen mellom mennesker i nærmiljøet. Økt tilgang på kultur, sport

og andre fritidstilbud og sosiale foreninger og lag kan være eksempler på tilbud som bedrer de psykososiale forholdene og folkehelsen.

Norge er et land med generelt høy vertikal og horisontal tillit som er viktige verdier både i nærmiljø og i landet som helhet. For å motvirke den voksende sosiale ulikheten i helse må tverrsektorielle tiltak settes inn for å styrke utvikling av nærmiljø og bygge opp sosiale nettverk som inkluderer alle innbyggere i et samfunn for bedre fysisk og psykisk helse for alle.

En tverrsnittsundersøkelse som denne kan ikke si noe om den kausale retningen i helsedeterminanter og SRH. Det er derfor nødvendig med mer forskning med egnet design som ser på årsak-virkningssammenhengen og forskning som eksempelvis longitudinelle studier som ser på sammenhengen mellom disse faktorene og SRH i ulike grupper av befolkningen. Slike studier kan gi verdifull kunnskap for å skape et mer effektivt og målrettet helsefremmende og forebyggende arbeidet mot ulike grupper i samfunnet.

9. Referanser

- Abu-Omar, K., Rütten, A., & Robine, J.-M. (2004). Self-rated health and physical activity in the European Union. *Sozial-und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 49(4), 235-242.
- Ahlmark, N., Algren, M. H., Holmberg, T., Norredam, M. L., Nielsen, S. S., Blom, A. B., . . . Juel, K. (2015). Survey nonresponse among ethnic minorities in a national health survey—a mixed-method study of participation, barriers, and potentials. *Ethnicity & health*, 20(6), 611-632.
- Ahn, M. Y., & Davis, H. H. (2020). Sense of belonging as an indicator of social capital. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(7/8), 627-642. doi:10.1108/IJSSP-12-2019-0258
- Alvarez-Galvez, J., Rodero-Cosano, M. L., Motrico, E., Salinas-Perez, J. A., Garcia-Alonso, C., & Salvador-Carulla, L. (2013). The impact of socio-economic status on self-rated health: Study of 29 countries using European social surveys (2002–2008). *International journal of environmental research and public health*, 10(3), 747-761.
- Andersen, F. K., Christensen, K., & Frederiksen, H. (2007). Self-rated health and age: A cross-sectional and longitudinal study of 11,000 Danes aged 45—102. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 164-171.
- Arne, M., Lundin, F., Boman, G., Janson, C., Janson, S., & Emtner, M. (2011). Factors associated with good self-rated health and quality of life in subjects with self-reported COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 6, 511.
- Bačák, V., & Ólafsdóttir, S. (2017). Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. *Scand J Public Health*, 45(6), 647-653. doi:10.1177/1403494817717405
- Barefoot, J. C., Maynard, K. E., Beckham, J. C., Brummett, B. H., Hooker, K., & Siegler, I. C. (1998). Trust, health, and longevity. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 517-526.
- Barstad, A. (2020). *Økonomi, helse og livskvalitet. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2017*: Statistisk sentralbyrå.
- Berkman, Krishna, Kawachi, & Glymour. (2014). Social network epidemiology. In *Social Epidemiology* (2nd ed., pp. 241-243). New York: Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (1983). The forms of capital. *Handbook of Theory and*
- Bøen, H. (2012). Social Support, mental health and effectiveness of a senior centre programme for elders living at home. Cross-sectional studies and a randomized controlled trial.
- Carpiano, R. M., & Hystad, P. W. (2011). “Sense of community belonging” in health surveys: what social capital is it measuring? *Health & place*, 17(2), 606-617.
- Carter, J., Duncan, S., Stoilova, M., & Phillips, M. (2016). Sex, love and security: Accounts of distance and commitment in living apart together relationships. *Sociology*, 50(3), 576-593.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126.
- Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, A., & Marmot, M. (2007). Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *Bmj*, 334(7601), 990.
- Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A. B., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H., & Chekroud, A. M. (2018). Association between physical exercise and mental

- health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 739-746.
- Coleman. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94, S95-S120.
- Coleman, Hoffer, T., & Kilgore, S. (1982). Achievement and segregation in secondary schools: A further look at public and private school differences. *Sociology of education*, 55(2), 162-182.
- Dahl, E. B., Heidi; van der Wel, Kjetil. (2014). Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt. *Oslomet.no*(SAM - Department of Social Work, Child Welfare and Social Policy). Retrieved from <https://oda.oslomet.no/oda-xmllui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe*. Retrieved from
- Dalen, Huijts, Krokstad, & Eikemo. (2012). Are there educational differences in the association between self-rated health and mortality in Norway? The HUNT Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(7), 641-647.
- Dalen, H. B., & Pettersen, A. M. (2021). *Levekårsundersøkelse EU- SILC 2021- Dokumentasjonsnotat (2021/46)*. Retrieved from Norway: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekars/artikler/levekarsundersokelsen-2021/_attachment/inline/4e734f1d-86e4-41a7-aa4f-6301d2f3517b:09c6c17b900b3e753491b461fa83febddae14cc4/NOT2021-46.pdf
- Demarest, S., Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Tafforeau, J., Van Oyen, H., & Van Hal, G. (2013). Socio-economic differences in participation of households in a Belgian national health survey. *The European Journal of Public Health*, 23(6), 981-985.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E., Covi, L., & Pichot, P. (1974). The Hopkins symptom checklist (HSCL). *Behavioral Science*, 19, 137.
- Dommermuth, L., Hart, R. K., Lappegård, T., Rønsen, M., & Wiik, K. A. (2015). Kunnskapsstatus om fruktbarhet og samliv i Norge. *Oslo: Statistisk sentralbyrå*.
- Duncan, S., Carter, J., & Phillips, M. (2013). Why do people live apart together?
- Duncan, S., Phillips, M., Carter, J., Roseneil, S., & Stoilova, M. (2014). Practices and perceptions of living apart together. *Family Science*, 5(1), 1-10.
- Eek, D., & Rothstein, B. (2005). Exploring a causal relationship between vertical and horizontal trust.
- Ekelund, U., Brown, W. J., Steene-Johannessen, J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., . . . Lee, I.-M. (2019). Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. *British journal of sports medicine*, 53(14), 886-894.
- Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., . . . Group, L. S. B. W. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*, 388(10051), 1302-1310.
- Elstad, J. I. (1996). How large are the differences-really? Self-reported long-standing illness among working class and middle class men. *Sociology of Health & Illness*, 18(4), 475-498.
- Elstad, J. I. (2000). *Social inequalities in health and their explanations*: Oslo Metropolitan University-OsloMet: NOVA.

- Elstad, J. I., & Krokstad, S. (2003). Social causation, health-selective mobility, and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Social science & medicine*, 57(8), 1475-1489.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1743658>
- Eriksen, L., Curtis, T., Grønbaek, M., Helge, J. W., & Tolstrup, J. S. (2013). The association between physical activity, cardiorespiratory fitness and self-rated health. *Preventive medicine*, 57(6), 900-902.
- Eriksson, H.-G., von Celsing, A.-S., Wahlström, R., Janson, L., Zander, V., & Wallman, T. (2008). Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *BMC Public Health*, 8(1), 1-7.
- Ertel, K. A., Glymour, M. M., & Berkman, L. F. (2009). Social networks and health: A life course perspective integrating observational and experimental evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 73-92.
- Etherington, C. (2017). Re-evaluating gender differences in self-rated health: The importance of cohort. *Journal of Women & Aging*, 29(2), 150-162.
- Everson-Rose, S. A., & Lewis, T. T. (2005). Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 469-500.
- Fedorov, V., Mannino, F., & Zhang, R. (2009). Consequences of dichotomization. *Pharmaceutical Statistics: The Journal of Applied Statistics in the Pharmaceutical Industry*, 8(1), 50-61.
- FHI. (2003, 01.03.2015). Målemetoder for psykisk helse. Retrieved from <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/malemetoder-for-psykisk-helse/>
- FHI. (2014a, 07.08.2018). Folkehelse i Norge 1814-2014. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814---2014/>
- FHI. (2014b, 23.05.2018). Helse hos eldre i Norge. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?msclkid=4b5a592dcfa011ecbb6471778e30df5e>
- FHI. (2021a). *Folkehelseprofil Indre Østfold-2021*. Retrieved from Folkehelseinstituttet: <file:///Users/trondlien/Downloads/Folkehelseprofil-2021-nb-3014-Indre%20%C3%98stfold.pdf>
- FHI. (2021b). Kartlegging av kostholdsvaner og kroppsvekt hos voksne i Norge basert på selvrappotering. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2021/resultater-fra-den-nasjonale-folkehelseundersokelsen-2020/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). De bakenforliggende faktorene kan fremme helsen, eller det motsatte; øke risikoen for sykdom. In e. d. m. ø. r. f. s. F. F. t. F. e. W. o. D. De bakenforliggende faktorene kan fremme helsen, 1991) (Ed.). Oslo: Folkehelseforeningen.
- Folkehelseloven. (2012, 01.06.21). Lov om folkehelsearbeid. *Folkehelseloven*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Folkehelsen, N. f. (2021, 17.08.2021). Nasjonalforeningen for folkehelsens historie. Retrieved from <https://nasjonalforeningen.no/om-oss/om-nasjonalforeningen/var-historie/>
- Franks, P., Gold, M. R., & Fiscella, K. (2003). Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social science & medicine*, 56(12), 2505-2514.
- French, M. T., & Zavala, S. K. (2007). The health benefits of moderate drinking revisited: alcohol use and self-reported health status. *American Journal of Health Promotion*, 21(6), 484-491.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse-slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Ge, L., Ong, R., Yap, C. W., & Heng, B. H. (2019). Effects of chronic diseases on health-related quality of life and self-rated health among three adult age groups. *Nursing & health sciences*, 21(2), 214-222.
- Girón, P. (2012). Determinants of self-rated health in Spain: differences by age groups for adults. *Eur J Public Health*, 22(1), 36-40. doi:10.1093/eurpub/ckq133
- Glanville, J. L., & Story, W. T. (2018). Social capital and self-rated health: Clarifying the role of trust. *Social Science Research*, 71, 98-108.
- Grimsgaard, S. (2020, 10.09.2020). Tradisjonell Kinesisk Medisin. *Alterernativ behandling*. Retrieved from https://sml.snl.no/tradisjonell_kinesisk_medisin
- Halkjelsvik, T., & Storvoll, E. E. (2015). Andel av befolkningen i Norge med et risikofyllt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(1), 61-72.
- Harrison, L., & Gardiner, E. (1999). Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988-94. *Addiction*, 94(12), 1871-1880.
- Heistaro, S., Jousilahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E., & Puska, P. (2001). Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(4), 227-232.
- Helsedirektoratet. (2016, 17.06.2016). Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og sittestilling (nettdokument). Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting#referere>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling*. Retrieved from Oslo: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf
- Helsedirektoratet. (2018b, 12.04.2019). Program for folkehelsearbeid i kommunene. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene#referere>
- Helsedirektoratet. (2018c, 30.august 2018). Sosial ulikhet påvirker helse-tiltak og råd (nettdokument). Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
- Helsenorge. (2020, 02.01.2020). Kroppsmasseindeks (KMI) og midjemål. *Helsenorge*. Retrieved from <https://www.helsenorge.no/kosthold-og-ernaring/overvekt/kroppsmasseindeks-KMI/>
- Henning-Smith, C., & Gonzales, G. (2020). The relationship between living alone and self-rated health varies by age: evidence from the National Health Interview Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 39(9), 971-980.
- Hjort, P. F. (1982). *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. Oslo: Tanum-Nordli.
- HOD. (2019, 11.10.2021). Psykisk helse og livskvalitet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>
- HOD. (2020, 03.12.2020). Helse- og omsorgstjenesteloven. *Helse og omsorg*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/helseogomsorgstjenesteloven/id667453/>

- HOD. (2021). *Prop. 1 S (2021-2022), Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Retrieved from Oslo: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen2023/id2900655/>
- Holseter, C., Dalen, J. D., Krokstad, S., & Eikemo, T. A. (2015). Selvrapportert helse og dødelighet i ulike yrkesklasser og inntektsgrupper i Nord-Trøndelag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- Hosseinpour, A. R., Stewart Williams, J., Amin, A., Araujo de Carvalho, I., Beard, J., Boerma, T., . . . Chatterji, S. (2012). Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health. *PloS one*, 7(4), e34799.
- House, Landis, & Umberson. (1988). Social relationships and health. *American Association for the Advancement of Science*, 241(4865), 543. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/pdf/1701736.pdf>
- House, J. S., Lepkowski, J. M., Kinney, A. M., Mero, R. P., Kessler, R. C., & Herzog, A. R. (1994). The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 213-234.
- Huisman, M., Van Lenthe, F., & Mackenbach, J. (2007). The predictive ability of self-assessed health for mortality in different educational groups. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1207-1213.
- Hunsaker, A., & Hargittai, E. (2018). A review of Internet use among older adults. *New Media & Society*, 20(10), 3937-3954.
- Hyypä, M. T., & Mäki, J. (2003). Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health education research*, 18(6), 770-779.
- Idler. (2003). Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *The Gerontologist*, 43(3), 372-375.
- Idler, & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 21-37.
- Idler, & Cartwright. (2018). What do we rate when we rate our health? Decomposing age-related contributions to self-rated health. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(1), 74-93.
- Ihlebak, C. (2022). *Planlegging, miljø og folkehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- In Lee, K., & Koval, J. J. (1997). Determination of the best significance level in forward stepwise logistic regression. *Communications in Statistics-Simulation and Computation*, 26(2), 559-575.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U.-G. (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(1), 1-28.
- Jiang, C., Chen, Q., & Xie, M. (2020). Smoking increases the risk of infectious diseases: A narrative review. *Tobacco Induced Diseases*, 18.
- Joung, Stronks, K., Van de Mheen, H., & Mackenbach, J. (1995). Health behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 49(5), 482-488.
- Joung, Stronks, K., Van De Mheen, H., van Poppel, F. W., Van der Meer, J., & Mackenbach, J. P. (1997). The contribution of intermediary factors to marital status differences in self-reported health. *Journal of Marriage and the Family*, 476-490.
- Joutsenniemi, K. E., Martelin, T. P., Koskinen, S. V., Martikainen, P. T., Härkänen, T. T., Luoto, R. M., & Aromaa, A. J. (2006). Official marital status, cohabiting, and self-

- rated health—time trends in Finland, 1978–2001. *The European Journal of Public Health*, 16(5), 476-483.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3), 307-316.
- Jylhä, M., Guralnik, J. M., Balfour, J., & Fried, L. P. (2001). Walking difficulty, walking speed, and age as predictors of self-rated health: the women's health and aging study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(10), M609-M617.
- Jylhä, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J., & Heikkinen, E. (1998). Is self-rated health comparable across cultures and genders? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(3), S144-S152.
- Kaleta, D., Makowiec-Dabrowska, T., & Jegier, A. (2008). Employment status and self rated health. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 21(3), 227.
- Kaleta, D., Polanska, K., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., & Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Central European journal of public health*, 17(3), 122.
- Kaplan, G. A., & Camacho, T. (1983). Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American journal of epidemiology*, 117(3), 292-304.
- Kind, P., Dolan, P., Gudex, C., & Williams, A. (1998). Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *Bmj*, 316(7133), 736-741.
- Kinge, J. M., Sælensminde, K., Dieleman, J., Vollset, S. E., & Norheim, O. F. . (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy*. 121(6), 691-698. doi:doi:10.1016/j.healthpol.2017.03.020
- Kitchen, P., Williams, A., & Chowhan, J. (2012). Sense of community belonging and health in Canada: A regional analysis. *Social Indicators Research*, 107(1), 103-126.
- Kocalevent, R.-D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., . . . Brähler, E. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC psychology*, 6(1), 1-8.
- Koskinen, J., Magnussen, C. G., Sinaiko, A., Woo, J., Urbina, E., Jacobs Jr, D. R., . . . Burns, T. (2017). Childhood age and associations between childhood metabolic syndrome and adult risk for metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus and carotid intima media thickness: the international childhood cardiovascular cohort consortium. *Journal of the American Heart Association*, 6(8), e005632.
- Lakatos, P. L., Szamosi, T., & Lakatos, L. (2007). Smoking in inflammatory bowel diseases: good, bad or ugly? *World journal of gastroenterology: WJG*, 13(46), 6134.
- Langtvedt, N. J. (2017). Forskningsetikkloven. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/forskningsetikkloven/>
- Layes, A., Asada, Y., & Kephart, G. (2012). Whiners and deniers—What does self-rated health measure? *Social science & medicine*, 75(1), 1-9.
- Lee, H. Y., Jang, S.-N., Lee, S., Cho, S.-I., & Park, E.-O. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 45(7), 1042-1054.
- Leventhal, E. A. (1994). Gender and aging: Women and their aging. *Psychological perspectives on women's health*, 11-35.
- Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-based dentistry*, 7(1), 24-25.

- Lindström, M. (2009). Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study. *Health policy*, 93(2-3), 172-179.
- Mackenbach, J. P., Bos, J. v. d., Joung, I., Van de Mheen, H., & Stronks, K. (1994). The Determinants of Excellent Health: Different from the Determinants of III-Health? *International Journal of Epidemiology*, 23(6), 1273-1281.
- Manderbacka, K. (1998). Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents. *Scandinavian journal of social medicine*, 26(2), 145-153.
- Mansyur, C., Amick, B. C., Harrist, R. B., & Franzini, L. (2008). Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social science & medicine*, 66(1), 43-56.
- McCullough, M. E., & Laurenceau, J.-P. (2004). Gender and the natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study. *Health Psychology*, 23(6), 651.
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M., & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, 106, 48-56.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2008). Education and self-rated health: Cumulative advantage and its rising importance. *Research on Aging*, 30(1), 93-122.
- Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Lambe, M., Nordström, E., Eriksson, H. G., & Feldman, I. (2007). Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *The European Journal of Public Health*, 17(2), 125-133.
- Molarius, A., & Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of clinical epidemiology*, 55(4), 364-370.
- Murray, R. P., Connett, J. E., Tyas, S. L., Bond, R., Ekuma, O., Silversides, C. K., & Barnes, G. E. (2002). Alcohol volume, drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped function? *American journal of epidemiology*, 155(3), 242-248.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.
- Müller, J. M., Postert, C., Beyer, T., Furniss, T., & Achtergarde, S. (2010). Comparison of eleven short versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for use in the assessment of general psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 246-254.
- Nakata, A., Takahashi, M., Swanson, N., Ikeda, T., & Hojou, M. (2009). Active cigarette smoking, secondhand smoke exposure at work and home, and self-rated health. *Public Health*, 123(10), 650-656.
- Newton, K. (2001). Trust, social capital, civil society, and democracy. *International political science review*, 22(2), 201-214.
- Nock, S. L. (2005). Marriage as a public issue. *The Future of Children*, 13-32.
- Norström, T., & Romelsjö, A. (1998). Social class, drinking and alcohol-related mortality. *Journal of substance abuse*, 10(4), 385-395.
- Nosikov, A., & Gudex, C. (2003). Development of a common instrument for mental health. *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys*, 57, 35.
- Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual, A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7 ed.). New York: Routledge.
- Pinillos-Franco, S., & García-Prieto, C. (2017). The gender gap in self-rated health and education in Spain. A multilevel analysis. *PloS one*, 12(12), e0187823.
- Pinto, Fontaine, Neri, & Liberalesso. (2016). The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*, 65, 104-110.

- Pinto, Hassen, N., & Craig-Neil, A. (2018). Employment interventions in health settings: a systematic review and synthesis. *The Annals of Family Medicine*, 16(5), 447-460.
- Potrebny, T., Torsheim, T., Due, P., Välimaa, R., Suominen, S., & Eriksson, C. (2019). Trends in excellent self-rated health among adolescents: A comparative Nordic study. *Nordisk välfärdsvetenskap | Nordic Welfare Research*, 4(2), 67-76.
- Powell, K. E., Thompson, P. D., Caspersen, C. J., & Kendrick, J. S. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual review of public health*, 8(1), 253-287.
- Putnam. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *The american prospect*, 13(Spring), Vol. 4. Available online: <http://www.prospect.org/print/vol/13> (accessed 7 April 2003).
- Putnam. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*: Simon and Schuster.
- Rasmussen, L. B. (2021, 19.01.2021). Ayurveda. *Alternativ behandling*. Retrieved from <https://sml.snl.no/ayurveda>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). Psykisk helse i Norge. *Oslo: Norwegian Institute of public health*.
- Reyes Fernández, B., Rosero-Bixby, L., & Koivumaa-Honkanen, H. (2016). Effects of self-rated health and self-rated economic situation on depressed mood via life satisfaction among older adults in Costa Rica. *Journal of aging and health*, 28(2), 225-243.
- Richardson, C. G., & Ratner, P. A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(11), 979-984.
- Roos, E., Lahelma, E., Saastamoinen, P., & Elstad, J.-I. (2005). The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(4), 250-260.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52(4), 1059-1078.
- Rothstein, B., Uslander, M. Eric. (2005). All for all: Equality, Corruption, and Social Trust. *World Politics*, 58, 32. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/40060124?seq=1>
- Rucker, D. D., McShane, B. B., & Preacher, K. J. (2015). A researcher's guide to regression, discretization, and median splits of continuous variables. *Journal of Consumer Psychology*, 25(4), 666-678.
- Schwartz, J. (2005). The socio-economic benefits of marriage: A review of recent evidence from the United States. *Economic Affairs*, 25(3), 45-51.
- Selye, H. (1956). What is stress. *Metabolism*, 5(5), 525-530.
- Shibuya, K., Hashimoto, H., & Yano, E. (2002). Individual income, income distribution, and self-rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *Bmj*, 324(7328), 16.
- Shields, M. (2008). Community belonging and self-perceived health. *Health reports*, 19(2), 51.
- Siisiainen, M. (2003). Two concepts of social capital: Bourdieu vs. Putnam. *International journal of contemporary sociology*, 40(2), 183-204.
- Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M., & Goldberg, M. (2006). What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(4), 364-372.
- Skøien Barstad, A. (2012). Dag Wollebæk og Signe Bock Seggaard (red.): Sosial kapital i Norge. In.
- Skålevåg, S. A. (2021, 21.06.2021). Medisinsk historie. Retrieved from https://sml.snl.no/medisinsk_historie

- Slette-meås, D., Mainsah, H., & Berg, L. (2018). Eldres digitale hverdag. En landsdekkende undersøkelse om tilgang, mestring og utfordringer i informasjonssamfunnet.
- Smith, G. D., Hart, C., Hole, D., MacKinnon, P., Gillis, C., Watt, G., . . . Hawthorne, V. (1998). Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(3), 153-160.
- Solbakken, S. S. (2019). *Statistikk for nybegynnere* (Fagbokforlaget Ed. 1 ed. Vol. 1). Bergen: Fagbokforlaget.
- SSB. (2007). På liv og død, helsestatistikk i 150 år. *Statistisk sentralbyrå*, 266. Retrieved from <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/sa94.pdf>
- SSB. (2018). Menn enda nærmere kvinners levealder. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/menn-enda-naermere-kvinner-levealder#:~:text=Forventa%20levealder%20var%20i%20fjor,menn%20og%20kvinner%20levealder%20halvert>.
- Stephan, Y., Sutin, A. R., Luchetti, M., Hognon, L., Canada, B., & Terracciano, A. (2020). Personality and self-rated health across eight cohort studies. *Social science & medicine*, 263, 113245.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*, 57(2), 113-118.
- Strand, B. H., & Steiro, A. (2003). Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993–2000. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Södergren, M., Sundquist, J., Johansson, S.-E., & Sundquist, K. (2008). Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health*, 8(1), 1-9.
- Sønderland, K. (2009). Helseforskningsloven. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helseforskningsloven/>
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., & Laaksonen, M. (2016). The contribution of education, social class and economic activity to the income–mortality association in alcohol-related and other mortality in Finland in 1988–2012. *Addiction*, 111(3), 456-464.
- Tavares, A. I. (2020). Self-assessed health among older people in Europe and internet use. *International journal of medical informatics*, 141, 104240.
- Taylor, J., Boyer, S., Kang, H., Mahan, C., Lyons, M., Eisen, S., & Engel, C. (2006). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Am J Epidemiol*, 163, S1-S258.
- Thrane, C. (2017). *Regresjonsanalyse, en praktisk tilnærming* (Vol. 1). Oslo: Cappelen Damm
- Tissue, T. (1972). Another look at self-rated health among the elderly. *Journal of Gerontology*.
- Tjora, A. T. g. A. (2019, 06.06.2019). Sosioøkonomisk. Retrieved from <https://snl.no/sosio%C3%B8konomisk>
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Association between the frequency and autonomy of social participation and self-rated health. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(12), 2537-2544.
- Torsheim, T., Nygren, J. M., Rasmussen, M., Arnarsson, A. M., Bendtsen, P., Schnohr, C. W., . . . Nyholm, M. (2018). Social inequalities in self-rated health: a comparative cross-national study among 32,560 Nordic adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 150-156.

- Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Abdin, E., Siva Kumar, F. D., Chua, B. Y., Sambasivam, R., . . . Subramaniam, M. (2020). Understanding the relationships between mental disorders, self-reported health outcomes and positive mental health: findings from a national survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-10.
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Social science & medicine*, 50(5), 619-629.
- Verbrugge, L. M., & Ascione, F. J. (1987). Exploring the iceberg: common symptoms and how people care for them. *Medical care*, 539-569.
- Vie, T. L., Hufthammer, K. O., Meland, E., & Breidablik, H. J. (2019). Self-rated health (SRH) in young people and causes of death and mortality in young adulthood. A prospective registry-based Norwegian HUNT-study. *SSM-Population Health*, 7, 100364.
- Von dem Knesebeck, O., & Geyer, S. (2007). Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health*, 7(1), 1-7.
- WHO. (1948, 1.August.21). Alma Ata Declaration. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Alma_Atta_Declaration
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986*. Retrieved from
- WHO. (2017). Fact sheets on sustainable development goals: health targets. Noncommunicable Diseases. Retrieved from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/350278/Fact-sheet-SDG-NCD-FINAL-25-10-17.pdf
- Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., . . . Philippaerts, R. M. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 425-440.
- Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Canadian journal of policy research*, 2(1), 11-17.
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 13(1), 1-9.
- Yen, S. T., Shaw, W. D., & Yuan, Y. (2010). Cigarette smoking and self-reported health in China. *China Economic Review*, 21(4), 532-543.
- Zaher, C., Halbert, R., Dubois, R., George, D., & Nonikov, D. (2004). Smoking-related diseases: the importance of COPD. *The international journal of tuberculosis and lung disease*, 8(12), 1423-1428.
- Zhang, W., McCubbin, H., McCubbin, L., Chen, Q., Foley, S., Strom, I., & Kehl, L. (2010). Education and self-rated health: an individual and neighborhood level analysis of Asian Americans, Hawaiians, and Caucasians in Hawaii. *Social science & medicine*, 70(4), 561-569.
- Zheng, H., & Thomas, P. A. (2013). Marital status, self-rated health, and mortality: overestimation of health or diminishing protection of marriage? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 128-143.
- Østfold Fylkeskommune. (2019). *Oss i Østfold- 2019, befolkningskartlegging*. Retrieved from Viken.no: https://viken.no/_f/p1/ib386865d-fcdf-45c1-985f-3535fee06a4f/rapport-oss-i-ostfold-2019-final-lr-oppslag.pdf

Vedlegg 1



Oss i Østfold 2019

Befolkningskartlegging

Forord

Vi ønsker et godt liv for innbyggerne i Østfold. For å kunne tilrettelegge for god livskvalitet må vi vite hvordan innbyggerne har det. Våren 2019 sendte vi ut tidenes største befolkningsundersøkelse til innbyggerne i Østfold med spørsmål om helse, trivsel, arbeid, nærmiljø og andre ting som har betydning for folkehelse.

Undersøkelsen er en videreføring av kartleggingsarbeidet fra Østfold helseprofil som ble gjennomført i 2011/2012 og oversiktsdokumentet over helsetilstanden fra 2016.

Målet er at resultatene fra disse undersøkelsene skal kunne sammenliknes og at det skal være mulig å følge sentrale utviklingstrekk over tid. Ved å følge med på indikatorer og utvalgte data om helsetilstanden over tid kan vi se om vi lykkes i arbeidet med å bedre folkehelse.

I Østfold jobber vi sammen for en bedre folkehelse og undersøkelsen er gjort i samarbeid med kommunene i Østfold. Ved å innlemme et helt nytt målesystem for livskvalitet i undersøkelsen håper vi å i enda større grad kunne kartlegge hva som fremmer god livskvalitet. Vi tror at ved å jobbe kunnskapsbasert med faktorer som bidrar til å øke livskvaliteten så minsker man sykdomsbyrden og behovet for å reparere. Det er godt folkehelsearbeid.

Hele 16 558 personer i Østfold har svart på undersøkelsen, noe som gir oss et unikt bilde av hvordan befolkningen selv rapporterer at den har det.



Denne type undersøkelser er særlig egnet for planlegging og politikktutforming. Kunnskapen skal brukes i fylkeskommunens og kommunenes plan- og utviklingsarbeid for å bidra til bedre folkehelse, livskvalitet og trivsel.

Vi vil takke alle innbyggere som har tatt seg tid til å svare på undersøkelsen. Deres svar danner grunnlaget for det videre folkehelsearbeidet inn i Viken og hjelper oss til å sette i verk riktige og treffsikre tiltak.

Inger-Christin Torp
Styreleder, Østfoldhelse

Ole Haabeth
Fylkesordfører, Østfold fylkeskommune

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	6	
1.1 Bakgrunn og formål	6	
1.2 Om livskvalitet og nærmiljø	7	
2. OPPLEVD LIVSKVALITET	14	
2.1 Tilfredshet og mening	14	
2.2 Hva skaper variasjoner i livskvalitet?	16	
3. HELSETILSTAND	22	
3.1 Opplevd helse	22	
3.2 Langvarig sykdom	29	
3.3 Tannhelse	34	
3.4 Psykisk helse	34	
3.5 Sinnsstemning	40	
4. FOREBYGGENDE HELSE - RISIKOADFERD	48	
4.1 Kosthold	48	
4.2 Rusmiddelbruk	51	
5. FYSISK AKTIVITET OG MESTRING	56	
5.1 Hovedaktivitet	56	
5.2 Fysisk aktivitet	56	
5.3 Mestring	60	
6. NÆRMILJØ	64	
6.1 Trivsel	64	
6.2 Fysisk miljø	68	
6.3 Sosialt miljø	72	
6.4 Arbeidsmiljø	74	
7. NETTVERK	82	
7.1 Sosialt nettverk	82	
7.2 Økonomisk nettverk	94	
8. AVSLUTNING	100	
8.1 Meningen med livet	100	
8.2 Sammensatte livssituasjoner	103	
8.3 Tiltakenes karakter	108	
9. VEDLEGG		
Vedlegg 1: Om undersøkelsen	112	
Vedlegg 2: Litteratur	122	
Vedlegg 3: Spørreskjemaet	123	

Oss i Østfold 2019

1

INNLEDNING



1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og formål

Forebyggende og helsefremmende arbeid har høy politisk prioritet i Østfold fylke. For å kunne målrette innsatsen, og sette inn tiltak der behovet er størst, er det viktig med god kunnskap om den reelle situasjonen. En allmenn utfordring for fylker og kommuner er at statistikk på lokalt og regionalt nivå gjerne er mangelfull, og ofte fokusert mot forhold relatert til sykdom og død. Det er behov for kunnskap om hvilke faktorer i samfunnet som gjør at befolkningen holder seg frisk, og som lokale og regionale politikere kan handle i forhold til.

Denne rapporten kommenterer resultatene fra befolkningsundersøkelsen Oss i Østfold 2019. Undersøkelsen og rapporten er det Kantar som har stått for. Resultater presenteres for øvrig i statistiske tabeller, både for undersøkelsens overordnede spørsmål, samt for strategiske indikatorer, med relevant nedbrytninger etter innbyggernes bakgrunnskjennetegn. Her inngår også Akershus og Buskerud fylker. Tabellene sendes til kommunene som egne vedlegg.

Bredspektret målsetting

Kartlegginger av befolkningens helse har lang tradisjon i Østfold, fra både Helseprofil 1997 og Østfoldhelse 2004. Fra 2012 fikk kommuner og fylkeskommuner et forsterket lovkrav gjennom den nye folkehelseloven om å føre oversikt over befolkningens helsetilstand. Fylkestinget i Østfold tok derfor i 2011 initiativ til gjennomføringen av Østfold Helseprofil 2011. Undersøkelsen ble videre en del av det internasjonale prosjektet HEPROGRESS, under ledelse av Østfold fylkeskommune, med finansiering fra EU-programmet Progress (2007-2013), EU-kommisjonens program for sysselsetting og sosial solidaritet. De tidligere kartleggingene refereres i det følgende der det vurderes relevant¹

Oss i Østfold 2019 må betraktes i dette lengre perspektivet, med ambisjon om å være et bredt anlagt verktøy for regionalt og lokalt folkehelsearbeid² Kartleggingen skal:

1. Gi et helhetlig overblikk over helse og livskvalitet i Østfold, samt fremtidige Viken (Akershus, Østfold og Buskerud fylker).
2. Være et verktøy for praktiske formål.
3. Identifisere problemer og ressurser til lokalsamfunnene.
4. Identifisere grupper med spesielle behov.
5. Danne basis for prioriteringer i planleggingen.
6. Indikere potensial for endring og utvikling.
7. Være et verktøy for målformulering.
8. Bli brukt til evaluering av politikk og tjenester.
9. Gi informasjon til demokratiske beslutningsprosesser, som kan bidra til å gjøre helse og velferdsspørsmål synlige overfor innbyggerne.

Folkehelsearbeidets to komponenter

Folkehelsearbeid i vid forstand betyr bedring av folkehelsen gjennom forebyggende virksomhet på mange samfunnssektorer.³ Man legger gjerne to målsettinger til grunn for arbeidet:

- På den ene siden skal det tilrettelegges for lavt nivå av sykdom og gode leveutsikter. Særlig gjelder det at færrest mulig rammes tidlig i livet av sykdom man har kjennskap til å unngå.
- På den annen side er man opptatt av at befolkningen skal ha høy livskvalitet. Man skal kunne mestre de utfordringer man møter i dagliglivet og over livsløpet, samtidig som man føler at man lever et meningsfullt liv og at andre har bruk for en. Livskvaliteten gjelder da uavhengig av om man har sykdomsdiagnose eller funksjonshemming.

Det er særlig sistnevnte perspektiv som ligger til grunn for Oss i Østfold, selv om helsetilstanden

også måles på generelt grunnlag. Det legges derfor mindre vekt på helsetilstandens ulike komponenter, risikoadferd, bruk av helserelaterte tjenester og kliniske forhold for øvrig. Tilsvarende rettes fokus i større grad mot forhold som fremmer helse i nærmiljøet, og hvordan folk har det der de bor. Endelig skal informasjonen være sammenlignbar med informasjon fra tilsvarende kartlegginger i andre fylker/områder. Premissene legger flere føringer på undersøkelsesdesignet, blant annet bruk av standardiserte analyseinstrumenter.

1.2 Om livskvalitet og nærmiljø

Definisjonene av «livskvalitet» varierer, men har stort sett det samme generelle innhold. Spørsmålet er dels hvordan kvaliteten kan måles og hva som eventuelt kan sies å påvirke den.

Hva er livskvalitet?

Livskvalitet kan defineres på flere ulike måter. Mange vil si at det handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement.⁴ Andre vektlegger opplevelsen av å leve et godt liv: fysisk miljø, psykososialt miljø, estetiske-, transcendentale- og religiøse erfaringer, etc. Man kan også beskrive livskvalitet som det å være aktiv, ha fellesskap, selvfølelse og en grunnstemning av glede⁵ Endelig kan det forstås som samlebetegnelse på velferdens såkalte ikke-økonomiske komponenter, slik som helse, utdanning, sosiale relasjoner, personlig trygghet og tilfredshet med livet.⁶

Livskvalitet betraktes i så måte som en viktig verdi. Uansett innfallsvinkel ligger det et normativt perspektiv i bunnen med vekt på frihet og autonomi, trygghet og mening, helse og

livsglede, deltaking og engasjement, mestring og selvutvikling, samt fravær av unødig lidelse. Disse kjennetegnene er ikke bare midler for å nå andre mål, men utgjør mål i seg selv.⁷ Det vil si, i tillegg til at høy livskvalitet gjerne knyttes til andre helserelaterte fortrinn som bedre fysisk og psykisk helse, sunnere livsstilvalg, sterkere nettverk og sosial støtte. Høy livskvalitet og trivsel antas å styrke motstandskraften i møtet med «livets belastninger». I så måte er den viktig både for den enkelte, og som bidrag til gode familierelasjoner, oppvekstkår, fungering i arbeidslivet, og til bedre helse i befolkningen. Fokus på livskvalitet er med andre ord sentralt i helsefremmende arbeid.⁸

Hvordan kartlegge livskvalitet?

Samtidig som det finnes flere ulike kartlegginger av livskvalitet i Norge, erkjennes det at disse historisk sett i liten grad har vært koordinerte: Dels baseres de på ulike spørsmål / ulike sider ved livskvalitet, retter seg spesifikt mot forskjellige grupper av befolkningen, anvender ulike metoder, o.l. I sum har de i begrenset grad vært egnet til å gi et samlet bilde og å vise utviklingstrekk over tid.

Fokus i senere tid er dermed rettet mot å utvikle en standardisert og nyansert verktøykasse for måling av livskvalitet i Norge, med spesifikke anbefalinger om måleverktøy og undersøkelsesdesign. I anbefalingene inngår blant annet en «minimumsliste» over relevante indikatorer, som også ligger til grunn for denne kartleggingen i Østfold⁹

I utgangspunktet skiller man gjerne generelt mellom subjektivt og objektivt livskvalitet. Begrepet kan i så måte sies å ha fått sin mest presise utforming innenfor forskningen på subjektivt

¹ Med forbehold om at datainnsamlingen i 2019 er foretatt med elektronisk spørreskjema, de tidligere kartleggingene med postalskjema. Se vedlegg 1.

² <https://www.ostfoldfk.no/folkehelse/oss-i-ostfold-2019-befolkningsundersokelse/>

³ <https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000ddd.pdfa.pdf>

⁴ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

⁵ <https://no.wikipedia.org/wiki/Livskvalitet>

⁶ Vittersø, Joar, m.fl. (2018) Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem. Helsedirektoratet, Rapport IS-2727.

⁷ Bang Nes (2018) s 104, op.cit.

⁸ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/livskvalitet-trivsel-og-folkehelsearbeid>

livskvalitet, bestående av tre dimensjoner:

- Kognitiv dimensjon: tilfredshet med livet, både generelt og med viktige livsområder som inntekt og familieliv.
- Affektiv dimensjon: Tilstedeværelse av positive følelser som lykke og glede, samt fravær av negative følelser som sinne og nervøsitet. Er man stort sett tilfreds med livet og opplever glede og andre positive følelsesmessige tilstander, og samtidig sjelden har negative følelser som tristhet og sinne, er man typisk en person med høy livskvalitet.
- Eudaimonisk dimensjon: ulike aspekter av psykologisk fungering og behovstilfredsstillelse, hvorav mening, tilhørighet og engasjement er særlig sentrale. Utgjør dels følelser som typisk følger av selvrealisering og personlig vekst, slik som mening og involvering.
- Dels betones det å være velfungerende, at en aksepterer seg selv, tar selvstendige beslutninger, o.l.

Ut over den subjektive dimensjonen er man imidlertid også opptatt av forhold som kan sies å være uavhengige av egne opplevelser, og som dermed omtales som objektiv livskvalitet. Mens den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte, fokuserer den objektive dimensjonen både på vurderinger av livet i sin alminnelighet (for eksempel livstilfredshet), fungering i det daglige (for eksempel opplevelse av mestring og mening), samt positive og negative følelser (som glede og tristhet). Den objektive livskvaliteten handler således om sentrale sider ved livssituasjonen – som frihet, trygghet, helse, fellesskap og selvutvikling. Den er høyere desto mer de respektive godene er realisert; eksempelvis evnen til å oppfylle egne ønskemål og selv styre sitt liv, fravær av hendelser som truer fysisk integritet, helse og evnen til å ta vare på seg selv, tilgjengelighet

på hjelp om ulykken skulle være ute, o.l. Gitt definisjonene ovenfor, erkjennes det at begrepsbruken vil være flytende: den subjektive livskvaliteten overlapper særlig med psykisk helse; den objektive med levekår. Helse kan være en tilstand av både fysiske og psykiske aspekter: i tillegg til egen fysisk helse er helsen til nære familiemedlemmer også viktig, jf. belastningene som dårlig helse blant barn kan føre til for foreldrene osv. Vi skal ikke gå nærmere inn i den teoretiske diskusjonen her eller i kritikken av de ulike tilnæringsmåtene. De skal imidlertid være med oss videre da de legger føringer for Oss i Østfold, både når det gjelder ønsket om generell tilpasning til de nasjonale anbefalinger for måling av kvalitet, og spesifikk anvendelse av indikatorer for måling av subjektiv og objektiv livskvalitet.

Tiltak for helsefremmende arbeid

Når kartleggingen skal anvendes i tiltaksplanlegging, koples definisjonen av livskvalitet til operasjonaliseringen gjennom kartleggingsdesignet. I tråd med det normative utgangspunktet defineres folkehelsearbeid gjerne som «samfunnets samlede innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse». Folkehelse omtales gjerne også som «helsefremming» og «forebygging». Tiltaksutformingen må fokusere på både innretning og effekt.

Tiltak innrettes på den ene side med utgangspunkt i styrking av prosessen som setter enkeltmennesker i stand til å få økt kontroll over, og forbedre sin helse, gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør en i stand til å ta helsefremmende valg. I dette ligger nødvendigheten av å styrke enkeltindividets og gruppens muligheter for

ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over egne liv og livssituasjoner.

Her skiller man gjerne mellom tilskrevne og oppnådde egenskaper. De tilskrevne utgjør demografiske kjennetegn, som er relativt enkle å identifisere, og dermed å målrette tiltak i forhold til, men vanskelige å påvirke direkte (bostedskjennetegn, kjønn og alder) ut over betydningen av at lokalsamfunnene har kvaliteter som skaper inkludering og legger grunnlag for gode liv. Tiltak styres således gjerne mot påvirkning via den «menneskelige kapital»: utdanning, yrkesaktivitet og inntekt.¹⁰ Det tilrettelegges for at innbyggerne skal kunne realisere egne potensial og understrekes at alle skal kunne ta del i samfunnsutviklingen.

Enten egenskapene er oppnådde eller tilskrevne, vil de kunne utgjøre både muligheter og risikofaktorer; eksempelvis vil bostedet kunne tilby gode muligheter for utdanning, arbeid og inntekt, samtidig som det vil kunne kjennetegnes av helserisiko knyttet til støy og forurensning. Aktivt folkehelsearbeid vil i så måte både dreie seg om aktiv tilrettelegging for at innbyggerne skal kunne utnytte sine ressurser for bedret oppnådd

	Årsakenes årsaker	Årsaker	Effekt
Befolkningsstrategier	Oppvekst, arbeid, økonomi	Arbeidsmiljø, bomiljø, matvarepriser	Helsetjenester
Høyrisikostrategier	Inntektssikring	Målrettede livsstiltak	Målrettede helsetiltak

livskvalitet, og redusere ulemper (i omgivelsene) knyttet til de tilskrevne egenskapene.

Ut over tiltakenes innretning, er deres antatte virkning en viktig premisse i utformingen. Skal tiltak rettes mot de brede masser, eller avgrenses mot høyrisikogrupper? Svaret vil dels avhenge av situasjonens faktiske karakter, som beskrives detaljert i Oss i Østfold. Men tiltaksinnretningen vil gjerne hvile på to forutsetninger:

- Strategiene må både være brede - rettet mot alle, og være styrt mot spesifikke høyrisiko grupper. Dvs. begge typer tiltak må være tilstede samtidig.
- Tiltak må rettes mot alle ledd i årsakskjeden, som produserer sosial ulikhet i helse. Særlig vektlegges innsats mot de sosiale «helse-determinantene» – de grunnleggende årsakene til helseforskjeller.

Prinsippene fremstilles i de nasjonale anbefalingene i matrise der en vellykket strategi for utjevning av helseforskjeller bør ha tiltak rettet mot både makro- og mikro nivå samt mot alle ledd i årsakskjedene¹¹

¹⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/utdanning-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag>.

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid/tiltak-og-virkemidler>

Avveiningen mellom å satse samtidig på både brede/universelle tiltak og tiltak rettet spesifikt mot høyrisikogrupper har flere begrunnelser: for det første vil forebyggende tiltakseffekt gjerne være minst der problemene er størst: store befolkningsgrupper er risikoen per person lavere, mens antallet personer som nås er så mye større at effekten i sum blir stor. Høyrisikogrupper har høyere risiko, men er gjerne små i antall. Samtidig som det er et viktig mål i seg selv å nå ut til de mest trengende, vil ytterligere målretting ikke nødvendigvis være optimal om tiltakenes siktemål er allmenne.

Tilsvarende argumenteres det for at universelle strategier virker mindre stigmatiserende enn målrettede tiltak, da fokus på enkelte vanskeligstilte grupper i samfunnet vil kunne være mindre ønskelig for dem det gjelder. Endelig vises det til at heller ikke målretting avgrenset til bestemte ledd i årsakskjeden nødvendigvis vil ha optimal effekt. Når det observeres en sosial helsegradient for de fleste helsemålene, tilsier dette samtidig at det finnes bakenforliggende og strukturelle årsaker til ulikhetene – eksempelvis helserelatert atferd. Så lenge risikofaktorer er skjevdelt i befolkningen, må det også finnes sosialt skjevdelt årsaker til adferden – årsakene til årsakene: Forebygging må i så fall ta hensyn til hele årsakskjeden – ikke bare de umiddelbare risikofaktorene.¹²

Eksempelvis er oppvekst og levekår viktige premisser for helse og livskvalitet. Vi tenker da på betydningen av økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold, og utdanningsforhold, etc. Og utdanningsnivå og helse henger sammen. Eksempelvis har befolkningen med lavest utdanningsnivå også høyest dødelighet. Levekår defineres således i samspill mellom individuelle faktorer, og ressurser og muligheter man har til å realisere disse på

samfunnsarenaer som skole, arbeid osv. Generelt sett, jo lenger ned på den sosiale rangstigen en befinner seg, jo kortere er levealderen og jo dårligere er helsen. Vi kommer tilbake til tiltaksutformingens avslutningsvis.

Lokal forankring

Ut over føringene nasjonale standarder og anbefalinger legger på undersøkelsesdesignet, har Østfold fylkeskommune dels behov for å tilpasse kartleggingen til egne lokale behov, samt å evaluere egeninitierte tiltak. Her skal det kort vises til fylkeskommunenes tidligere helseprofiler som viser at:¹³

- Befolkningen i Østfold øker, hovedsakelig grunnet tilflytting og arbeidsinnvandring.
- Utdanningsnivået i er lavere enn snittet for resten av landet. Frafallet i videregående skole er også høyere enn i landet som helhet. Fylket ligger under landsgjennomsnittet når det gjelder grunnskolepoeng ved inntak til videregående skole, og har også et høyere frafall i videregående skole enn landet for øvrig.
- Andelen med lav inntekt er noe høyere enn i landet forøvrig.
- Østfold ligger under snittet når det gjelder antall sysselsatte, både for menn og kvinner, og har flere registrerte arbeidsledige og mottakere av uførepensjon enn landet ellers.
- Drikkevannskvaliteten i Østfold er svært god og utviklingen de siste årene har vært positiv, og ligger nå på samme nivå som andre fylker og gjennomsnittet for landet.
- Innbyggerne i Østfold er mer utsatt for støy enn snittet for landet, der fylket ligger høyest på støy fra veitrafikk.
- Andelen i aldersgruppen 16-79 år som er fysisk aktive under en time per uke

er litt høyere i Østfold enn hva som er gjennomsnittet for landet, selv om forskjellene er små.

- Østfold ligger litt høyere enn landsnittet når det gjelder andel som røyker daglig. Dette bildet er likt for kvinner og menn.
- Det er en klar sosial gradient i alkoholkonsum, ved at det er en klart større andel blant de med høyest utdanning som drikker jevnlig i forhold til de med kortere utdanning, spesielt de med grunnskole. (Kartleggingene har ikke sett på konsumert mengde, kun på hyppighet).
- Både menn og kvinner i Østfold har lavere forventet levealder sammenlignet med landsgjennomsnittet. Fylket ligger litt over landet forekomst av hjerte- og karsykdommer, også når det gjelder KOLS. Fylket viser høyere forekomst av psykiske plager og lidelser, og det brukes mer legemidler mot psykiske lidelser (inkl. sovepiller) enn ellers i landet.

Oss i Østfold 2019 utgjør med denne bakgrunnen et sentralt instrument både

for å tilveiebringe oppdatert informasjon om de faktiske forhold, identifikasjon av behov, og for å legge grunnlag for tiltaksutforming og effektvurdering.¹⁴ Samtidig understrekes muligheten for at tiltak og intervensjoner kan rettes mot mange samfunnsarenaer, både innenfor og utenfor helsetjenestene.

¹² Bang Nes, m.fl (2018).

¹³ Østfold fylkeskommune (2004, 2008 og 2016).

¹⁴ <http://www.kommunetorget.no/Global/NIBR%20rapport%20folkehelse%20i%20kommuner%202014.pdf>

OSS i Østfold 2019

2

OPPLEVD LIVSKVALITET



2. OPPLEVD LIVSKVALITET

La oss starte med den overordnede vurderingen av livskvalitet, før vi i de følgende kapitlene ser nærmere på forhold som eventuelt skaper variasjoner i denne blant østfoldingene.

2.1 Tilfredshet og mening

Vi har innledningsvis sett at subjektive tilnæringer til vurderingen av livskvalitet vektlegger tilfredshet med livet, enten i sin alminnelighet eller ved ulike aspekter.

Godt tilfredse med livene sine

For å få et overordnet inntrykk av østfoldingenes livskvalitet er de bedt om å vurdere hvor tilfredse de generelt sett er med livene sine, ved å plassere seg på en vurderingsskala fra score 0 - «Ikke fornøyd i det hele tatt», til 10 - «Svært fornøyd». Spørsmålet inngår i den såkalte «anbefalte minimumslisten» for kartleggingen av livskvalitet, og er tenkt å fange en vurdering av hvordan man opplever livet helt og holdent. Vurderingen betraktes i så måte gjerne som primær indikator på subjektiv livskvalitet, i den grad situasjonen kan oppsummeres i et enkeltmål (figur 2.1).

Spørsmålet lyder «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?», og er stilt i flere andre sammenhenger, bl.a. de norske levekårsundersøkelsene. Her klassifiserer man gjerne score 9-10 som «svært tilfreds», score 6-8 som «middels tilfreds», mens score 5 og lavere betegnes «lite tilfreds». ¹⁵ I så fall er de aller fleste østfoldingene godt tilfredse. Syv av ti plasserer seg til høyre for vurderingsskalaens midtverdi (score 5). Følger vi levekårsstandarder, ser vi at

fire av ti (43 %) er middels fornøyd, mens tre-fire av ti (36 %) er svært fornøyd og to av ti (22 %) er lite tilfredse.

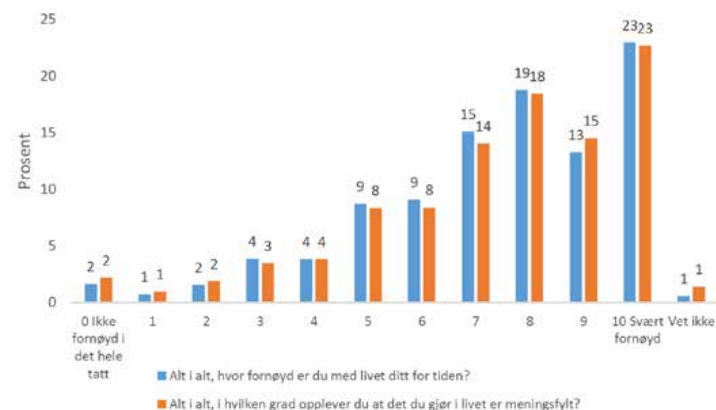
Østfoldingenes vurderinger ligger i så måte noe under landsgjennomsnittet (2017), der 36 % viser høy tilfredshet, 54 % middels og 10 % lav tilfredshet.

Det samme gjelder når innbyggerne anmodes om å vurdere meningen med livet (den eudaimoniske komponenten). Her stilles spørsmålet: «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» Spørsmålet fanger da opplevelsen av mening uten bestemt tidsreferanse, og avdekker hvorvidt det en gjør i livet oppleves givende, verdifullt, meningsskapende generelt sett – om det «er verdt det» (OECD 2017).

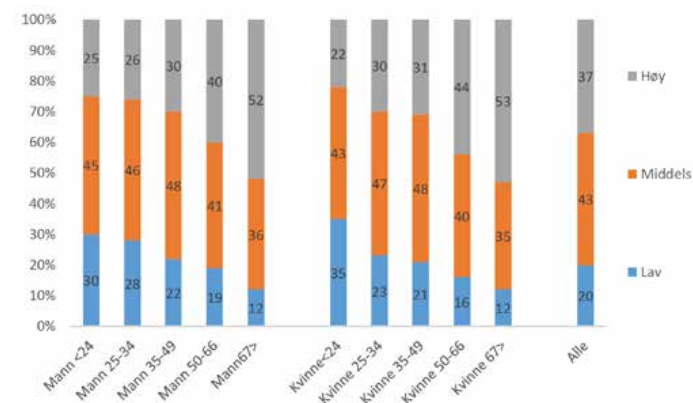
Fordelingen tilsvarer tilfredshetsvurderingen: To av ti (20 %) opplever liten mening i livet, fire av ti (40 %) middels- og tre-fire av ti (38 %) høy grad av mening. Også for denne egenskapen scorer østfoldingene noe under landsgjennomsnittet på henholdsvis 8 %, 53 % og 40 %. ¹⁶

Samtidig som de to egenskapene livskvalitet og mening betraktes som forskjellige, knyttes de i praksis i sammen i innbyggernes bevissthet. De mest tilfredse med livet i sin alminnelighet ser også i størst grad meningen med det. I så måte kan de sies å utgjøre to nyanser i vurderingen av livskvalitet. ¹⁷ Selv om de teoretisk kan skilles ad og vil knyttes til ulike former for tiltak, vil de i praksis blant innbyggerne kunne gå ut på ett, og tiltak vil treffe de samme individene.

Figur 2.1: Opplevd tilfredshet og mening med livet. Prosent, n=16.348-16.401.



Figur 2.2: Egenvurdert livskvalitet etter alder og kjønn. Prosent, n=16.559.



¹⁵ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet>.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ De to egenskapene måler i så måte én og samme underliggende egenskap: livskvalitet. Den statistiske korrelasjonen mellom de to vurderingene er tilnærmet entydig (eta = .79, n=16.015). Samtidig er stigende tilfredshet langs den ene egenskapen jevnt stigende med tilfredsheten langs den andre (r=.78) - vurderingen av tilfredsheten med livet er tilnærmet lineært stigende med vurderingen av meningen med livet.

2.2 Hva skaper variasjoner i livskvalitet?

Vi har innledningsvis sett at tilnærmingen i nyere folkehelsearbeid rettes mot å spore effektkjeder, gjennom identifikasjon av «årsakene til ulikheter» eller i beste fall «årsaker til årsakene». La oss se nærmere på østfoldingenes opplevde livskvalitet i lys av noen sentrale bakgrunnskjenne tegn.

De eldste mest tilfredse

Vi starter med de tilskrevne egenskapene bosted, kjønn og alder og vurderingen av tilfredshet med livet. Tidligere nasjonale kartlegginger viser at den eldre delen av befolkningen typisk er mere tilfredse med de fleste forhold enn de yngre, inklusive egen hverdag, vurderinger av nærmiljø, av det offentlige tjenestetilbudet, osv.¹⁸ Østfoldingene er i så måte intet unntak (figur 2.2).

Tilfredsheten stiger med alderen. Betrakter vi andelen som er mest tilfredse (score 9-10), ser vi at denne omfatter tre-fire av ti innbyggere (37 %) i hele befolkningen. Samtidig øker den relativt jevnt med stigende alder. Blant de yngste under 25 år utgjør den to-tre av ti blant mennene og to av ti blant kvinnene. Deretter stiger den til halvparten (52-53 %) blant de eldste mennene og kvinnene over 67 år. Mønsteret er altså i store trekk det samme blant kvinner og menn, samtidig som det antydes at de aller yngste kvinnene starter ut på et noe lavere nivå enn mennene.¹⁹

Små regionale variasjoner

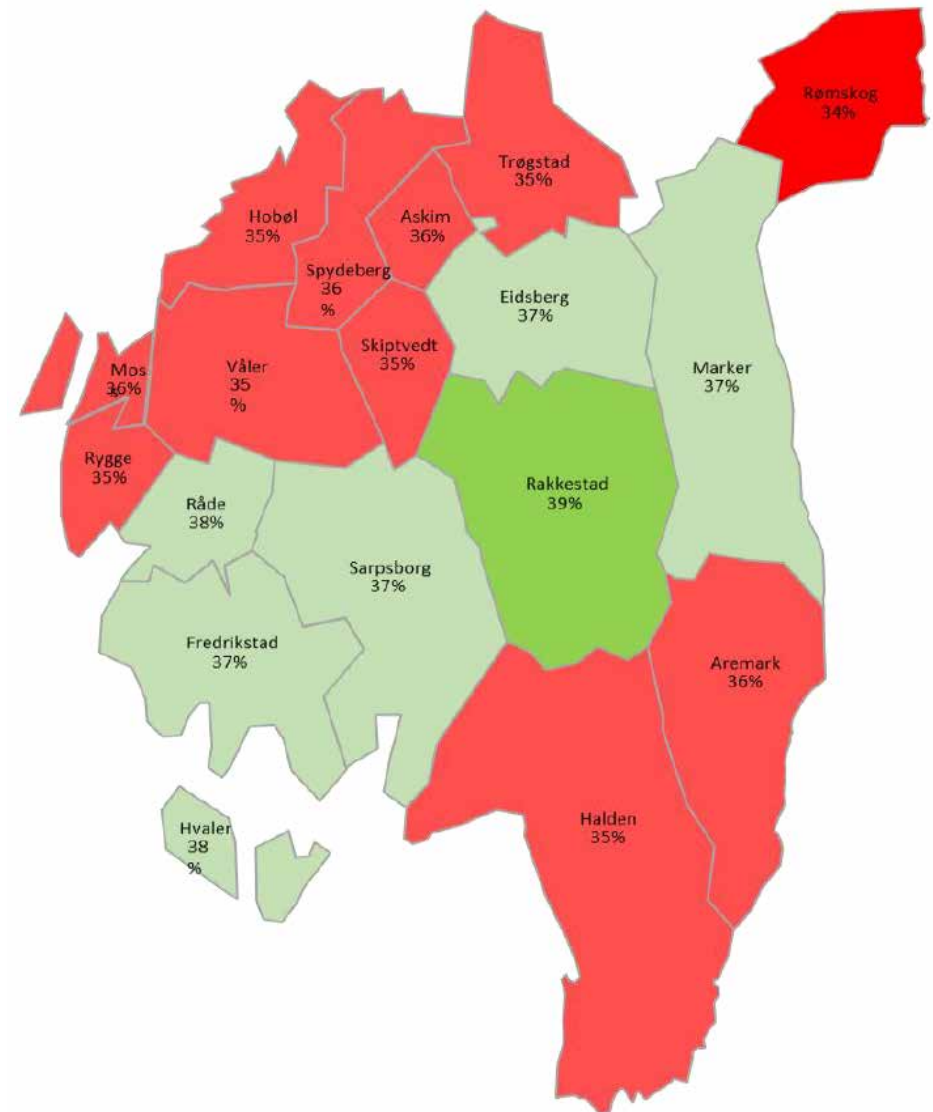
Mens perspektivet i det følgende i stor grad er rettet mot å beskrive forskjeller, mellom regioner og etter ulike sosiale og demografiske kjennetegn, er det klart at disse vil kunne fordele seg i befolkningen i henhold til de ulike kategoriens faktiske størrelse, som andel av befolkningen. Dette har da videre betydning for vurderingen av hvorvidt tiltak skal rettes mot de brede massene eller mot smalere grupper med særlige behov.

Befolkningens geografiske inndeling er i så måte sentral i tiltaksvurderingen. På den ene side lettes gjerne innretting av tiltak dersom de kan styres mot geografisk avgrensede områder. På den annen side vil ansvaret for den faktiske situasjonen gjerne være geografisk lokalisert, og behovsvolumet vil være kjent i form av de respektive områdenes størrelse. Dersom vi deler fylkets befolkning inn i fire geografiske deler, Øst, Vest, Syd og Nord, merker vi oss for eksempel at omlag halvparten av befolkningen (46 %) befinner seg i Vest med de store byene Fredrikstad og Sarpsborg. Deretter følger Nord (31 %), med bl.a. byene Moss og Rygge. Region Øst (10 %) er i så måte betydelig mindre, sammen med region Sør (13 %), slik regionene er definert på neste side.

Alders- og kjønnsvariasjonene på tvers av kommunene er forøvrig ganske små, slik at regionale variasjoner bare i begrenset grad vil kunne tilbakeføres til geografiske alders- og kjønnsvariasjoner (figur 2.3).

De regionale variasjonene i vurderingen av livskvalitet er heller ikke svært store, når vi betrakter andelen med høy livskvalitet (vurderingsskalaens score 9-10) på tvers av kommunene. Bare fem prosentpoeng skiller høyeste og laveste verdi.²¹ Fokuserer vi forskjellene, finner vi de mest tilfredse som et belte fra vest til øst midt i fylket. Høyest tilfredshet finner vi i Rakkestad (39 %) etterfulgt av Råde og Hvaler (begge 38 %), samt Marker, Sarpsborg, Fredrikstad og Eidsberg (alle 37 %). Motsatt finner vi den laveste andelen i Rømskog (34 %) etterfulgt av flere kommuner i både nord og sør (alle på rundt 35 %). Tre av hundre sier «Vet ikke». Variasjonene mellom de fire geografiske regionene speiler i så måte variasjonene mellom kommunene: Høy livskvalitet er om lag like utbredt i Øst (37 %) som i Vest og i Nord (begge 36 %) og i Syd (35 %).

Figur 2.3: Egenvurdert livskvalitet etter bosted. Andell med «høy» livskvalitet. Prosent, n=16.559.²⁰



¹⁸ Den nasjonale Innbyggerundersøkelsen (Difi 2017).

¹⁹ Ubesvarte er plassert i midtkategorien. Det samme gjelder for analyser i det følgende med mindre annet er nevnt.

²⁰ Alle kart basert på grunnlagskart fra © Kartverket.

²¹ Fargene i kartet er satt for å tydeliggjøre relative regionale variasjoner, uavhengig av indikatorens absolutte nivå. Det samme gjelder de geografiske kartene i det følgende.

Betraktet som andel av hele fylkets befolkning, er andelen med lav tilfredshet størst i region Vest, som utgjør den største befolkningsandelen (10 %), etterfulgt av region Nord (6 %), Syd (3 %) og Øst (2 %).

Sammensatte livssituasjoner

De tilskrevne egenskapene må da gjerne nyanseres og avgrenses ytterligere, om østfoldingenes faktiske livssituasjon skal forstås. Både sivilstand og hovedaktivitet vil være styrende for det daglige fysiske aktivitetsnivå, muligheten til interaksjon med andre, f.eks. gjennom skolevesen og yrkesaktivitet, og dermed indirekte for opplevd livskvalitet. Videre er det kjent fra tidligere forskning at tilstedeværelsen av nære relasjoner er viktig for vurderingen av egen livskvalitet. Også dette gjelder i Østfold (tabell 2.1).²³

Ikke overraskende skiller østfoldingenes hovedaktivitet i sterk grad mellom høy og lav livskvalitet, ettersom kategorien «syk/arbeidsledig» inngår i denne, og god helse vil gjerne være en forutsetning for mye annen aktivitet: Halvparten som opplever sykdom eller arbeidsledighet vurderer livskvaliteten som lav (score 0-5). Videre finner vi de yngre under 24 år i samme kategori, som tildels også utgjør elever/studenter, aleneboende og personer med lav inntekt. I motsatt ende finner vi den høyeste utbredelsen av god livskvalitet, i de delene av befolkningen som har høy alder/pensjonisttilværelse, lever i partnerforhold, dels med høy utdanning og høy inntekt.

Vi merker oss dessuten betydningen av sivilstand, og dermed tilgangen på nære relasjoner, som ofte fremheves i studier av variasjoner i livskvalitet. Blant gifte/registrerte partnere oppgir fire av ti (45 %) at livskvaliteten er høy. Andelen faller til tre av ti (35 %) blant

samboende og videre til to av ti (20 %) blant enslige.

Endelig ser vi at både høy alder og høy inntekt øker tilfredsheten, samtidig som vi vet at (husstands) inntektene er høyest i midtlivsfasen 35-66 år. Når vi kontrollerer inntektsnivåene for alder, finner vi den laveste tilfredsheten blant de yngste med lav inntekt (gjennomsnitt 7,0 på ti punktskalaen - to av ti i denne kategorien kjenner ikke husstandens inntekt). Deretter stiger den noe med både alder og inntekt, og er om lag like høy blant eldre med lav inntekt (score 8,7) som blant unge med høy inntekt (score 8,2), mens den er aller høyest blant eldre personer med høy inntekt (score 9,4).²⁴

Vi skal imidlertid være oppmerksomme på at befolkningens utdanningsnivå, som i seg selv er utslagsgivende for opplevd livskvalitet, bare i noen grad varierer med innbyggernes alder. Det vil si, på tross av at denne egenskapen på mange måter knyttes til alder: utdanningsnivået er per definisjon lavest blant de yngste (17 % med grunnskole, 12 % med høy universitetsutdanning), ettersom flere enn å befinner seg i utdanningsløpet. Tilsvarende har de eldste ikke hatt de samme muligheter til å fullføre et lengre utdanningsløp (19 % og 19 % henholdsvis). Det høyeste utdanningsnivået finner vi således blant 40-49-åringene (8 % grunnskole og 30 % høy universitetsutdanning). Vi kommer nedenfor tilbake til de sosiale og demografiske kjennetegnene når vi utdyper variasjonene i befolkningens livskvalitet og livssituasjon.

Tabell 2.1: Egenvurdert livskvalitet etter sosial og demografisk bakgrunn. Prosent²²

Bakgrunn		Egenvurder livskvalitet					n
		Lav	Middels	Høy	Ukjent	Sum	
Hovedaktivitet	Aderspension	12	35	53	1	101	3395
Alder	67>	12	35	52	2	101	3621
Sivilstand	Gift-partner	13	41	45	1	100	8153
Husst. inntekt	750.000>	10	46	43	1	100	6476
Husst. inntekt	Ukjent	10	46	43	1	100	1811
Alder	50-66	17	40	42	1	100	4893
Utdanning	Universitet-høy	13	46	40	1	100	3569
Hovedaktivitet	Yrkesaktiv	14	46	39	1	100	9044
Region	Øst	21	41	37	1	100	1932
Kjønn	Kvinne	19	42	37	2	100	9415
Region	Nord	19	44	36	1	100	6747
Utdanning	Universitet-lav	17	46	36	1	100	3989
Total		21	42	36	1	100	15559
Region	Vest	21	41	36	2	100	5599
Kjønn	Mann	21	43	35	1	100	7114
Sivilstand	Sambo-kjærest	20	45	35	1	101	4325
Utdanning	Videregående	23	41	35	1	100	6180
Husst. inntekt	450-549.000	22	42	35	1	100	1681
Husst. inntekt	550-749.000	17	47	35	1	100	2731
Region	Syd	20	44	35	2	101	2281
Utdanning	Grunnskole	29	36	33	2	100	2218
Alder	35-49	21	47	31	1	100	3765
Husst. inntekt	350-449.000	29	39	31	1	100	1192
Alder	25-34	25	46	27	2	100	2586
Husst. inntekt	< 349.000	42	34	23	1	100	2208
Alder	<24	33	43	22	2	100	1694
Hovedaktivitet	Elev-student	28	48	22	2	100	1295
Sivilstand	Alene	36	43	20	1	100	3567
Hovedaktivitet	Syk-ledig	51	33	15	1	100	2259

²³ Vurderingen av tilfredshet med livet gjøres som spørsmål nummer 21 i kartleggingen. Dette innebærer at noen, og særlig de yngre, er falt fra og ikke inngår i vurderingen. Se vedlegg 1.

²⁴ Høy alder tilsvarer 67 år og eldre, høy inntekt tilsvarer 750.000 eller mer. Lav alder tilsvarer yngre enn 25 år, lav inntekt tilsvarer under 350.000.

²² Tabellen inkluderer «Ukjente» og tallene avviker noe fra Figur 2.2-2.3.

Oss i Østfold 2019

3

HELSETILSTAND



3. HELSETILSTAND

Mange vil si at god helse er en forutsetning for god livskvalitet. Tidligere studier viser da også, som vi ovenfor har sett, at høy livskvalitet knyttes til både god fysisk helse og fravær av psykiske plager og lidelser. Dette skyldes blant annet at noen av faktorene som bidrar til høy livskvalitet samtidig også beskytter mot vansker som eksempelvis alvorlig depresjon og angst- og depresjonslignende plager. Høy livskvalitet kan i så måte betraktes som en viktig beskyttelsesfaktor mot – snarere enn motpolen til – psykisk sykdom. Videre synes livskvalitet og trivsel også å ha positive konsekvenser for den fysiske helsetilstanden, muligens på grunn av positive effekter på sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd, stress, ulykkeforekomst og generell mestring - men potensielt også direkte på immunforsvaret. Studier av sammenhengene mellom fysisk helse, psykiske plager og livskvalitet er et relativt nytt forskningsfelt slik at kunnskapen om disse sammenhengene, og hvordan de utvikler seg over tid, ennå er begrenset.²⁵

Når dette er sagt viser tidligere studier at de fleste i Norge opplever egen helse som god. Folkehelseinstituttet peker på at selv om flere må leve med kroniske sykdommer, har den norske befolkningen aldri har vært så frisk som nå. Andelen som vurderer egen helse som «svært god» eller «god» har for perioden 2008 - 12 variert rundt 80 % for landet som helhet. På den annen side, og samtidig som levevanene blir bedre, går utviklingen i et folkehelseperspektiv saktere enn ønsket. Og utviklingen er ujevnt fordelt. Den sunneste delen av befolkningen bor i hovedstaden.²⁶

Vi ser i dette avsnittet nærmere på tre uttrykk for befolkningens helse: allmenn helsetilstand, tannhelse og psykisk helse.

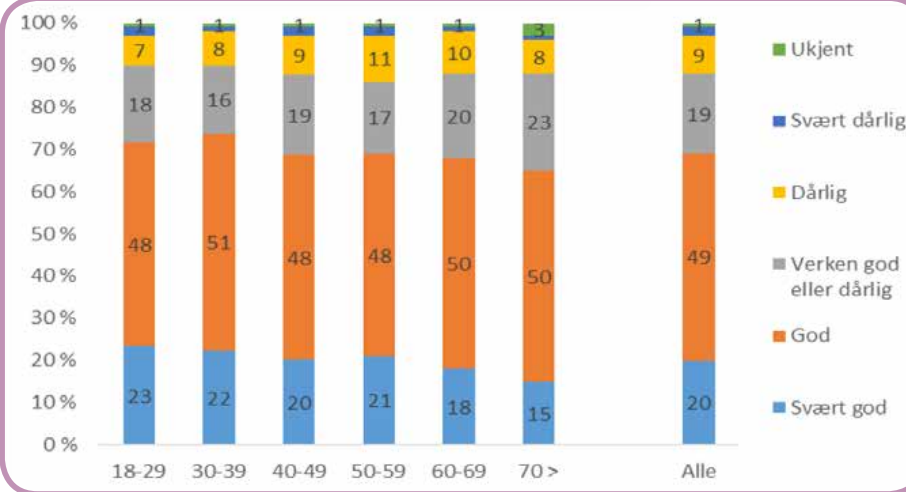
3.1 Opplevd helse

Egenvurdert helse er et sentralt og hyppig anvendt mål i vurderingen av befolkningens helsetilstand. På den ene siden reflekterer vurderingen helsetilstanden slik den oppleves av innbyggerne selv, i motsetning til en «objektiv» medisinsk diagnose. Ved bruk av ett enkelt spørsmål får man indirekte bred informasjon om flere forhold, inkludert biologiske, psykologiske og sosiale, samlet i en enkelt indikator. På den annen side regner man at vurderingen ikke bare speiler dagens situasjon, men også utviklingen gjennom livet, kjennskap til sykkelighet og dødelighet i nær familie, samt vurdering av sykkelighet relativt til jevnaldrende. Endelig dokumenterer tidligere studier en nær sammenheng mellom egenvurdert helse og risiko for sykkelighet/død, bruk av helsetjenester, samt risikofylt arbeidsmiljø. Vurderingen gjelder fysisk så vel som psykisk helse.

Dårligere helse enn ellers i landet?

Norges befolkning er regelmessig spurt om hvordan de vurderer sin egen helse, sånn i allminnelighet, blant annet i de nasjonale helseundersøkelsene. Selv om mange lever med én eller flere sykdommer eller plager i hverdagen, rapporterer like fullt de aller fleste helsen som god. Åtte av ti (78 %) sier i den siste levekårsundersøkelsen fra 2017 at helsen er «god» eller «svært god».²⁷ Bare en mindre andel, 7 prosent, oppgir å ha dårlig- eller meget dårlig helse. De fylkesvise variasjonene er dessuten små (fra laveste 79 % til høyeste 84%). Østfoldingene bekrefter det generelle bildet i

Figur 3.1: Egenvurdert helse etter alder. Prosent, n=16.385.



²⁵ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

²⁶ <https://www.ssb.no/helse/statistikk/helseforhold/hvert-3-aar/2016-06-20>

²⁷ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/helse>

disse nasjonale undersøkelsene, samtidig som nivået for andelen med god helse ligger noe under landsgjennomsnittet.

De fleste, syv av ti (69 %), vurderer i 2019 helsen sin som god, og ligger da om lag ni prosentpoeng under landsgjennomsnittet (figur 3.1). Halvparten sier «god» mens to av ti sier «svært god». To av ti sier «verken - eller», mens en av ti vurderer helsen som dårlig. De færreste (to av hundre) karakteriserer den som «svært dårlig». Andelen med «dårlig» helse er på nivå med situasjonen i landet for øvrig. Vurderingene varierer ellers i liten grad mellom kvinner og menn. De tydeligste demografiske helserelaterte forskjellene finner vi etter alder, og da særlig som synkende andel «svært god» helse med stigende alder.

Situasjonen er ganske stabil i lengre perspektiv fra 2004 via 2011, da syv av ti (74 % og 73 % henholdsvis) karakteriserte egen helse som god eller meget god – i like stor utstrekning blant kvinner og menn. Disse gangene er andelen klart synkende med stigende alder, fra de yngste (83 %) til de eldste (64 %), både blant kvinner og menn (i 2011). I så måte kan vi ha vært vitner til en utjevning av helseforskjeller de siste åtte årene, på tvers av gamle og unge.

Små regionale helsevariasjoner

De regionale variasjonene er igjen relativt små, når vi sammenstiller befolkningens egenvurderte helsetilstand på tvers av fylket (figur 3.2).

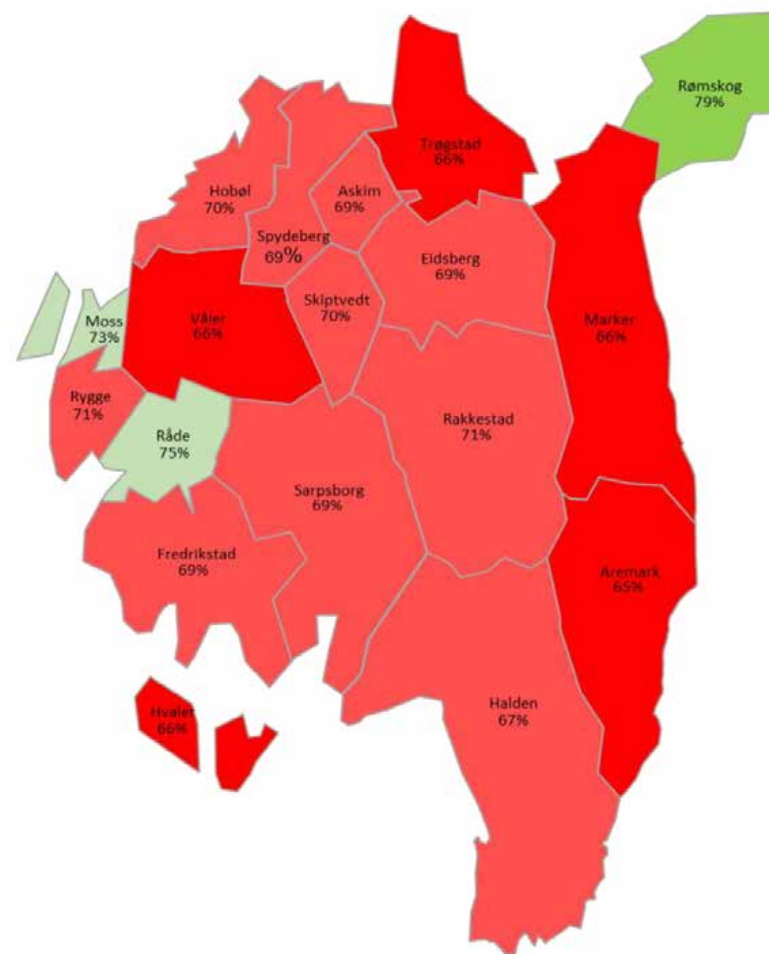
Andelen med svært god/god helse varierer fra laveste nivå i Aremark der seks-syv av ti (65 %) rapporterer helsen som god. Høyest andel finner vi i Rømskog (79 %), Råde (75 %) og Moss (73 %). Variasjonene er da heller

ikke for denne egenskapen svært store, der differansen mellom høyeste og laveste andel utgjør åtte prosentpoeng. Tolv av de atten kommunene ligger i intervallet 66 %-70 %. Det betyr samtidig at de regionale variasjonene også er relativt små, fra Nord (71 %), via Vest og Øst (begge 69 %) til Syd (67 %). Det samme gjelder når vi betrakter andelen med «svært god» helse, som varierer mellom regionene fra 18 % til 21 %. I så måte bekreftes til dels de regionale variasjonene i opplevd livskvalitet, der variasjonene mellom kommunene varierte med maksimalt fem prosentpoeng. Helsetilstanden kan i så måte være et uttrykk for den allmenne vurderingen.

Systematiske variasjoner i helsetilstanden

Ut over regionale variasjoner, viser tidligere studier til betydelige sosiale helseforskjeller i landets befolkning. Personer med lang utdanning og høy inntekt har den beste helsen, og har også hatt den største helseforbedringen over tid. Generelt sett finner man at forskjellene gjør seg gjeldende gjennom hele det sosioøkonomiske hierarkiet. Videre spekuleres det i årsakssammenhengene. Dels er det naturlig å tenke seg seleksjon, der de med best helse fra barndommen, eller tilbøyelighet til å leve sunt og ta til seg helse råd, får bedre utdanning og økonomi. Foreløpig vet man ikke hvor mye slike forhold betyr, og det er vanskelig å måle effektene. Mye tyder imidlertid på at de samlede sosiale levekårene gjennom hele livet påvirker sannsynligheten for å utvikle kroniske sykdommer eller lidelser, slik vi ovenfor har sett for vurderingen av livskvalitet.²⁸

Figur 3.2: Egenvurdert helse og bosted. Andel med svært-/ganske god helse. Prosent, n=16.559.



²⁸ <https://tidsskriftet.no/2006/01/jubileumsnummer/1880-2005-fra-fattigdomssykdommer-til-overflodslidelser>

Tabell 3.1: Egenvurdert helse etter sosial og demografisk bakgrunn. Prosent.

Bakgrunn		Hvordan vurderer du helsen din, alt i alt?						Sum	n
		Svært god	God	Verken eller	Dårlig	Svært dårlig	Ukjent		
Utdanning	Universitet-høy	30	51	12	5	1	1	100	3569
Hovedaktivitet	Yrkesaktiv	26	55	15	4	0	1	101	9044
Husst.inntekt	750.000>	27	53	14	5	1	1	101	6476
Alder	25-34	23	51	16	8	2	1	101	2586
Utdanning	Universitet-lav	23	51	18	6	1	1	100	3989
Hovedaktivitet	Blev-student	24	50	19	6	1	1	101	1295
Sivilstand	Sambo-kjærest	23	50	18	8	1	1	101	4325
Sivilstand	Gift-partner	21	51	18	8	1	1	100	853
Alder	<24	23	48	19	7	2	1	100	1894
Region	Nord	21	50	18	9	1	1	100	6747
Kjønn	Mann	20	50	19	8	2	1	100	7144
Kjønn	Kvinne	21	49	18	10	2	1	101	9415
Alder	35-49	21	49	19	9	2	1	101	3765
Region	Vest	20	49	19	9	2	1	100	5599
Region	Øst	18	51	18	10	2	1	100	832
Husst.inntekt	450-549.000	16	53	19	10	2	1	101	1881
Husst.inntekt	550-749.000	18	51	21	8	1	1	100	2731
Total		20	49	19	9	2	1	100	16559
Alder	50-66	20	48	18	11	2	1	100	4893
Alder	67>	16	51	23	8	1	2	101	3621
Region	Syd	19	48	20	10	2	1	100	2281
Hovedaktivitet	Aderspensjon	15	52	23	7	1	2	100	3395
Utdanning	Videregående	16	50	20	10	2	1	99	6110
Husst.inntekt	Ukjent	16	48	22	11	2	2	101	1811
Sivilstand	Alene	15	46	22	12	3	1	99	3567
Husst.inntekt	350-449.000	17	44	25	11	2	1	100	1892
Utdanning	Grunnskole	13	44	23	15	4	1	100	2248
Husst.inntekt	< 349.000	13	40	23	18	5	2	101	2208
Hovedaktivitet	Syk-ledig	4	23	28	35	8	2	100	2259

3



Helsevurderingen varierer også blant østfoldingene systematisk med innbyggernes bakgrunn. Særlig gjelder dette for hovedaktivitet, bl.a. fordi helsetilstanden i stor grad er styrende for hva man foretar seg i hverdagen, og som nevnt dels fordi kategorien «syk ledig» inngår i denne egenskapen. Førørig følger vurderingen andre sosioøkonomiske statuskjennetegn som utdanningsnivå og inntekt, slik vi innledningsvis har sett det for egenopplevd livskvalitet (tabell 3.1). Dersom vi fokuserer på den samlede andelen med god/svært god helse, ser vi at:

- God helse polariserer dels befolkningen, og assosieres på den ene siden med yrkesaktivitet, høy utdanning og inntekt. Samtidig finner vi blant dem med god helse også de yngste i alderen 25-34 år, dels sammenfallende med elever og studenter.
 - Dårlig helse assosieres, ut over sykdom og ledighet, med lavt utdanningsnivå og lav inntekt. Blant disse finner vi også aleneboende og i noen grad personer med høy alder/alderspensionister.
- Men bildet er ikke entydig. Som i de tidligere

studiene finner vi også i Østfold personer på sykemelding og trygd blant dem med svært god egenvurdert helse, mens vi tilsvarende finner personer med dårlig helse blant høyinntektspersoner.

Unge har best helse

Tidligere analyser viser at særlig unge kvinner sliter psykisk med helsen – som da også vil kunne innvirke på den generelle helsevurderingen. Vi har sett at andelen i Østfold som oppgir helsen som god, er den samme blant kvinner og menn totalt sett (syv av ti). Likheten er også slående for andelen om sier «svært god» (to av ti).

Når vurderingen samtidig kontrolleres for alder, indikeres det at andelen med god helse er svakt fallende med alderen blant menn, mens den blant kvinner er noe mer stabil, bortsett fra at andelen med svært god helse også faller for de aller eldste kvinnene over 67 år (figur 3.3). Det vil si, igjen gitt at likhetene gjerne er mer slående enn forskjellene.

3.2 Langvarig sykdom

Forekomsten av sykdom er sentral i vurderingen av egen helse. I et historisk perspektiv påpeker man gjerne at det for 100 år siden var smittsomme infeksjonssykdommer og tuberkulose som tok de fleste livene. Disse er nå erstattet av kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, psykiske helseproblemer, diabetes, lungesykdom og muskel- og skjelettsykdommer. I et folkehelseperspektiv vil noen hevde at de kroniske sykdommene nå utgjør en "moderne epidemi". De rammer stadig større deler av befolkningen, og vil på lengre sikt heller ikke kunne helbredes med kurative tiltak alene.²⁹

Halvparten har langvarig sykdom

Nyere (intervjubaserte) kartlegginger bekrefter den stigende forekomsten av kroniske sykdommer, der økningen har vært mest markant blant de yngste og de eldste. Veksten skyldes i stor grad stigende forekomst av astma og allergier. I den eldste delen av befolkningen viser den seg særlig i form av aldersbetingede problemer, som benskjørhet, lidelser i øyne eller ører, samt ulike former for kreft. Utviklingstakten i den historiske trenden illustreres ved at andelen av befolkningen med muskel- eller skjelettlidelse økte betydelig fra om lag 18 % av befolkningen over 16 år i perioden 1975-85, til 32 % i 1995, som også reflekterer dagens nivå. Forekomsten av kronisk sykdom vil kunne virke særlig begrensende på den enkeltes helse og på muligheten for å utnytte de muligheter som ellers byr seg for å oppnå et godt liv.

Vi har spurt østfoldingene om forekomsten av langvarige helseproblemer og sykdom (figur 3.4).

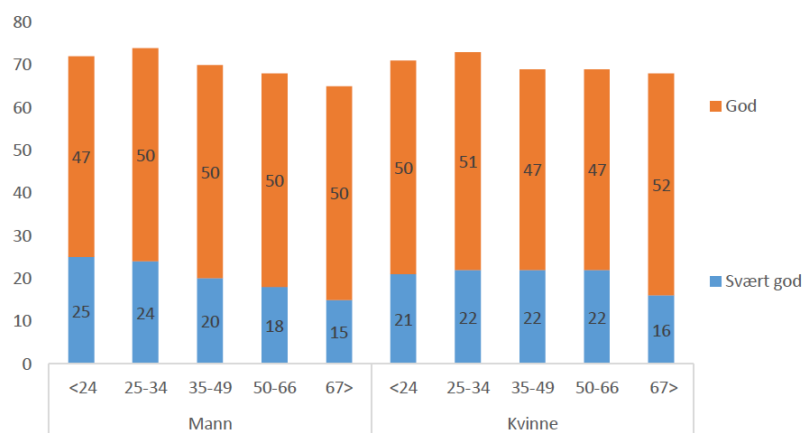
Om lag halvparten (46 %) svarer bekreftende. I så fall er andelen høyere enn på landsbasis. I henhold til Norgeshelsa utgjør andelen med kronisk sykdom i hele befolkningen 16-79 år 33 %. Andelen er videre noe høyere enn i 2011 (41 %), og særlig høyere enn i 2004 (37 %).

Av de tidligere kartleggingene fremgår det videre at andelen med kronisk sykdom stiger med alderen, særlig blant kvinner.³⁰ Bildet bekreftes i Østfold, der tilstandsvurderingen varierer med både alder og kjønn. Andelen plagede stiger med alderen, til om lag 50-års alder, hvoretter den flater ut for kvinner men fortsetter å stige blant menn. Mens den blant de yngste mennene utgjør to av ti (23 %), er den tilsvarende andelen blant de yngste kvinnene nesten fire av ti (38 %). Blant de middelaldrende og eldre over 50 år er kjønnsforskjellene små. Samtidig ser vi at de yngste i noe større grad enn de eldre unnlater å bevare spørsmålet: Én av ti har uoppgitt status, både blant kvinner og menn under 25 år. Også aldersvariasjonene speiler situasjonen i 2011.

Tre-fire av ti har nedsatt funksjonsevne

Sykdommens konsekvens for opplevd livskvalitet vil ofte være betinget av hvorvidt den faktisk virker begrensende på den daglige aktivitetsutfoldelsen. Dessuten viser forskningen på livskvalitet at forekomst av langvarig sykdom ikke helt og holdent er avgjørende for den generelle helsevurderingen. Bl.a. er mange kronikere positivt innstilt til egen helse.³¹ Noe av forklaringen antas å ligge i at helsen har flere dimensjoner enn dem som kan knyttes til den konkrete sykdommen.

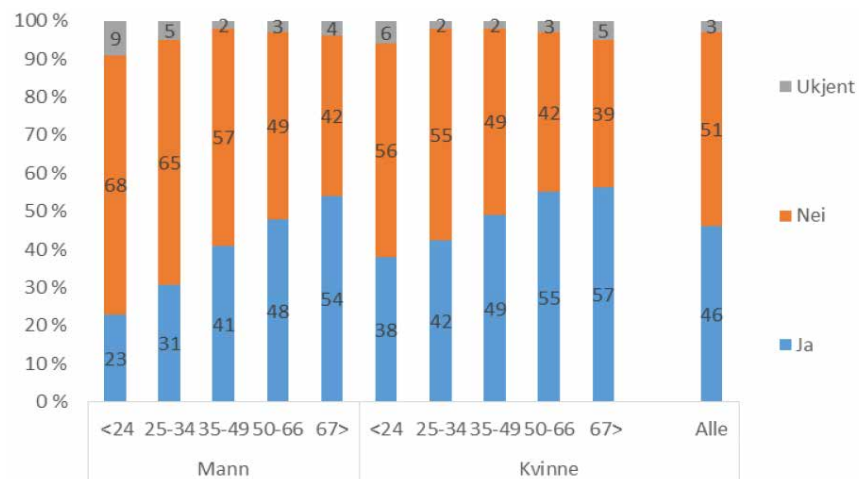
Figur 3.3: Egenvurdert helse etter kjønn og alder. Andel «svært god» og «god». Prosent, n = 16.559



³⁰ Norgeshelsa, statistikkbank: Kronisk sykdom 16-79 år. <http://norgeshelsa.no>.

²⁹ <https://www.aftenposten.no/norge/i/bn6b5/-Kroniske-sykdommer-er-dagens-epidemier>

Figur 3.4: Andel med langvarige sykdom eller helseproblemer etter kjønn og alder. Prosent, n=16.559.



Dessuten vil forskjellige personer kunne vektlegge ulike sider ved helsen sin. En allergi, for eksempel, er ikke nødvendigvis særlig begrensende for livsutfoldelsen.

Mens halvparten av hele den norske befolkningen ikke har sykdom, slik vi ovenfor har sett, oppgir én av ti å ha sykdom uten at den begrenser hverdagsaktiviteten. Tre av ti har sykdom som medfører noen begrensninger, mens i underkant av én av ti sier den har store begrensninger. Kriteriet for «nedsatt funksjonsevne» er da gjerne at man har plager som medfører noen eller store begrensninger i hverdagen. Andelen som oppgir å ha nedsatt funksjonsevne som følge av sykdom (33 %) er i så fall om lag dobbelt så høy i Østfold som i hele den norske befolkningen (16 %).³²

Østfoldinger med langvarig sykdom eller

skade, er videre bedt om å beskrive i hvilken grad sykdommen faktisk medfører begrensninger i utøvelsen av vanlige hverdagsaktiviteter (figur 3.5).

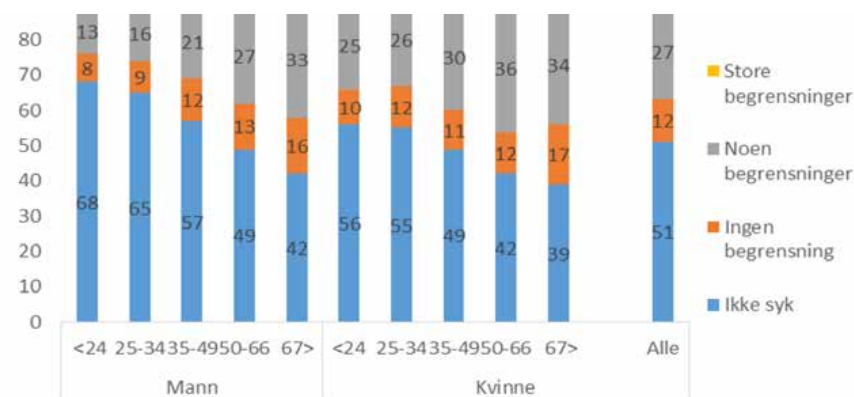
Mens andelen med sykdom stiger med alderen, ser vi det samme bildet for sykdommens alvorlighetsgrad når det gjelder nedsatt funksjonsdyktighet. Dette gjelder særlig for «noen begrensninger» og særlig blant kvinner. I aldersgruppen under 25 år sier én av ti menn (13 %) og tre av ti kvinner (25 %) at tilstanden medfører noen begrensninger. Andelen som opplever «svært store» begrensninger er om lag den samme, uavhengig av kjønn og alder (én av ti). Samtidig merker vi oss at når de yngre kvinnene i større grad enn de yngste mennene rapporterer begrensninger, så gjelder dette særlig for plager som i «noen grad» begrenser hverdagsaktivitetene. Men også andelen med store begrensninger er nesten

dobbelt så høy blant kvinnene (fem av hundre) i denne aldersgruppen enn blant mennene (to av hundre), selv om andelen med store plager totalt sett er liten.

Utbredelsen av aktivitetsbegrensninger er for øvrig omlag på nivå med situasjonen i 2011, da i underkant av én blant ti (7 %) oppgav å være alvorlig begrenset. Den gang utgjorde de yngste kvinnene (5 %) og de eldste mennene (11 %) motpolarer i så måte, selv om variasjonene ikke var svært store.

Små geografiske variasjoner i den grad bosted vil ha betydning for funksjonsdyktigheten, vil årsaken dels kunne speile sosiale og demografiske variasjoner mellom kommuner og regioner, som vi har sett er relativt små, men også variasjoner i tilrettelegging for nedsatt funksjonsevne (figur 3.6).

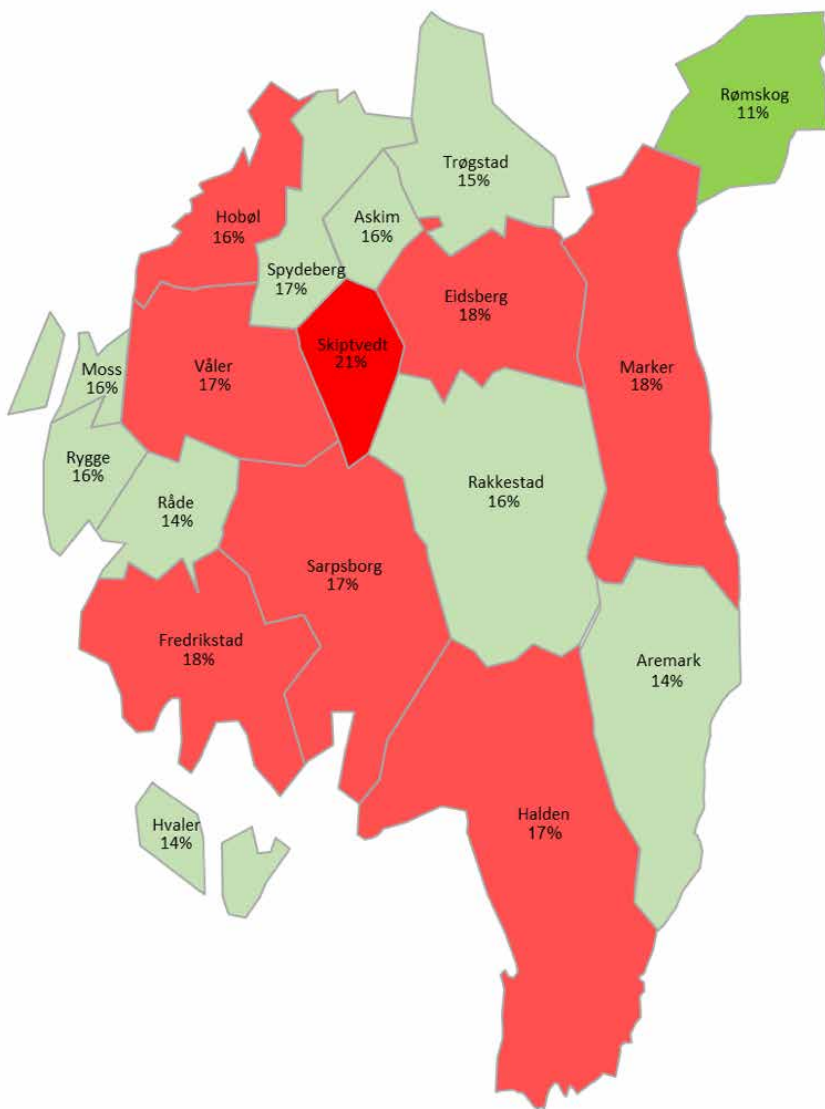
Figur 3.5: Sykdom/helseplager og begrensninger i å utføre vanlige hverdagsaktiviteter, etter kjønn og alder. Prosent, n= 16.559.



³¹ Friestad (1999).

³² <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/helse>

Figur 3.6: Andel med nedsatt funksjonsevne («noen» eller «store» begrensninger), etter bosted. Prosent, n=16.559.²⁰



De geografiske variasjonene i andelen med nedsatt funksjonsevne er til dels større enn variasjonene observert for de øvrige indikatorene så langt, der avstanden mellom laveste og høyeste forekomst nå er på 15 prosentpoeng. Høyest andel med nedsatt funksjonsevne finner vi i Aremark og Rømskog (begge 42 %), etterfulgt av Marker (38 %) og Hvaler (36 %). Lavest forekomst finner vi i Råde (27 %) samt i Moss, Rakkestad og Rygge (alle 30 %). Det betyr samtidig at den nordligste regionen kommer best ut (44 % har nedsatt funksjonsevne), etterfulgt av Vest og Øst (begge 46 %) mens vi finner den høyeste andelen, relativt sett, i Syd (48 %).

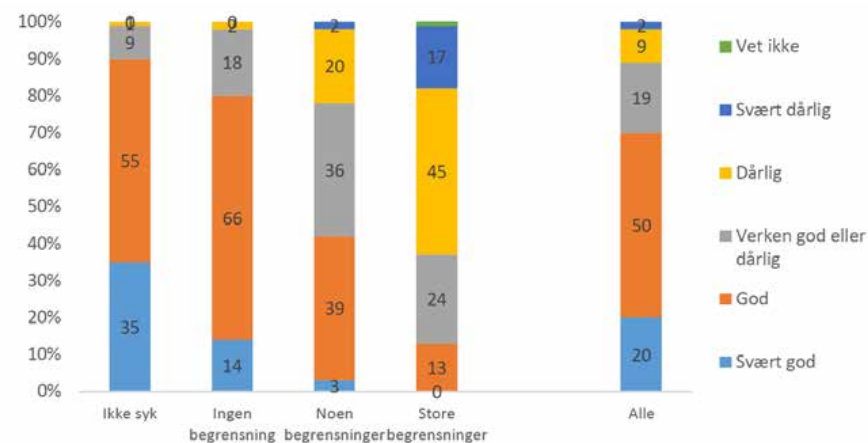
Videre er det klart at når fire av ti med sykdom, som påvirker hverdagen i høy grad, oppgir å ha dårlig helse, så deler seks av ti ikke denne vurderingen. Sistnevnte kan da skyldes at lidelser, som medfører ulike for-

mer for funksjonstap eller invalidiserende smerter, ligger bak opplevelsen av dårlig helse. Og tilsvarende kan det bety at selv om man lever med varig sykdom, er det få som har sykdommer som begrenser deres livsutfoldelse så mye at det vurderes negativt ift. egen helsetilstand. I sum, det er først når funksjonsevnene svikter at det får effekt for helsevurderingen.³³ For østfoldingene finner vi dette bildet fFigur 3.7).

Sammenhengen mellom funksjonsdyktighet på den ene side, og egenvurdert helse på den annen, er som forventet entydig. Blant friske personer oppgir ni av ti at helsen er «svært god/god», selv om de fleste (seks av ti) begrenser seg til merkelappen «god». Blant personer som oppgir å ha store begrensninger i utførelsen av daglige aktiviteter, sier seks av ti at helsen er «dårlig», to av ti at den er «svært dårlig».



Figur 3.7: Egenvurdert helse etter sykdom/helseplager og begrensninger i å utføre vanlige hverdagsaktiviteter. Prosent, n=16.559).



³³ Blant de eldre er det nettopp fritak av varige sykdommer og funksjonsvansker som gir uttelling for opplevelsen av helsen som god (Saunes m.fl, 2017).

Det interessante i så måte er at i overkant av halvparten av befolkningen i Østfold både er friske, eller har sykdom som ikke medfører aktivitetsbegrensninger, og samtidig vurderer helsen som svært god/god (56 %). Tilsvarende oppgir én av ti å ha begrensninger selv om helsen vurderes som god. Og, mens i underkant av én-to av ti oppgir helsen å være verken dårlig eller god sier de samtidig at sykdommen ikke begrenser dem i det hele tatt, eller bare i noen grad. Slik sett vil åtte av ti (82 %) kunne betraktes som «funksjonsfriske».

Med andre ord, og som i de tidligere kartleggingene, er bildet ikke entydig. Også blant personer med langvarig sykdom, oppgir halvparten at helsen generelt sett er god – fem av hundre vil sågar si svært god.

3.3 Tannhelse

Tannhelsen utgjør et viktig aspekt ved den allmenne fysiske helsetilstanden. Denne vil ofte være kritisk i et generelt levekårspektiv, da tannlegebesøk ikke er underlagt de samme offentlige refusjonsordninger som legebesøk. Samtidig har nok innføringen av allmenne tiltak, som tilsetning av fluor i tannkrem, hatt stor og allmen positiv effekt på tannhelsetilstanden. Andelen av hele landets befolkning som har «friske tenner» utgjør åtte av ti (81 % i 2017). Trenden på landsbasis er stabil eller svakt synkende, siden 2013 (83 %). Østfoldingen ligger i denne nasjonale vurderingen noe over landsgjennomsnittet (84 %), og godt over det laveste nivå (Oslo 73 %) ³⁴

Tannhelse speiler allmennhelse

Blant østfoldingen er beskrivelsen av tannhelsen nå ganske lik beskrivelsen av den allmenne helsetilstanden (figur 3.8).

De fleste er godt tilfredse med tannhelsen, som beskrives om lag som den allmenne helsen. Syv av ti oppgir at tannhelsen god, hvorav to-tre sier «svært god». Én av ti karakteriserer den som dårlig, men de færreste som svært dårlig. Variasjonene mellom kvinner og menn, og etter alder, følger også den generelle helsevurderingen. Andelen som oppgir god tannhelse utgjør om lag syv av ti, på tvers av befolkningen, samtidig som andelen med svært god tannhelse er noe høyere blant kvinner (tre av ti) enn blant menn (to av ti).

I hvilken grad knyttes tannhelsevurderingen til vurderingen av den allmenne helsetilstanden (figur 3.9)? Vurderingene er som forventet klart sammenfallende, selv om sammenhengen heller ikke her er entydig. Blant dem som oppgir egen helse å være svært god, sier ni av ti at tannhelsen er god. Blant dem som vurderer egen helse som svært dårlig sier fire av ti at tannhelsen er dårlig. Men også blant personer med god og dårlig tannhelse finner vi personer med dårlig og god allmennhelse, henholdsvis.

Halvparten (53 %) sier samtidig at både tannhelsen og allmennhelsen er god, mens tre av hundre beskriver begge de to tilstandene som dårlige. Vi kommer i kapittel seks tilbake til tannlegebesøkernes økonomiske side.

3.4 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand, ikke bare fravær av sykdom og vansker ³⁵

Samtidig viser tidligere studier til at psykososiale problemer og mental helse er et svært sammensatt fenomen, som det er vanskelig å kartlegge ved hjelp av utvalgsbaserte intervjuundersøkelser. Til tross for at det er blitt mer vanlig å snakke åpent om psykiske og psykososiale problemer som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, o.l. vises det til at dette fremdeles er et sensitivt tema i intervjusammenheng - noe som også bekreftes ved variasjonene i målt omfang på tvers av ulike undersøkelser. Ulike statistikker og måleinstrumenter gir ulike bilder. ³⁶ Målt som andel av den norske befolkningen med «psykiske plager og symptomer»,

berører disse hver tiende nordmann, og kvinner (13 %) i litt større utstrekning enn menn (11 %). Trenden har vært stabil siden 1998 (10 %) ³⁷

To av ti har psykiske plager

Et hyppig benyttet instrument for måling av depresjon og nedstemthet er den såkalte Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) standarden. Basert på to spørsmål om man i løpet av de siste to ukene har følt henholdsvis liten interesse for- eller glede over å gjøre ting, samt følelse av å være nedfor, deprimeret eller fylt av håpløshet, angis forekomst av depresjon og nedstemthet (Figur 3.10).

3



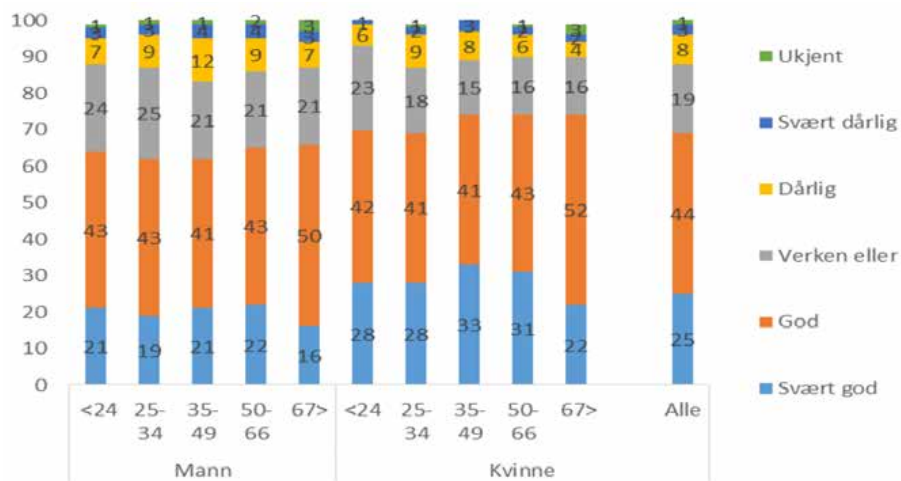
Foto: Siri Guldteig Larssen

³⁴ http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index/no/Norgeshelsa/Norgeshelsa-statistikkbank-L-land-H-helseregion-og-F-fylke-.c.Norgeshelsa/Helsetilstand.d.53/Tannhelse.d.56/Andel-med-friske-tenner-LHF-/fCube/frisketten-DEKNING-templat_C1

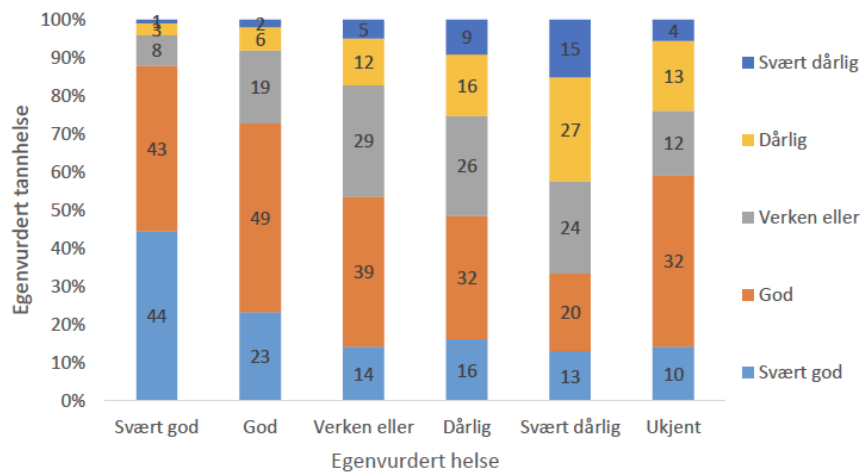
³⁵ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
³⁶ Saunes m.fl (2017).

³⁷ Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank; Psykiske plager og symptomer, voksne 16-79 år.

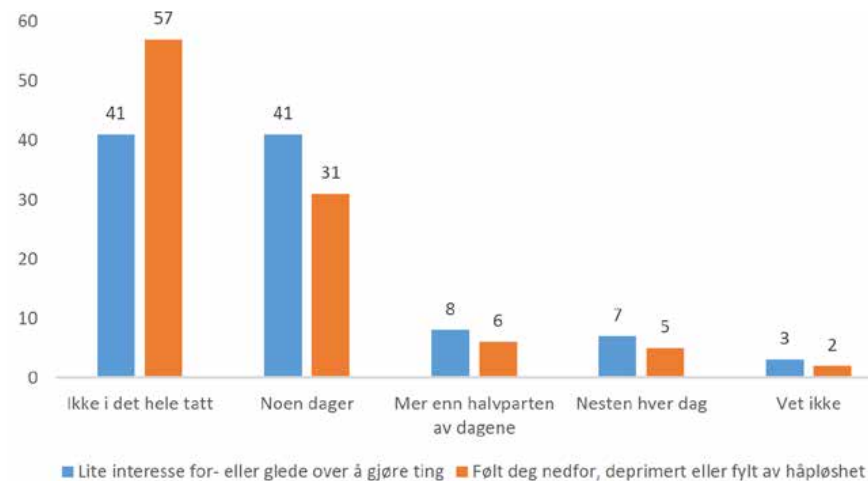
Figur 3.8: Egenvurdert tannhelse etter alder og kjønn. Prosent, n=16.559.



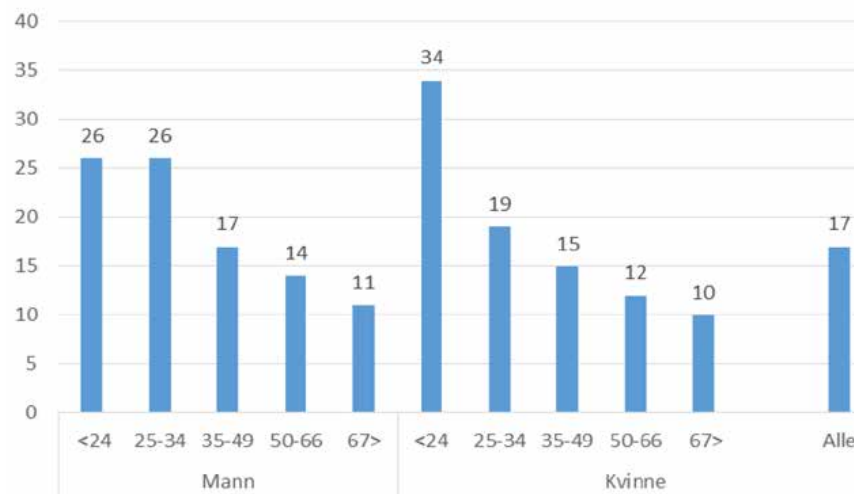
Figur 3.9: Egenvurdert tannhelse etter egenvurdert helse? Prosent, n=16.559.



Figur 3.10: Hvor ofte i løpet av de siste 14 dagene har du...? Prosent, n=16.079-16.363.



Figur 3.11: Andel med psykiske plager (PHQ-2 score 3 eller høyere). Prosent, n=16.559.



De fleste plasserer seg til venstre langs skalaen, og tilkjenner at de ikke har opplevd psykiske plager i det hele tatt, eller bare noen dager i uken. For manglende interesse, eller manglende glede ved å gjøre ting, sier to av ti at dette gjelder for halvparten av tiden eller hyppigere. Fire av ti sier at liten interesse aldri forekommer, hvilket vil si at like mange (fire av ti) opplever det «enkelte dager». Nedstemthet og depresjon er noe sjeldnere forekommende. Seks av ti sier at det aldri forekommer, tre av ti at det forekommer «noen dager». For én av ti forekommer det halvparten av tiden eller hyppigere.

Når de to indikatorene vurderes samlet, får vi da et bredt mål på forekomsten av psykiske plager (figur 3.11).³⁸

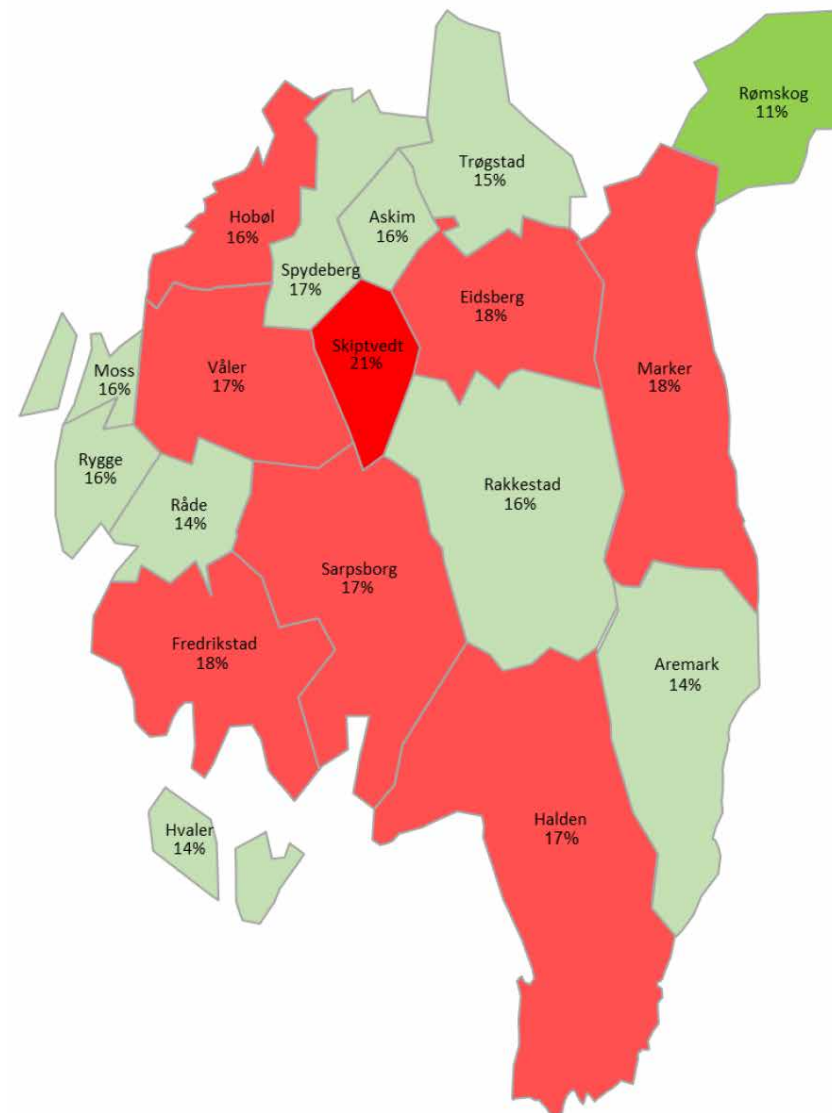
Symptomene omfatter to av ti østfoldinger (17 %). I så måte er den på nivå med situasjonen i 2004, der i underkant av to blant ti (17 %) oppgav at de ofte følte seg plaget i hverdagen.

Det er særlig blant de yngste at symptomene gjør seg gjeldende. Blant menn under 34 år har to-tre av ti hatt slike erfaringer, mens andelen faller markert når vi går til 35-åringene, og fortsetter å falle mot de eldste 67 år og eldre. Blant de yngste kvinnene finner vi den høyeste stressandelen; tre av ti. Deretter faller den markert ved 25-årsalderen til to av ti, og fortsetter å falle mot de aller eldste, som blant mennene.

Mens andelen med kronisk sykdom varierer over fylket, er forekomsten av psykiske plager mer på linje med de øvrige helserelaterte livkvalitetsindikatorerne (figur 3.12). Forekomsten av psykiske plager varierer i utgangspunktet bare i liten grad mellom regionene, i ytterpunktene med tre prosentpoeng. Variasjonene mellom kommunene er i så måte større enn mellom regionene. De laveste andelenene finner vi i Rømskog (11 %), etterfulgt av Spydeberg, Aremark, Hvaler og Råde (alle 14 %). Høyest forekomst observeres i Skiptvedt (21 %) samt i Fredrikstad, Marker og Eidsberg (alle rundt 18 %).

Det er for øvrig ingen overraskelse at det mentale aspektet inngår i vurderingen av egen helse i sin alminnelighet: blant personer uten psykiske plager sier åtte av ti (76 %) at helsen er god og syv av hundre (7 %) at den er dårlig. Blant personer med psykiske plager er de tilsvarende andelenene fire av ti (43 %) og tre av ti (29 %). Vi kommer tilbake til den delen av befolkningen som opplever psykiske plager, for å gjøre en mer presis vurdering (avsnitt 2.3).

Figur 3.12: Opplevde psykiske plager etter bosted. Andel med psykisk plage. Prosent, n=16.559.



³⁸ Indeksen kalkuleres ved å gi svarene score fra 0 for «Ikke i det hele tatt» til 3 for «(Nesten) daglig. De to scorene adderes, som gir en samlet verdi fra 0 til 6. Scorer med verdi 3 eller høyere tolkes som uttrykk for forekomst av depresjon.

Psykiske plager marginaliserer

Før vi ser nærmere på den psykiske helse tilstanden, skal vi dvele litt ved forekomsten av psykiske plager i hverdagen (figur 3.13).

Det antydes at psykiske plager i det vesentlige knyttes til mindre og utsatte grupper i samfunnet. Mens åtte av ti i befolkningen vil være engasjert i yrkeslivet, eller har gått av med alderspensjon, ser vi at andelen plagede i disse kategoriene er relativt sett lav, i størrelsesorden 10-20 %. Blant studenter, som utgjør den neste store hovedaktiviteten, øker den til 27 %. Det er imidlertid blant sykemeldte, trygdede, arbeidsledige og personer på sosialstøtte at symptomene særlig gjør seg gjeldende. I disse kategoriene vil fire-fem av ti kjenne på psykiske plager, og blant personer på sosialstøtte, syv av ti. Disse kategoriene utgjør på sin side om lag én av ti i befolkningen, hvorav igjen de fleste (syv av hundre) er trygdede og personer på arbeidsavklaringspenger.

mange ulike forhold. Ikke minst vil det være relevant å se nærmere på ulike aspekter ved den psykiske tilstanden og på hvilke elementer ved denne som underbygger stress. For å få et bedre innblikk i de bakenforliggende faktorene, er østfoldingene anmodet om å beskrive hvordan de har opplevd den siste uken.

Ensomhet og angst

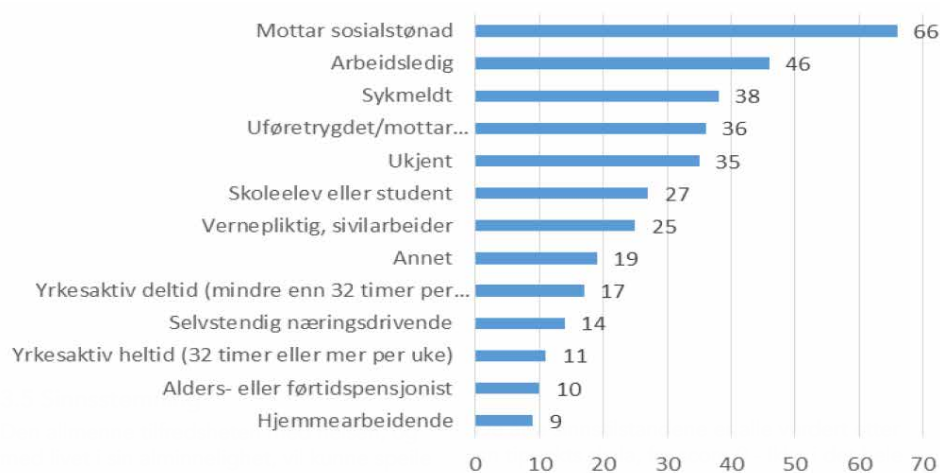
Det finnes som nevnt flere måter å kartlegge forekomsten av angst og depresjon på, der bildet som tegnes varierer med fremgangsmåten. Et ofte benyttet instrument er Hopkins Symptom Checklist, bestående av 25 ulike egenskaper (såkalt HSCL-25). Før vi betrakter HSCL-indikatoren, la oss kort se på forekomsten av ulike sinnstilstander. Fokuset er da ikke rettet mot plager som sådan, men mot hvordan man har opplevd den siste uken på godt og vondt (tabell 3.2).

tatt, til 10 - I svært stor grad, for åtte sinnsstemninger; «glad», «bekymret», «nedfor eller trist», «irritert», «ensom», «engasjert», «rolig og avslappet» samt «engstelig» (tabell 3.2). Egenskapene har dels motsatte fortegn, og utgjør en blanding av «oppsømte» og «nedstemte» uttrykk. I utgangspunktet vil vi forvente at stemningene speiler hverandre. man kan ikke samtidig være både svært glad og svært nedfor.

til egenskapenes «retning», får vi dette bildet: motpolene utgjøres av «Glad» (fire av ti plasserer seg i kategoriene 8-10 langs denne aksene) og «Ensom» (seks-syv av ti plasserer seg i kategoriene 0-2 langs denne aksene). Til venstre for «Glad» finner vi med synkende forekomst «Rolig», «Engasjert» og «Bekymret». Tilsvarende finner vi til høyre for «Ensom», med stigende forekomst «Engstelig», «Nedfor» og «Irritert». «Bekymret» og «Irritert» indikerer med andre ord stemninger der den største andelen plasserer seg inn mot sentrum (halvparten gir score 3-7), mens de øvrige egenskapene virker polariserende.

3

Figur 3.13: Opplevde psykiske plager etter hovedaktivitet. Andel med PHQ-2 score 3 eller høyere, n=15.330.



Tabell 3.2: Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du...? Prosent, n=7 318 – 7 383.

	Ensom	Engstelig	Nedfor-trist	Irritert	Bekymret	Engasjert	Rolig/avslappet	Glad
0 Ikke i det hele tatt	42	33	24	13	13	3	1	1
1	13	13	12	11	8	2	1	1
2	10	13	14	15	12	4	4	2
3	7	10	11	15	12	6	6	4
4	5	6	7	10	8	7	7	5
5	6	8	10	13	12	15	14	10
6	4	5	6	8	9	12	10	10
7	4	5	7	7	10	16	16	17
8	4	4	4	4	8	17	18	20
9	2	1	2	2	3	8	10	13
10 I svært stor grad	2	2	2	2	4	10	13	18
Vet ikke	1	1	1	1	1	1	0	1
Sum	100	101	100	101	100	101	100	100
n	16.281	16.209	16.230	16.086	16.433	16.117	16.296	16.330

Dersom vi omgrupperer svarene, slik at de får samme «mentale retning», forenkles sammenlikningen (Tabell 3.3). Alle vurderingene ligger godt under vurderingsskalaens midtpunkt (gitt at «negativ» situasjon gis høyeste score 10), og varierer fra høyeste «bekymret» (4,2) til laveste «ensom» (2,3). Dette tilsvarer andeler av befolkningen som rapporterer forekomst

(score 1 eller høyere) på henholdsvis 87 % og 58 %. Forekomsten vil dermed dels være avhengig av hvor vi setter grensen for følelsesavvik. Dersom vi sier at man må score 6 eller høyere for å ha symptom, gjelder dette for tre av ti (35 %) for bekymringer og for to av ti (16 %) for ensomhet. Én av ti har opplevd å være lei seg (mot-satt av «glad»).

Ulike målemetoder, befolkningsgrunnlag og referanseskalaer kompliserer sammenlikningen med befolkningen i hele landet. En kartlegging fra 1998 viser at 19 % har opplevd å ha liten interesse for noe, 26 % å være ensom, 27 % følelse av nedtrykthet og tungsindighet, mens 35 % har erfart nervøsitet eller bekymring.³⁹ I så fall stemmer disse overens med score 6+ indikatorene i Østfold, med unntak av ensomhet.

Tabell 3.3: Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du...? Gjennomsnitt og standardavvik, vurderingsscore 0-10 («negativ» situasjon er gitt høyeste verdi), samt prosentandel med score 1- eller 6 og høyere. n=16.117-16.433.

Tabell 3.3

Symptom	Gj.snitt 0-10	Std. Avvik	Andel score 1+ (%)	Andel score 6+ (%)
Bekymret	4,2	2,9	87	35
Uengasjert	3,8	2,5	90	22
Irritert	3,6	2,6	87	23
Stresset	3,4	2,4	87	19
Nedfor-trist	3,1	2,8	75	22
Lei deg	2,8	2,3	82	13
Engstelig	2,6	2,6	67	17
Ensom	2,3	2,8	58	16
Alle symptomer (indeks)*	3,3	1,9	96	6

* Enkel additiv indeks over de åtte indikatorene, dividert med 8.

Dersom vi, ved hjelp av statistisk analyse, søker etter mønstre i holdningsdannelsen, finner vi at alle egenskapene reflekterer én og samme underliggende sinnstemning. Det er særlig «Bekymret» og «Nedfor-trist» som bygger opp under denne allmenne stemningen, mens den i minst grad styres av stress og engasjement.⁴⁰

Når vi vurderer forekomsten av stress symptomer på tvers av alle indikatorene (indeks der høy verdi betyr forekomst av stress) finner vi videre at gjennomsnittscoren varierer lite mellom kvinner og menn og på tvers av fylkets regioner. Samtidig synker den klart med stigende alder fra score 4,1 blant de yngste til 2,5 blant de eldste, er høyere blant aleneboende (score 4,0) enn blant gifte (score 2,8), er høyere blant syke og ledige (score 4,4) samt studenter (score 4,2) enn blant alderspensjonister (score 2,4) og yrkesaktive (score 3,1). Den synker med stigende inntekt (fra score 4,3 på laveste inntektsnivå til 2,8 på høyeste).

Flere av de samme egenskapene ble også vurdert i 2011, men da vurdert etter hvorvidt man følte seg mye eller lite plaget. Søvnproblemer var den gang hyppigst forekommende belastning, etterfulgt av følelsen av å være anspent eller oppjaget samt følelse av håpløshet med tanke på fremtiden. Lavest utbredelse viste opplevelsen av å være redd eller engstelig. Generelt sett fant man også den gang at forekomsten av stress-symptomer avtok med alderen samtidig som utbredelsen da var noe høyere blant kvinner enn blant menn.

Endelig er det klart at sinnstemningene speiler allmentilstanden, enten det gjelder tilfredshet med livet i sin alminnelighet, hvor meningsfylt man opplever det man gjør eller helsetilstanden generelt sett. De som vurderer helsen å være svært dårlig scorer også høyest på symptomindeksen (score 5,2) mens den er lavest blant dem med svært god helse (score 2,3). De med dårligst helse har da også høye symptomverdier på de fleste enkeltindikatorene, tilsvarende rundt score 6,0 for både det å være lei seg, bekymret, nedfor, samt uengasjert og stresset. Verdierne er noe lavere for irritabilitet og ensomhet (score 4,8).

Når dette er sagt, har vi innledningsvis sett at det å ha glade følelser, og det å utvikle seg og skape mening med livet, vurderes forskjellig. Mens enkelte vil hevde at disse opplevelsene er rake motsetninger, hevder andre at det å oppleve interesse i løpet av en dag henger sammen med hvor tilfreds man er med livet generelt – faktisk i større grad enn for opplevelsen av velbehag. Tilfredshet fanger dermed opp begge sider ved en underliggende «lykketilstand». Krevende aktiviteter kan gjøre oss fornøyde, fordi de gir mening i livet. For dem som er tyngre til sinns, eller lever under vanskelige livskår, kan en tilværelse som oppleves som meningsfylt kanskje sørge for at man er fornøyd med livet likevel.⁴¹

⁴⁰ Faktoranalyse: En analyseteknikk som søker å identifisere underliggende svarmønstre med utgangspunkt i statistiske sammenhenger mellom et større sett enkeltegenskaper. Dersom to eller flere av egenskapene korrelerer statistisk, tilordnes disse en egen underliggende dimensjon. Dimensjon nr. 2 utledes tilsvarende ved å søke tilsvarende mønstre mellom de resterende variablene, og prosessen gjentas til det ikke er mer variasjon å forklare. Dersom ingen av egenskapene samvarierer, utledes like mange faktordimensjoner som egenskaper. Dersom alle egenskapene er sterkt samvarierende, utledes en enkelt dimensjon.
⁴¹ <https://forskning.no/psykologi/lykken-er-ikke-bare-a-vaere-fornoyd/529925>

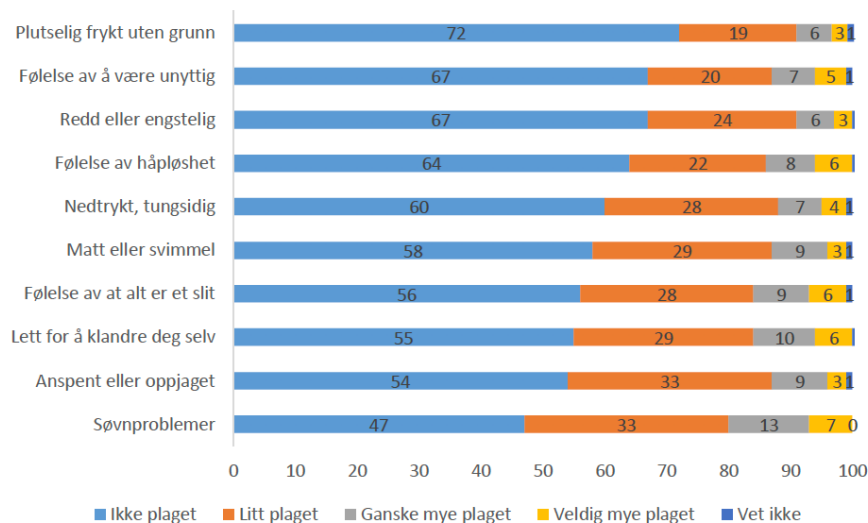
To av ti med psykiske plager - igjen
 Med dette utgangspunktet kan vi vende tilbake til forekomsten av angst og depresjon. Tilsvarende den samlede vurderingen av psykisk helse vi gjorde ovenfor, basert på manglende interesse/opplevd nedstemthet (PHQ-2), anvendes gjerne en sammensatt vurdering over ti ulike psykiske plager – den såkalte HSCL-10 indeksen. Denne er da, som ovenfor nevnt, en forkortet versjonen av en i utgangspunktet 25-punkt basert indeks (figur 3.14).

Stemmingene er sortert etter stigende forekomst. Hyppigst forekommende er søvnproblemer, som omfatter halvparten

av befolkningen, og der to av ti er mye plaget. Deretter følger ansenhet/oppjaget samt det å klandre seg selv. Sjeldnest forekommende er det å ha plutselig frykt uten grunn, følelsen av å være unyttig eller opplevelsen av å være redd eller engstelig, som oppgis å forekomme blant tre-to av ti henholdsvis.

Det neste spørsmålet er hvordan plagene henger sammen. Er det de samme personene som opplever flere forskjellige symptomer? Ser vi på hvilke symptomer som opptrer hyppigst sammen, viser det seg at alle spiller en generell underliggende «latent»

Figur 3.14: Forekomst av psykiske plager siste uke. Prosent, n=16.599.



egenskap, der enkeltindikatorerne bidrar i ulik grad.⁴² Sterkest bidrag har nedtrykthet og slitenhet, samt følelse av håpløshet eller opplevelse av å være unyttig. Søvnproblemer har minst å si i så måte.

HSCL10 - indeksen baseres på den akkumulerte forekomsten av plager, uavhengig av hvilke plager det dreier seg om. Dersom vi teller opp alle forekomster for en enkeltperson på tvers av de ti kjennetegnene, ser vi at to av ti ikke opplever noen av disse.⁴³ Én av ti opplever ett-to symptomer henholdsvis. Deretter deler belastningen seg relativt jevnt, der omlag én av ti har henholdsvis tre, fire, fem, etc. symptomer. Tilsvarende erfarer én av ti alle de ti symptomene.

Kriteriet for forekomst av psykiske plager, i henhold til HSCL-kriteriene, er basert på det samme prinsippet som for PHQ2-indeksen. Opplevelsene rangeres nå fra score 1 - «Ikke plaget», til 4 -«Veldig mye plaget», der den adderte summen divideres med 10.⁴⁴ En gjennomsnittsscore på 1,85 eller høyere vurderes som kjennetegn på forekomst av psykiske plager. Dette gjelder i så fall to av ti (21 %) østfoldinger, om lag den samme andelen som utledet ved PHQ2.⁴⁵

Denne stressdimensjonen spiller forøvrig den dimensjonen vi utledet ovenfor, basert på de åtte sinnstilstandene (Eta=.71). Det er klart at symptomene bidrar til å underbygge den allmenne helsetilstandsvurderingen. Personer med svært god egenvurdert helse har i gjennomsnitt 1,8 symptomer, stigende til 7,9 blant dem med svært dårlig helse. Tilsvarende har personer som ikke opplever noen form for langvarig sykdom eller helseproblem i snitt 2,8 symptomer, mens personer med store helsemessige begrensninger har 6,8 symptomer.

Bildet som tegnes indikerer med andre ord varierende helsetilstand, i tråd med situasjonen i hele landet. Samtidig bekreftes det at de individuelle tilpasningene til denne tilstanden vil kunne være forskjellige. Eksempelvis viser tidligere kartlegginger at opplevelsen av egen helse kan henge sammen med det sosiale nettverket man omgir seg med. Eventuell sykdom, plager eller handicap kan oppleves som tyngre om man samtidig har dårlig nettverk. Vi må se nærmere på den enkeltes egen adferd og omgivelser.

⁴² Basert på multivariat statistisk analyse (Faktoranalyse: Første komponent forklarer 45 % av variasjonene / eigenvalue 4,5).
⁴³ Indikatoren teller alle som oppgir at de har vært litt-vedlig mye plaget. Ubesvart/Vet ikke er kodet som fravær av symptom.
⁴⁴ Respondenter som svarer Vet ikke» eller unnlater å besvare spørsmålet (n=2.976) er utelatt fra beregningen.

⁴⁵ De to indikatorene gir om lag det samme inntrykket av befolkningens psykiske helsetilstand: Syv av ti (72 %) klassifiseres uten symptomer på begge indikatorene samtidig. Én av ti (14 %) kommer ut med stress-symptom på HSCL10, uten å bli klassifisert med depresjon i PHQ2. Tilsvarende kategoriseres fem av hundre (5 %) med tegn på depresjon i henhold til PHQ2 uten å ha stress i henhold til ed psykiske plager langs begge dimensjonene samtidig.

OSS i Østfold 2019

4

FOREBYGGENDE HELSE
RISIKOADFERD



4. FOREBYGGENDE HELSE RISIKOADFERD

Befolkningens helsetilstand kan forebygges gjennom allmenne tiltak. Samtidig vil egen aktivitet kunne støtte opp under- eller motvirke de allmenne tiltakene. Ut over fysisk aktivitet (som vi skal se på i neste avsnitt), vil den enkelte kunne motvirke sykdom ved å innrette seg etter sunne kostholds- og levevaner. På den ene side kan man styre kostholdet mot inntak av ernæring som gir dokumentert helseeffekt – subsidiært avstå fra det motsatte. Videre vil man kunne styre inntak av rusmidler som alkohol og narkotiske stoffer. La oss kort se hvordan østfoldingene forholder seg til disse aktivitetene.

4.1 Kosthold

Vi starter med kostholdet, som dels berører hva man spiser, dels hvor mye.

Folk spiser frukt og grønt

Østfoldingene er anmodet om å oppgi hvor ofte de spiser ulike typer matvarer, av henholdsvis helsefremmende- og skadelig karakter (figur 4.1).

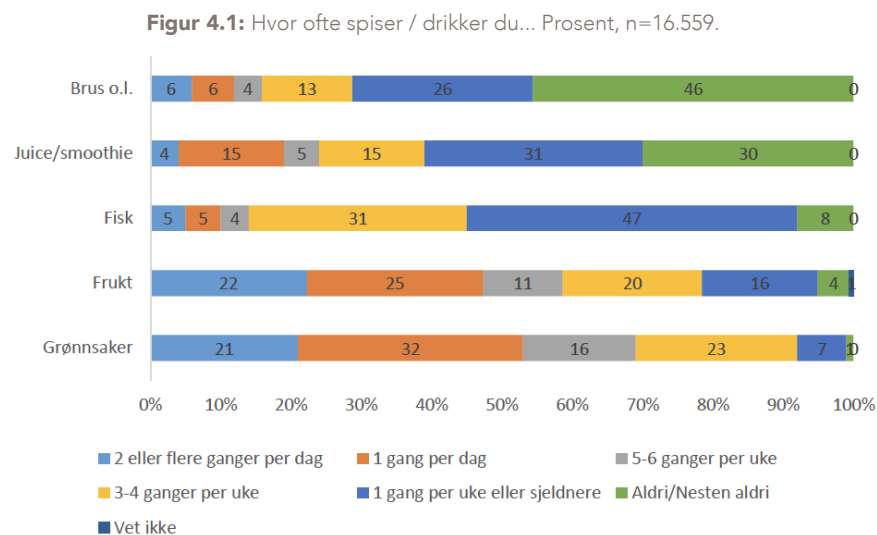
Kostholdet er varierende. Frukt og grønnsaker spises hyppigst. To av ti gjør det to eller flere ganger per dag, og like mange daglig. Med andre ord spiser halvparten av østfoldingene daglig frukt og grønt. Fisk spises i noe mindre utstrekning, halvparten vil typisk si en gang i uken eller sjeldnere. Samtidig spiser tre av ti fisk tre-fire ganger i uken. Nesten halvparten av befolkningen spiser med andre ord fisk tre-fire ganger i uken eller oftere. Inntak av juice skjer for øvrig sjeldnere enn inntaket av frukt. Fire av ti drikker juice/smoothie tre-fire ganger i uken eller oftere. Tre av ti drikker det aldri. Endelig oppgir halvparten at de aldri drikker sukkerholdig brus og/eller leskedrikk, mens to-tre av ti sier dette skjer en gang i uken eller sjeldnere. En av ti drikker brus daglig eller oftere.

For å få et samlet inntrykk av kostholdsvanene, har vi konstruert en kostholds indeks ved å gi lavest score 1 for hyppig inntak av usunn mat (brus) og høyest score 6 for hyppig inntak av sunn mat (de øvrige typene). Dette gir en tilnærmet «normal» fordeling med toppunkt rundt score 3,6 – det vil om lag midt på skalaen. Videre er det klart at kostholdet bedres med stigende alder, utdanning og øvrige sosioøkonomiske forhold, om enn ikke svært mye. Eksempelvis scorer personer med grunnskoleutdanning i gjennomsnitt 3,5 mens universitetsutdannede scorer 3,9. Mens de yngste scorer 3,4, er scoren for de eldste 3,8. De som mosjonerer minst scorer 3,5, de som mosjonerer mest scorer 3,9 osv. Region og kjønn har liten effekt i så måte.

Bildet er det samme som i 2011 når det gjelder inntak av frukt og grønnsaker, da halvparten av befolkningen (50 % og 52 % henholdsvis) oppgav daglig inntak. Som den gang stiger andelen med stigende alder. Samtidig kan det være noe lavere nå enn i 2004, da seks av ti (61 %) rapporterte daglig inntak av grønnsaker og rotfrukter, mens omlag like mange (57 %) hadde daglig fruktinntak.⁴⁶

Kroppsvekt avgjør ikke livskvalitet

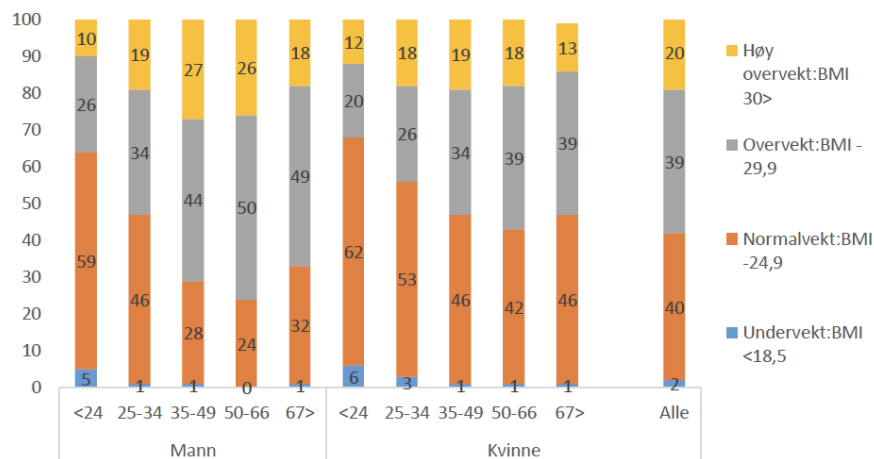
Ut over kostholdets sammensetning er inntakets volum av betydning i folkehelsesammenheng. Vi har allerede vist til kombinasjonen stillesitting/vektøkning som en potensiell «epidemi» i moderne samfunn. Kartleggingen har ingen eksplisitte indikatorer på inntaksvolumet, ut over hyppigheten i inntak av de ulike næringsmidlene vi har sett på ovenfor. Samtidig har vi bedt østfoldingene oppgi høyde og vekt, og kan dermed si noe konkret om forekomsten av over-/undervekt. Analysen baseres på den konvensjonelle indikatoren Body Mass Index (BMI). Nå er BMI-indikatoren laget som et generelt uttrykk for befolkningens tilstand, og tar ikke hensyn til individuelle kjennetegn som kroppsbygning og heller ikke kjønn. Men den sier likefullt noe om potensialet for utviklingen av sykdommer og helseproblemer, da disse gjerne utvikles i tilknytning til fedme. Nyere tall fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag indikerer at mellom seks og syv av ti nordmenn er overvektige.⁴⁷



⁴⁶ Svarkalaen i 2004 avviker noe fra de senere kartleggingene.

⁴⁷ https://www.nrk.no/trondelag/fedmeproblem-i-norge_-70-prosent-av-folket-er-overvektige-1.14244273

Figur 4.2: Over/undervekt etter kjønn og alder. BMI, prosent, n=13.825.



Blant østfoldingene er om lag seks av ti overvektige, mens fire av ti har normalvekt. To av hundre er undervektige, mens to av ti har høy overvekt. Nivået er i så måte omlag som for landet forøvrig. Samtidig antydes det at andelen med høy overvekt er omlag dobbelt så høy som for femten år siden (10 %), og som den gang dessuten ble beskrevet som en markant økning siden 1997.

Forøvrig varierer tilstanden systematisk med alderen, og mellom kvinner og menn. BMI'en øker for begge kjønn med alderen fra de yngste til i sekstiårene, hvoretter den stabiliseres eller avtar. Stigningen er raskere og høyere blant menn enn blant kvinner, i tillegg til at nivået blant kvinnene generelt sett er lavere enn blant menn. Blant de aller yngste registrerer vi også tilfeller av undervekt – hos fem-seks av hundre.

Mens sammenhengen mellom vekt og helsetilstand er relativt klar, gjelder dette ikke i samme grad for vurderingen av livskvalitet. Blant personer med normalvekt vurderer åtte av ti (80 %) egen helse som god/svært god. Det samme gjelder for syv-åtte av ti (76 %) overvektige, syv av ti (68 %) undervektige og halvparten (50 %) av de svært overvektige. Når det gjelder livskvalitet er variasjonene mindre, der personer med overvekt og normalvekt har tilnærmet like vurderinger. I underkant av fire av ti blant normal- og overvektige vurderer livskvaliteten som høy (38 % og 39 % henholdsvis), mens det samme gjelder for hver fjerde undervektige (26 %) og tre av ti overvektige (29 %).

4.2 Rusmiddelbruk

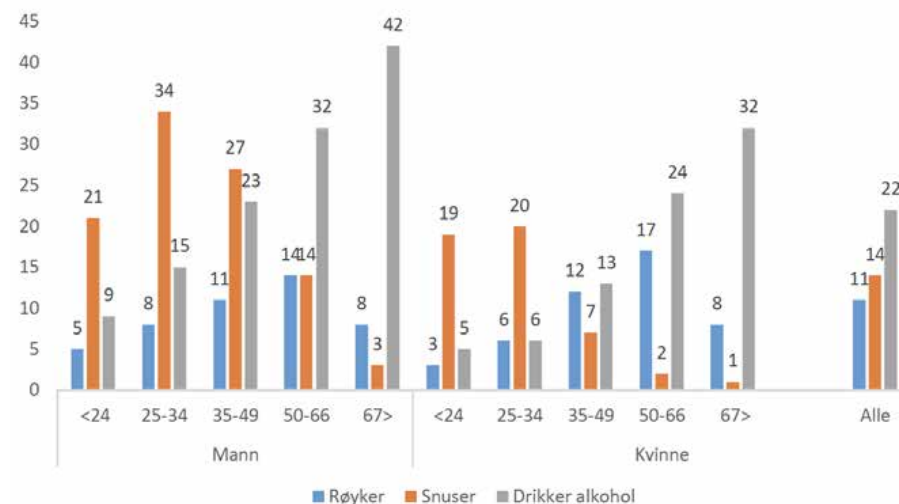
Motsatt inntak av sunn mat, i riktig mengde, kan man utsette seg for helseisiko ved bruk av rusmidler, det være seg tobakk eller alkohol.

En-to av ti bruker tobakk/alkohol

De helseskadelige effektene ved høyt inntak av rusmidler er veldokumenterte. Samtidig vil inntaket både kunne være styrt av økonomi (avgiftspålegg) og hvilke sosiale relasjoner man inngår i.

Østfoldingene er stilt de samme spørsmålene som man vanligvis benytter i helserelaterte befolkningskartlegginger, og som går på hvor ofte man røyker/snuser eller drikker alkohol. Tobakksbruk måles ved daglig bruk eller bruk av og til. Alkoholbruk registreres med høyt forbruk (4 ganger i uken eller mer) middels forbruk (2-3 ganger i uken), eller sjeldnere forbruk (2-4 ganger i måneden, månedlig eller sjeldnere). I denne omgang fokuserer vi på daglig tobakksbruk og relativt høyt alkoholinntak (2-3 ganger i uken eller oftere - figur 4.2).

Figur 4.2: Røyking (daglig), snusing (daglig) og alkoholbruk (3 ggr uken eller oftere). Prosent, n= 16.376-16.413.



En av ti (11 %) østfoldinger er daglige røykere, mens litt flere (14 %) er daglige snusbrukere. To av ti drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Samtidig er forbruksmønstrene varierende med alderen og dels med kjønn. Tobakksbruken stiger med alderen, til omlag 50-60-årene, for deretter å avta. Dette gjelder for både kvinner og menn. Snusbrukere starter i tidligere alder, når en topp rundt 30-årene, og avtar deretter. Snusbruken er mer utbredt blant menn enn blant kvinner, særlig rundt 30-årsalderen. En mulig tolkning er at snus tar over for tobakk som rusmiddel blant de yngste. Alkoholbruken stiger jevnt med alderen, fra én av ti «hyppige» brukere blant de yngste under 25 år, til tre-fire av ti blant de eldste over 67 år. Kurven for mennene er noe brattere enn for kvinnene.

Andelen daglige røykere er i så måte tilsynelatende noe lavere enn i 2011 (15 %), og betydelig lavere enn i 2004 (21 %), samtidig som andelen også tidligere har vært høyest i aldersgruppen 45-64 år. Andelen daglige snusere var imidlertid den samme i 2011 som nå (14 %), samtidig som den da var høyere blant de yngre enn blant de eldre og aller høyest blant unge menn under 29 år (27 %).⁴⁸ Utbredelsen er også den samme for alkoholbruk, i det to av ti (20 %) for åtte år siden oppgav å drikke alkohol to ganger i uken eller oftere. Også den gang var bruken stigende med alderen fra de yngste (7 %) til de eldste (24 %).

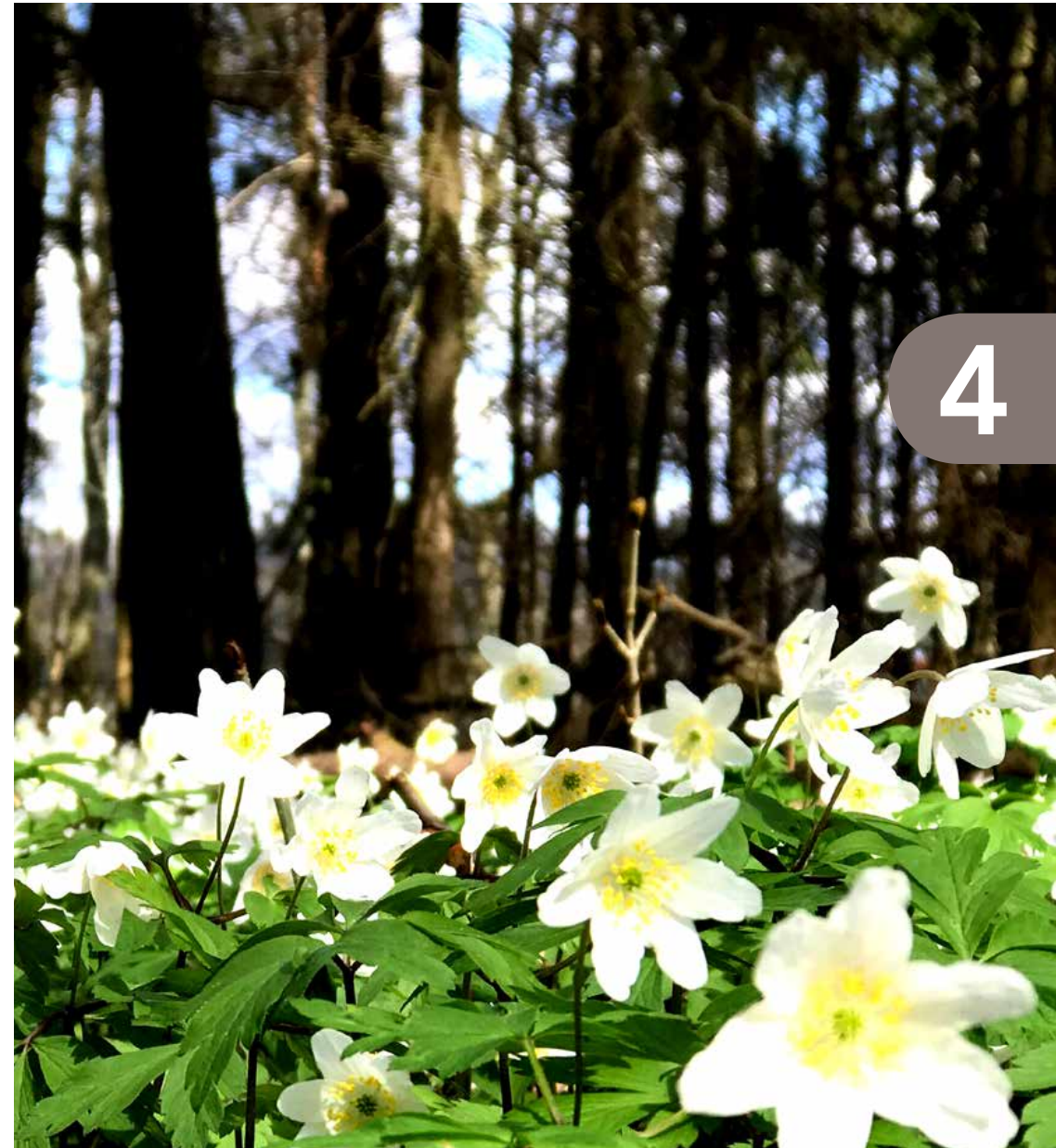
Alkoholbrukerne er videre spurt om konsumet – hvor mange enheter alkohol som vanligvis inntas når man drikker. Det typiske mønsteret er at man drikker 1-2 enheter (halvparten), eller 3-4 enheter (tre av ti). Det antydes videre at hyppig bruk ikke nødvendigvis innebærer høyt totalkonsum. Blant dem som drikker alkohol hyppigere enn to-tre ganger i uken, sier ni av ti at de vanligvis drikker fire eller færre enheter per gang. Blant de som drikker sjeldnere gjelder det samme for syv av ti. Det typiske drikkemønsteret (gjelder halvparten) er i så måte at man drikker inntil fire enheter to-fire ganger i måneden eller sjeldnere.

Endelig er alkoholbrukerne bedt om å angi hvor ofte de drikker 6 eller flere alkoholenheter ved én og samme anledning. I dette tilfellet er variasjonene ikke så store, samtidig som det antydes at stigende volum går sammen med stigende hyppighet. Blant dem som drikker månedlig eller sjeldnere sier så og si alle at de sjelden eller aldri drikker seks eller flere enheter. Blant dem som drikker fire eller flere ganger i uken, oppgir tre-fire av ti at de drikker seks eller flere enheter månedlig eller hyppigere. Og andelen som drikker seks eller flere enheter stiger naturlig nok (per definisjon) med antall enheter man drikker, når man først drikker. Det typiske mønsteret (gjelder syv av ti) er at man drikker 2-4 ganger i måneden samtidig som man sjelden eller aldri drikker seks eller flere enheter ved en og samme anledning. I 2004 oppgav i overkant av én av ti (12 %) at de drakk fire- eller flere glass alkohol ved én og samme anledning, hyppigere blant menn enn blant kvinner.

Få bruker andre rusmidler

De færreste østfoldingene bruker andre rusmidler enn alkohol og tobakk. Fem av hundre er eller har vært i befatning med cannabisstoffer. To av hundre har forsøkt det én gang, to bruker det av og til, mens én av hundre bruker det jevnlig. Prestasjonsfremmende midler brukes av enda færre – én av hundre. Det samme gjelder «andre» rusmidler.

⁴⁸ Snusbruk ble ikke kartlagt i 2004.



OSS i Østfold 2019

5

FYSISK AKTIVITET OG MESTRING



5. FYSISK AKTIVITET OG MESTRING

Vi har innledningsvis sett at om lag seks av ti i befolkningen er yrkesaktive, to av ti er pensjonister, én av ti student, mens én av ti er sykemeldt eller på syketrygd. Hovedaktiviteten vil på den ene side gjerne være viktigste kilde til livsopphold, men sier samtidig også noe om den enkeltes (mulighet for) fysiske aktivitetsutfoldelse og eventuell opplevelse av mening i hverdagen. Dette illustreres ved at særlig det å stå utenfor yrkesliv eller studieaktivitet, samtidig som man tilhører den yngre del av befolkningen, gjerne kjennetegnes av redusert livskvalitet. La oss se litt nærmere på østfoldingenes generelle fysiske aktivitetsnivå, knyttet til så vel hovedaktivitet som generell bevegelse i hverdagen, for å vurdere i hvilken grad fysisk aktivitet påvirker livskvaliteten.

5.1 Hovedaktivitet

Den enkeltes vurdering av egen helse varierer som nevnt med hovedaktiviteten. Den beste (egenvurderte) helsen har vi ovenfor funnet blant de yrkesaktive og blant elever. Her sier henholdsvis åtte- og syv av ti at helsen er god, to-tre av ti at den er svært god. Deretter følger alderspensjonister hvor andelen synker til seks av ti. Det er da særlig de som er utenfor arbeidsmarkedet eller studier som opplever skrantende helse: blant syke, arbeidsledige, o.l. sier fire av ti at helsen er dårlig, og om lag like mange at den er verken god eller dårlig. Samtidig er forskjellene større når det gjelder vurderingen av egen livskvalitet, etter hovedaktivitetene. Mens tre-fire av ti i befolkningen i utgangspunktet plasserer seg i de to øverste kategoriene på vurderingsskalaen, gjelder det samme for halvparten av pensjonistene, fire av ti yrkesaktive, to av ti studenter og en-to av ti syke/ledige. Med andre ord, det er klar sammenheng mellom opplevd livskvalitet, helse og hva man foretar seg i hverdagen.

Det kan imidlertid ligge mange beveggrunner bak dette mønsteret, ettersom sosiale forhold endres over livsløpet. Pensjonister vil kanskje være tilfredse med at den yrkesaktive delen av livet er over, og at de kan trekke seg tilbake og nyte sitt otium. Blant yrkesaktive vil en stressende arbeidsdag kunne trekke livskvaliteten ned. Det samme gjelder studenter, som i tillegg ofte har dårlig råd. Vi må se nærmere på hvilke livssituasjoner de ulike hovedaktivitetene representerer, før vi nedenfor kommer tilbake til betydningen av sosiale aktiviteter.

5.2 Fysisk aktivitet

De helsemessige gevinstene ved selv moderat fysisk aktivitet er positive. Samtidig hevdes fysisk inaktivitet å utgjøre vårt nye store helseproblem. Tre av fire barn og unge, og halvparten av den voksne befolkningen, er for lite aktive i forhold til faglige anbefalinger om daglig aktivitet. For lite aktivitet er videre, sammen med for høyt energiinntak, den viktigste årsaken til overvekt og diabetes type 2. Det vil si, nyere forskning påpeker at sammenhengen mellom overvekt og dårlig helse ikke er så entydig som man tidligere har hevdet. slanking gir ikke mindre sykkelighet og lavere

dødelighet. Om vektreduksjon oppnås på kort sikt, kommer kiloene etter hvert tilbake, og da gjerne i høyere monn enn da slanking startet.⁴⁹ Uansett er ubalanse mellom inntak og uttak av energi uheldig, enten konsekvensen er vektøkning eller vekttap. Uansett gir fysisk aktivitet viktige helsefordeler og reduserer dødelighet og sykkelighet. Samtidig viser tidligere studier også at trening og fysisk aktivitet i ungdomsårene gir psykologiske fordeler og påvirker humøret senere i livet. Effekten gjør seg med andre ord ikke bare gjeldende like etter treningsøkten, men viser at trening kan ha en langtidseffekt. Personer som har bedrevet fysisk aktivitet i ungdomsårene, er også de mest aktive som voksne, samtidig som man også sporer en positiv langtidseffekt på humøret (i motsetning til lottomillionærer, som ikke er lykkeligere et par år etter at gevinsten kom inn på konto).⁵⁰

Halvparten lite fysisk aktive

Fokus er de senere årene i stigende grad rettet mot tiden vi tilbringer i ro, særlig etter at man i 2014 innførte nasjonale anbefalinger om å redusere stillesitting.⁵¹ Det hevdes gjerne at det er typisk norsk å sitte stille. Bare én av fem i befolkningen oppfyller helsemyndighetenes anbefalinger for fysisk aktivitet, og vi er på landsbasis inaktive i omtrent ni timer per dag. Det vil si, vi tilbringer denne tiden mer eller mindre i ro, for eksempel når man leser, ser på TV eller sitter på kontoret og jobber. Slik sett stiller vi på linje også med amerikanere og andre europeere. Vi sitter i ro mer enn 60 prosent av døgnet våkne timer, tilsvarende 37 minutter av hver time. Bare 20 prosent av oss oppfyller myndighetenes anbefaling om minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet hver dag, som i sin tur beviselig halverer faren for livsstilssykdommer med hele 50 prosent.

I utgangspunktet tenker vi oss at den enkeltes hovedaktivitet i betydelig grad vil bestemme det daglige aktivitetsnivået. Yrkesaktive og studenter reiser mellom hjem og skole/arbeidssted, og har ofte en fysisk krevende arbeidsdag. Samtidig viser forskningen at vi har sluttet å bevege oss på arbeidsplassen de siste 40-50 årene. Dette kompenseres i noen grad med trening, men langt fra fullt ut. Den totale fysiske aktiviteten har falt dramatisk. Det hører også med til bildet at energiinntaket har holdt seg stabilt eller økt, slik at befolkningen i sum er blitt tyngre. Endelig understrekes det at fysisk inaktivitet er mye farligere enn det å ha noen ekstra kilo fett på kroppen. I sum: fysisk aktivitet har større betydning for folkehelsen enn vektreduksjon, samtidig som dette dels er to helt forskjellige ting. La oss se hvor aktiv østfoldbefolkningen vanligvis er, og i hvilken grad aktivitetsnivået kan føres tilbake til ulike livssituasjoner.

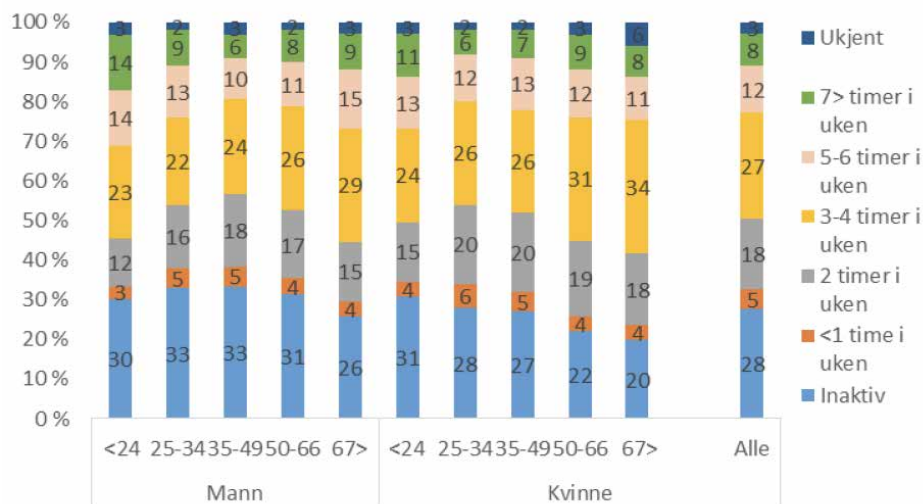
Det er allment kjent at det er utfordrende å registrere fysisk aktivitet med hjelp av spørreskjema og selvrapportering. Nøyaktig registrering krever bruk av bevegelsesmålere. Aktivitetsmåling er imidlertid svært krevende i en bredt anlagt befolkningskartlegging, så Oss i Østfold er henvist til spørreskjemaet. Problemstillingen er imidlertid rett frem: vi har bedt østfoldingen oppgi om de driver med noen form for sport, mosjon eller fysisk aktivitet, og i så fall hvor mange timer aktiviteten utøves over i en typisk uke, (figur 5.1).

⁴⁹ <https://tidsskriftet.no/2018/02/kronikk/helse-uansett-storrelse>

⁵⁰ <https://forskning.no/forebyggende-helse-menneskekroppen-ntnu/aktive-ungdommer-blir-lykkeligere-voksne/621521>

⁵¹ <https://www.helseidrettsrådet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting#tid-i-ro-%E2%80%93-stillesitting>

Figur 5.1: Fysisk aktivitet, etter kjønn og alder. Prosent, n=16.559.

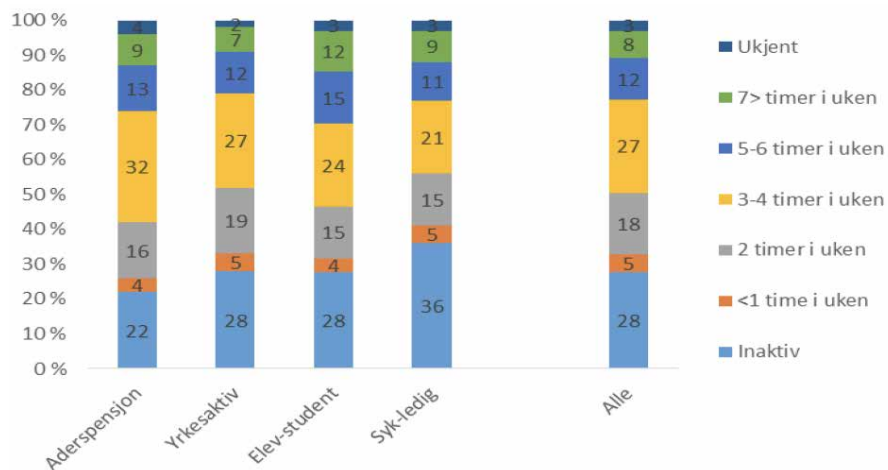


Tre av ti svarer i utgangspunktet benektende på at de driver med denne type aktiviteter. Mens vi kanskje skulle tro at de unge er mer aktive enn de eldre, antydes det at andelen «inaktive» er relativt stabil over livsløpet blant menn, og bare synker noe (10 prosentpoeng) med alderen blant kvinner. Samtidig indikeres det at andelen med høyt aktivitetsnivå reduseres med stigende alder til 30-40 års alder, hvoretter den øker noe igjen. Redusert aktivitet faller da sammen med en periode i livet der man er yrkesaktiv og der mange er travelt opptatt med familie og barn. I så fall er man ikke nødvendigvis «inaktiv», men har kanskje mindre tid til særskilt idretts- og mosjonsaktivitet.

Referansen til 2011 er i dette tilfellet ikke entydig, da man den gang kartla antall dager man var fysisk aktiv. En fjerdedel av befolkningen oppgav den gang at de var fysisk aktive minst fire dager i uken. Men også den gang var forskjellene etter alder og kjønn relativt små. Andelen som drev hard trening eller tungt kroppsarbeid, e.l. flere ganger i uken var imidlertid høyere blant menn (25 %) enn blant kvinner (15 %). I 2004 oppga én av ti (12 %) at de var fysisk aktive en time eller mindre i uken.

Andre kartlegginger, basert på både spørreskjema og objektiv aktivitetsmåling, viser at norske menn og kvinner er omtrent like fysisk aktive. I selvrapportering viser menn høyere nivå enn kvinner, men forskjellen forsvinner ved kontroll med spesifikk fysisk aktivitetsmåling. Når man tidligere har antatt at menn er mer aktive enn kvinner, kan det med andre ord skyldes unøyaktigheter i måleinstrumentene. Blant annet vises det til at bevegelsessensorer registrerer aktivitet man kanskje ikke ville tenkt på å rapportere, som for eksempel lek med barn og husarbeid. De tidligere studiene dokumenterer da også at aktivitetsnivået er ganske jevnt etter fylte 30 år. Det nivået du har da, beholder du gjerne fram til du når 65-70 år.

Figur 5.2: Fysisk aktivitet etter hovedaktivitet. Prosent, n=16.413.



Hvem er de inaktive?

Samtidig som åtte av ti i hele landets befolkning utøver mindre fysisk aktivitet enn den anbefalte normen, viser det seg altså vanskelig å identifisere hvem som beveger seg nok, og hvem som ikke gjør det. Det er i helger og ferier at de største forskjellene oppstår. Arbeidsuka virker strukturerende, og utjevner forskjellene mellom kvinner og menn. Betrakter vi utøvelsen av fysisk aktivitet etter hovedaktivitet blant østfoldingene, utdypes bildet (figur 5.2).

Andelen inaktive er lavest blant alderspensjonistene (to av ti), og stiger når vi går via yrkesaktive, til studenter og arbeidsledige/syke. For sistnevnte vil da sykdom i seg selv kunne være en begrensende faktor. Samtidig er det særlig andelen som rapporterer 3-4 timer fysisk aktivitet i uken, som skaper variasjonene, og som synker fra tre av ti (32 %) blant alderspensjonistene til to av ti (21 %) blant de ledige og syke.

Som forventet er det klar sammenheng mellom det fysiske aktivitetsnivået og vurderingen av egen helsetilstand. Blant dem som utøver 7 timer eller mer fysisk aktivitet i uken rapporterer åtte av ti egen helse som god, hvorav fire sier svært god. Blant dem som er aktive 1 time eller mindre sier seks av ti at helsen er god – to av ti at den er svært god. Blant de inaktive karakteriserer halvparten helsen som god, én av ti den som svært god.

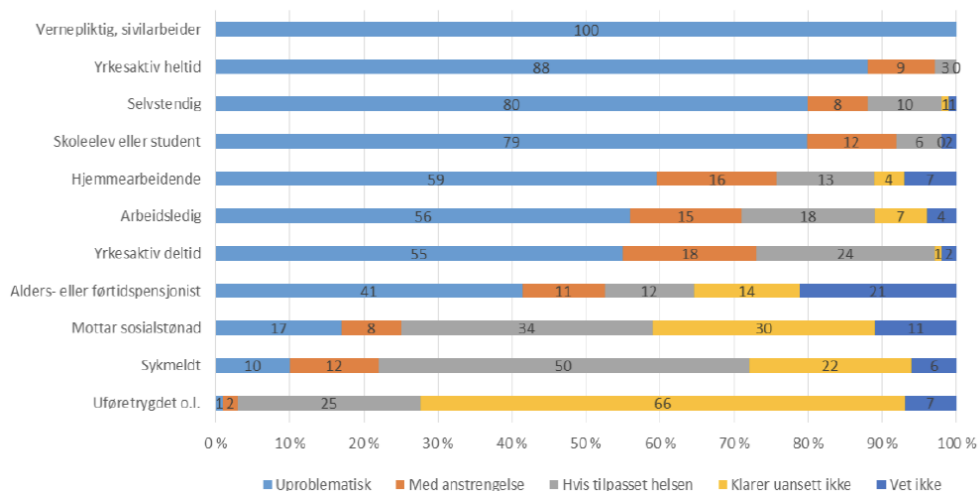
5.3 Mestring

Ut over det å være fysisk aktiv i form av sport, idrett og mosjon, vil mange oppleve hverdagen i seg selv som fysisk krevende. Ikke minst vil dette kunne gjelde om man er yrkesaktiv og har en fysisk krevende arbeidsdag.

Seks av ti i full arbeidsberedskap

Østfoldingene er bedt om å vurdere sin egen arbeidsevne, relativt til helsetilstanden. Vurderingen gjøres da av hele befolkningen, uavhengig av hovedaktivitet (figur 5.3). Flertallet (65 %) oppgir at de kan klare en vanlig jobb uten problemer. For én av ti (10 %) vil den kunne utføres henholdsvis med anstrengelse eller om helsetilstanden er aktivt hensyntatt. Én av ti vil ikke under noen omstendighet kunne klare jobben. Andelen er i så måte om lag på nivå med situasjonen i 2011, da 71 % oppga å kunne klare en vanlig jobb uten problemer.

Figur 5.3: Hvordan vurderer du arbeidsevnen din i forhold til din helsetilstand? Prosent, n=16.111.



Den allmenne betraktningen dekker da over at befolkningen faktisk befinner seg i ulike livsfaser, og dels utenfor, dels innenfor arbeidsmarkedet. Når vi vurderer arbeidsevnen på tvers av hovedaktivitetene, ser vi at åtte-ti av ti vernepliktige, heltidsansatte, studenter og selvstendige vil kunne klare jobben uten vanskeligheter. Blant hjemmearbeidende, arbeidsledige og deltidsansatte synker andelen uten problemer til om lag seks av ti. Blant disse vil omlag to av ti kunne ha utført jobben med anstrengelse eller ved særskilt tilrettelegging. Blant pensjonistene ville fire av ti ha klart jobben uten problem, mens to av ti er usikre. Endelig vil de færreste som mottar sosialstønad, er sykemeldt eller uføretrygdet, naturlig nok klare jobben uten anstrengelse: Mens tre-fem av ti blant de to førstnevnte ville kunne utført den med tilpasset aktivitet, ville seks-syv av ti uføretrygdede uansett ikke klare den. Også disse variasjonene speiler situasjonen i 2011.

I sum, og betraktet som andel av hele befolkningen, er halvparten yrkesaktiv, på heltid, deltid eller som selvstendig, og utfører jobben uten vanskeligheter. I tillegg kommer én av ti (7 %) studenter, samt om lag like mange pensjonister (6 %), som i dag ikke er fulltids yrkesaktive, men som også ville klart en vanlig jobb uten problem.

Beveger seg med letthet

Vi har til slutt stilt befolkningen overfor ulike situasjonsbeskrivelser og bedt dem vurdere hvorvidt det er enkelt eller vanskelig for dem å bevege seg i disse. De aller fleste har ingen problemer i så måte: Så godt som alle (96 %) opplever at det er enkelt å begge seg rundt i egen bolig, mens like mange (96 %) også med letthet beveger seg i nabolaget sitt. Noe færre (93 %) synes det er enkelt å komme seg til et natur- og friluftsområde.

Oss i Østfold 2019

6

NÆRMILJØ



6. NÆRMILJØ

Vi har ovenfor sett at egenvurdert livskvalitet i relativt liten grad varierer mellom fylkets regioner og kommuner. Samtidig erkjennes det at alle mennesker påvirkes, bevisst eller ubevisst, av sine fysiske omgivelser. Arealplanlegging skal i så måte sikre at det legges best mulig til rette for å oppnå kvalitativt gode bo- og nærmiljøer. Dette omfatter både funksjonelle, visuelle og kulturelle egenskaper. Det rommer sosiale miljøer samt mer målbare forhold som forurensnings- og støynivå, ulykkesrisiko samt trygghet mot vold og kriminalitet. Her har kommuner og fylker en direkte påvirkningsmulighet gjennom aktiv tilrettelegging av gode oppvekst- og bostedsmiljøer.

I dette kapitlet ser vi nærmere på ulike egenskaper ved bostedet i bred forstand, og i hvilken grad disse understøtter eller forebygger variasjoner i livskvalitet. Det gjelder fysiske egenskaper så vel som sosiale.⁵²

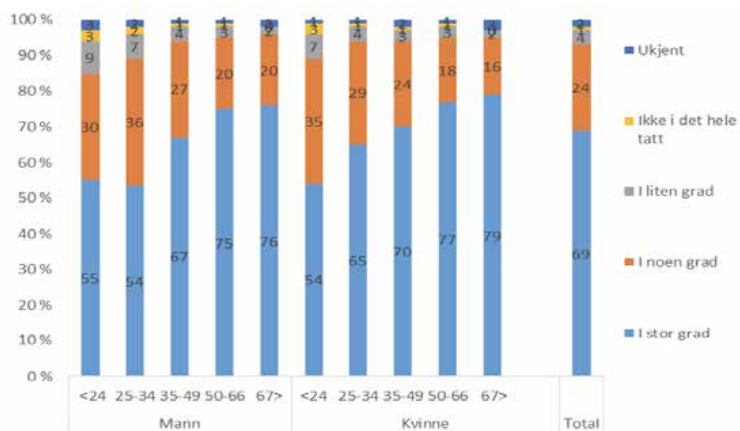
6.1 Trivsel

Det påpekes gjerne at god helse og livskvalitet innebærer mer enn sunt kosthold og trening. Vi må også ha steder å utfolde oss. Tap av grønne plasser kan tilsvarende true folkehelsen, ved å begrense de fysiske aktivitetsmulighetene. Økt tilflytting til byene gir stadig behov for nye boliger. Det blir mer folk på mindre plass, noe som ofte skjer bekostning av byparker og grøntarealer. Dette, koplet til frafall fra organisert idrett, og stadig flere unge med vektproblemer, skaper blant annet store utfordringer med å øke aktivitetsnivået til dagens tenåringer (jfr. kapittel 4.2).

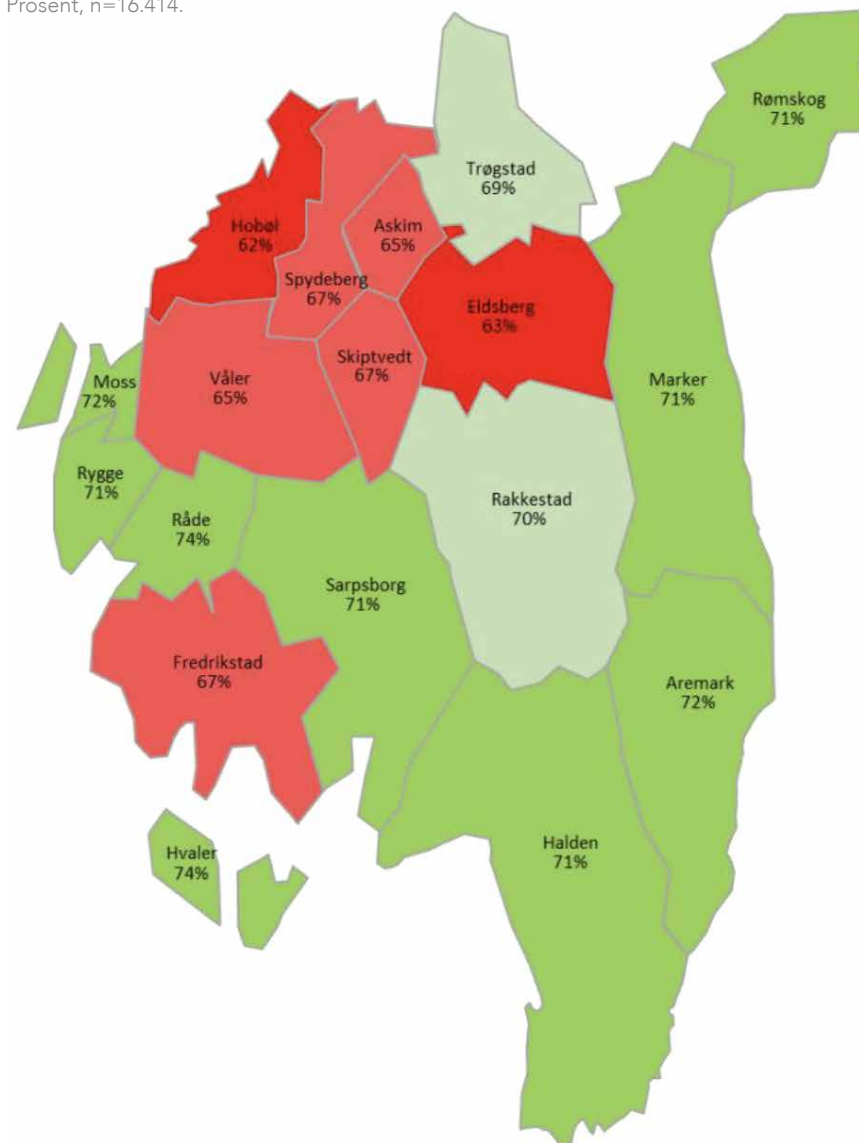
Trives i nærmiljøet

Østfoldingene er utvilsomt tilfredse med stedet der de bor, slik det fremgår av svarene på spørsmålet «I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?» (figur 6.1).

Figur 6.1: Egenvurdert trivsel i nærmiljøet etter alder og kjønn. Prosent, n=16.414.



Figur 6.2: Egenvurdert trivsel i nærmiljøet etter bosted. Andel «Trives i stor grad». Prosent, n=16.414.



De aller fleste (93 %) oppgir at de trives, syv av ti vil si i «stor» grad. Dette er også som forventet, gitt at befolkningen gjerne har mulighet for å flytte på seg om de ikke trives der de er nå. Samtidig stiger trivselen med alderen, både blant kvinner og menn. Mens dette gjelder for om lag halvparten av de yngste under 25 år, gjelder det for syv-åtte av ti blant de eldste over 67 år. Forklaringene kan da være sammensatte: enten at forankringen øker jo lenger man er bosatt på samme sted, at man etter hvert tilpasser seg omgivelsene eller at de som mistrives flytter ut, osv. Endelig merker vi oss at andelen som i liten grad trives, utgjør én av ti både blant de yngste mennene og kvinnene.

Høy trivsel på tvers av fylket

Det er nærliggende å knytte bostedsvurderingen til egenskaper ved bostedet som sådan, selv om vi har sett at opplevd livskvalitet i relativt liten grad varierer på tvers av kommunene. Disse egenskapene vil da variere for den enkelte og dermed også på tvers av lokale miljøer, eventuelt innenfor kommunene. Uansett, la oss se i hvilken grad vurderingene reflekterer variasjoner mellom kommunene, som er kartleggingens minste geografiske rapporteringsenhet (figur 6.2).

Kartet viser andelen som trives i stor grad, og som for hele fylket da utgjør syv av ti. Andelen varierer fra lavest i Hobøl (62 %), Eidsberg (63 %) samt Våler og Askim (begge 65 %). De høyeste andelenene finner vi i Hvaler og Råde (begge 74 %), samt i Aremark og Moss (begge 72%). Med så vidt små variasjoner mellom kommunene er variasjonen på tvers av regionene tilsvarende små når vi går fra det relativt sett laveste nivået i Øst (68 %) via Vest (69 %) og Nord (70 %) til Syd (72 %).

Og når trivselsvariasjonene vurderes etter andre sosiale og demografiske kjennetegn, bekreftes det igjen at alder er utslagsgivende i vurderingen (tabell 6.1). Høy trivsel er utbredt blant alderspensjonister og personer fra 50 år og eldre, men i mindre grad blant de yngste under 34 år.

Andre egenskaper som faller sammen med høy trivsel, og som dels speiler aldersvariasjonene, er høy inntekt, høyt utdanningsnivå, samt det å være gift/samboende. Tilsvarende assosieres lav trivsel med studiesituasjon, sykdom og alene tilværelse. I så måte er det åpenbart at trivsel med bostedet også knyttets til tilfredsheten med livet i sin alminnelighet. Blant de mest mistilfredse med livet, oppgir halvparten at de mistrives i nærmiljøet. Blant de mest tilfredse gjelder dette for åtte av hundre (ikke vist).

Tabell 6.1: Trivsel i eget nærmiljø etter bakgrunnskjennetegn. Prosent.

Bakgrunn		I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Ukjent	Sum	n
Hovedaktivitet	Aderspensjon	79	18	2	0	1	100	3395
Alder	67>	78	19	3	1	1	102	3621
Husst.inntekt	750.000>	78	19	2	1	1	101	6476
Sivilstand	Gift-partner	77	19	3	1	1	101	8153
Alder	50-66	76	19	3	1	1	100	4893
Utdanning	Universitet-høy	74	21	3	1	1	100	3569
Husst.inntekt	550-749.000	73	24	2	0	1	100	2731
Utdanning	Universitet-lav	72	23	3	1	1	100	3989
Hovedaktivitet	Yrkesaktiv	72	23	3	1	1	100	9044
Kjønn	Kvinne	71	23	3	1	2	100	9415
Region	Syd	71	23	3	1	2	100	2281
Husst.inntekt	450-549.000	70	24	3	1	2	100	1681
Alder	35-49	69	25	4	1	2	101	3765
Region	Nord	69	25	3	1	2	100	6747
Region	Vest	69	24	5	2	2	102	5599
Total		69	24	4	1	1	99	16559
Sivilstand	Sambo-kjærest	68	26	4	1	1	100	4325
Utdanning	Videregående	68	25	4	1	1	99	6160
Kjønn	Mann	67	25	5	1	2	100	7144
Region	Øst	67	25	5	2	2	101	1932
Husst.inntekt	350-449.000	64	26	7	1	2	100	1492
Utdanning	Grunnskole	63	27	6	2	3	101	2218
Husst.inntekt	Ukjent	61	28	5	3	3	100	1811
Alder	25-34	59	33	5	2	2	101	2586
Sivilstand	Alene	57	31	7	3	2	100	3567
Hovedaktivitet	Syk-ledig	55	32	8	3	2	100	2259
Hovedaktivitet	Elev-student	55	33	8	2	2	100	1295
Alder	<24	54	32	8	3	2	99	1694
Husst.inntekt	< 349.000	51	34	10	3	2	100	2208

6.2 Fysisk miljø

Vurderingen av trivsel i nærområdet er basert på subjektiv vurdering. Det er da av betydning hvilke egenskaper innbyggerne selv legger til grunn i vurderingen, og som i og for seg ikke nødvendigvis trenger å overensstemme med «objektivt sett» gode livsbetingelser i et folkehelseperspektiv.

Tilgang på parker og grøntarealer trekkes gjerne frem som vesentlig betingelse for fysisk aktivitet, og dermed implisitt for livskvalitet, direkte og indirekte.⁵³ Andre vil fremheve urbane karaktertrekk som tilgang på butikker. Motsatt vil gjerne stigende urbanisering medføre ulemper som støy og forurensning. Hvilke egenskaper ved bostedet er utslagsgivende i vurderingen, slik befolkningen selv vurderer det, og i hvilken grad møtes forventningene?

Prioriterer ro og tilgang på natur

Før vi ser nærmere på denne problemstillingen, la oss se litt nærmere på hvilke egenskaper som oppleves som de viktigste for at man skal trives i nærmiljøet, slik østfoldingene selv ser det. De er forelagt en liste med elleve kjennetegn, samt en uspesifisert restkategori for «andre forhold», og bedt om å vurdere hvilke av disse de oppfatter som de viktigste for å trives i nærmiljøet. Det var mulig å oppgi inntil fire egenskaper (tabell 6.2).

Befolkningen har i utgangspunktet flere prioriteringer, der man i snitt oppgir 3,6 av de tolv egenskapene. Hyppigst prioriteres tilgangen på natur- og friluftsområder, som fremheves av syv blant ti. Deretter følger det å kunne være i fred (fem av ti), tilgang på butikker og spisesteder (fire av ti), samt kjennskap til naboer og tilgang på kommunale tjenester (begge tre-fire av ti). Nederst på listen finner vi tilgang på felles møteplasser og parkeringsmuligheter (færre enn én av ti) og kulturaktivitet (to av ti).

Behovene varierer noe mellom kvinner og menn, og mellom gamle og unge, relativt til hele befolkningen:

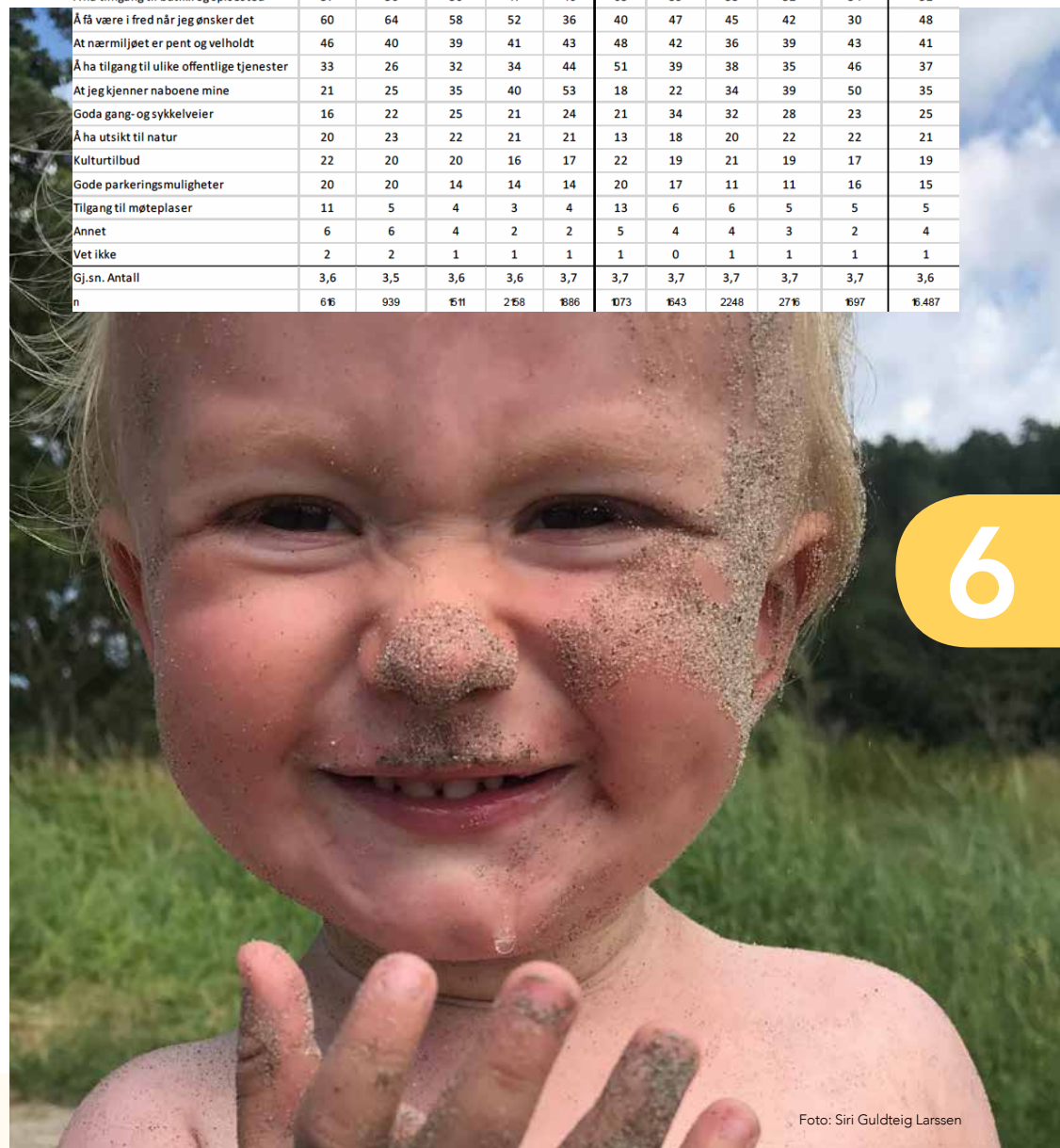
- Yngre menn vektlegger i noe mindre grad tilgang på naturområder samt å kjenne naboer, mens de i noe større utstrekning prioriterer det å kunne være i fred.
- De eldste mennene ønsker kjennskap til naboer og vektlegger i mindre utstrekning det å få være i fred.
- Unge kvinner vektlegger, som de unge mennene, i mindre grad tilgang på natur, men ønsker i større grad tilgang til butikker og spisesteder og offentlige tjenester.
- De eldste kvinnene over 67 deler mennenes prioriteringer.
- Tilgang til møteplasser vektlegges i større grad av de yngste, samtidig som denne egenskapen faller nederst på prioriteringslisten samlet sett.

I sum antydes det en polarisering mellom de yngste og de eldste, der førstnevnte i mindre grad vektlegger naturtilgang og naborelasjoner, mens de i noe større utstrekning ønsker å være i fred. I så fall vil preferansene dels kunne være de motsatte av hva man vanligvis betrakter som positive egenskaper ved nærmiljøet, slik som «utvidede nettverk» (jfr. kapittel 6.3).

Det er for øvrig stort sett de samme egenskapene som prioriteres på tvers av fylkets regioner (ikke vist).

Tabell 6.2: Viktigste egenskaper for opplevd trivsel i nærmiljøet etter alder og kjønn. Prosent.

	Mann					Kvinne					Alle
	<24	25-34	35-49	50-66	67>	<24	25-34	35-49	50-66	67>	
Å ha tilgang til natur- og friluftsområder	44	49	59	64	62	48	61	64	70	59	60
Å ha tilgang til butikk og spisested	57	50	50	47	46	65	59	53	52	54	52
Å få være i fred når jeg ønsker det	60	64	58	52	36	40	47	45	42	30	48
At nærmiljøet er pent og velholdt	46	40	39	41	43	48	42	36	39	43	41
Å ha tilgang til ulike offentlige tjenester	33	26	32	34	44	51	39	38	35	46	37
At jeg kjenner naboene mine	21	25	35	40	53	18	22	34	39	50	35
Gode gang- og sykkelveier	16	22	25	21	24	21	34	32	28	23	25
Å ha utsikt til natur	20	23	22	21	21	13	18	20	22	22	21
Kulturtilbud	22	20	20	16	17	22	19	21	19	17	19
Gode parkeringsmuligheter	20	20	14	14	14	20	17	11	11	16	15
Tilgang til møteplasser	11	5	4	3	4	13	6	6	5	5	5
Annet	6	6	4	2	2	5	4	4	3	2	4
Vet ikke	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Gj.sn. Antall	3,6	3,5	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,6
n	616	939	611	258	886	1073	1643	2248	2716	1697	16487



6

Behovene imøtekommes

Når vi ovenfor har sett at tilgang til natur- og friluftsområder, samt det å kunne være i ro og fred, vurderes på topp blant innbyggernes ønsker for nærmiljøet. I hvilken grad spiller befolkningens ønsker de faktiske vurderingene av hvordan miljøet oppleves? Innbyggerne er igjen anmodet om å tenke på bostedet og nærområdet sitt, og å vurdere et sett av kriterier som henholdsvis gode eller dårlige. Vurderingskriteriene er færre og ikke eksakt de samme som for behovsvurderingen, men gir likevel en indikasjon på hvorvidt behovene imøtekommes. (tabell 6.3).

Tabell 6.3: Når du tenker på bostedet og ditt nærområde, hva vil du si er bra eller dårlig? Prosent, n=7 736.

	Mann					Kvinne					Alle
	<24	25-34	35-49	50-66	67>	<24	25-34	35-49	50-66	67>	
Rolig og trygt	90	89	93	95	96	89	93	94	95	94	93
Tilgjengeligheten av grøntarealer	75	81	91	94	93	72	82	90	93	93	88
Luftkvalitet	86	85	86	89	90	80	83	81	84	86	85
Tilgjengelighet og utvalg av butikker	80	80	84	85	85	81	83	83	83	85	83
Mulighetene for fritidsaktiviteter	74	72	84	89	87	66	67	82	87	84	81
Forstyrrende støy	58	58	72	75	77	47	57	66	72	75	68
Tilgang på underh. og kulturtilbud	64	57	65	68	66	66	66	70	71	70	67
Muligheten for å treffe folk	45	38	47	6+	65	40	39	48	58	66	52
Kollektivtransporttilbudet	41	34	40	49	51	38	36	42	48	53	44
Skolen som aktuell møteplass, etter skole	34	23	30	24	21	35	25	33	23	16	26
Gj.sn. Tilfredshet (ex.skole)	68	66	74	72	79	64	67	73	77	78	73
n	611	935	1006	2167	1887	1066	1137	2241	2716	1895	16.449

De fleste forholdene vurderes som bra av halvparten eller flere innbyggere. Beste scorer knyttes til ro og trygghet (93 % vurderer disse forholdene som bra), sammen med tilgang på grøntarealer (88 %) og luftkvalitet (85 %). Nederst på rangeringslisten finner vi kollektivtransporttilbudet (44 %), muligheten for å treffe folk (52 %) samt tilgang på underholdnings- og kulturtilbud (67 %). Vurderingen av skolen som møteplass etter skoletid faller nederst på listen – hovedsakelig fordi mange ikke kan vurdere dette forholdet (Seks av ti svarer Vet ikke – fire av ti blant dem under 25 år).

Vurderingene deles stort sett på tvers av befolkningen. Tilfredsheten med kollektivtilbudet stiger noe med alderen, særlig blant kvinnene. Muligheten for å treffe andre vurderes bedre av de eldre enn av de yngre. Og de unge plages i større grad av støy enn de eldre samtidig som færre ser gode muligheter for fritidsaktiviteter. Ellers er vurderingene ganske like mellom kvinner og menn og etter alder.

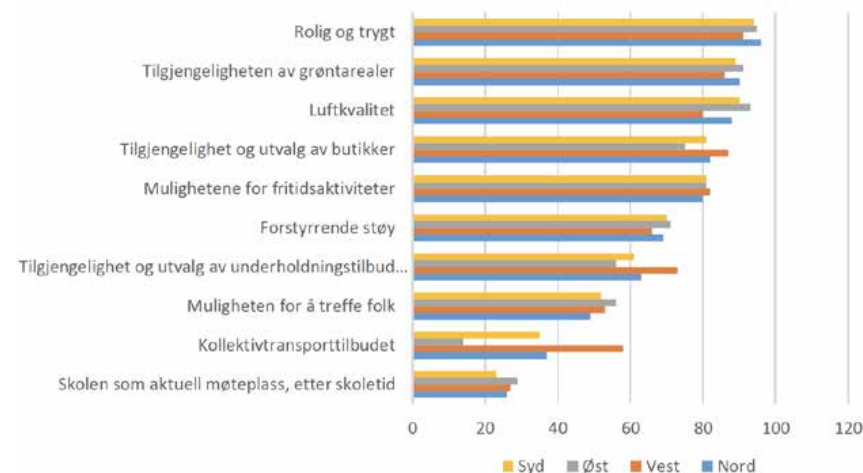
Vurderingene av nærmiljøet er ganske stabile, med noen unntak. Andelen som mener mulighetene for fritidsaktiviteter er gode (81 %) er forøvrig omlag på nivå med situasjonen både i 2011 (77 %) og i 2004 (82 %). Vurderingen av kollektivtilbudet er den samme nå som

i 2011 (44 % vurderer situasjonen som god begge år), men lavere enn i 2004 (57 %). Ni av ti vurderte i 2004 og 2011 (94 % og 92 % henholdsvis) eget bosted og nærmiljø som rolig og trygt – samme andel som nå (93 %). Muligheten for å treffe andre mennesker vurderes som god av noe færre nå (52 %) enn i 2004 og i 2011 (65 % begge år). Endelig meldte omlag hver fjerde østfolding i 2004 å være utsatt for støyforurensning (26 %, mens noe færre (22 %) var belastet med dårlig luftkvalitet, mens 68 % og 85 % henholdsvis nå vurderer disse forholdene som gode.

Mens vi i utgangspunktet knytter nærmiljøets kvaliteter til geografisk bosted, er likheten i vurderingene på tvers av de fire regionene også mer slående enn forskjellene (figur 6.3).

Figur 6.3: Hva er viktig for at du skal trives i nærmiljøet ditt?

Prosent, n=16.449.



Det er stort sett de samme egenskapene som opptrer øverst og nederst på listen i hver region. Et unntak er vurderingen av kollektivtransporttilbudet, som vurderes som dårlig av de fleste i øst, og som bra blant seks av ti innbyggerne i vest (kollektivtilbudet inngår ikke i prioriteringslisten).

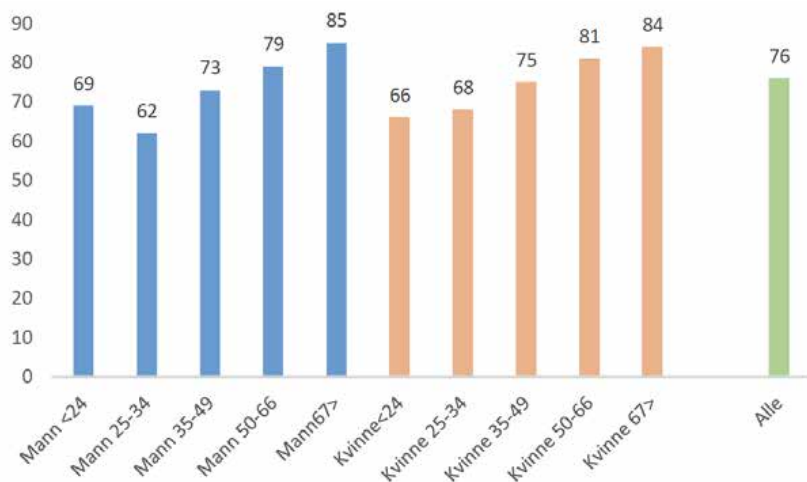
Endelig melder spørsmålet seg om opplevelsen av bosted for den enkelte knyttes til opplevd livskvalitet. Sammenhengen er der, selv om den ikke er entydig. Avviket mellom dem med lavest og høyest livskvalitet utgjør omlag ti prosentpoeng for alle de ti egenskapene. Minst avvik finner vi når det gjelder kollektivtransporttilbudet der fire av ti med lavest selvopplevd livskvalitet vurderer forholdene som bra, mot halvparten (49 %) blant dem med høy livskvalitet. Størst avvik finner vi for vurderingen av muligheter for å treffe folk (i møter, foreninger, o.l.), og som utgjør 24 prosentpoeng.

Endelig merker vi oss at de fleste opplever luftkvaliteten som bra, mens seks av ti sier det samme for støyforholdene. Det antydes i så måte at andelen støyplagede i Østfold ligger omlag på landsgjennomsnittet, der eksempelvis om lag 35 % utsettes for vegtrafikkstøy, som er den hyppigst forekommende miljøplagen.⁵⁴ Luftkvaliteten vurderes for øvrig på samme nivå nå som i 2011, da den ble vurdert som dårlig blant én av ti (11 %).

6.3 Sosialt miljø

Nærmiljøet kjennetegnes ikke bare ved teknisk infrastruktur og fysisk tilrettelegging. Like viktig for livskvaliteten vil for mange være opplevelsen av trygghet, åpenhet og sosial inkludering.

Figur 6.4: I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor? Andel score 6-10 på skala 0 (Ikke i det hele tatt) -10 (Sterk grad). Prosent, n=16.415.



Utstrakt tilhørighet

Vi har ovenfor sett at tilgangen på møteplasser er blant de lavest prioriterte kjennetegnene ved bostedet, samtidig som den faktiske muligheten for å treffe folk vurderes som god i halvparten av befolkningen. I hvilken grad opplever befolkningen tilhørighet til bostedet sitt (figur 6.4)?

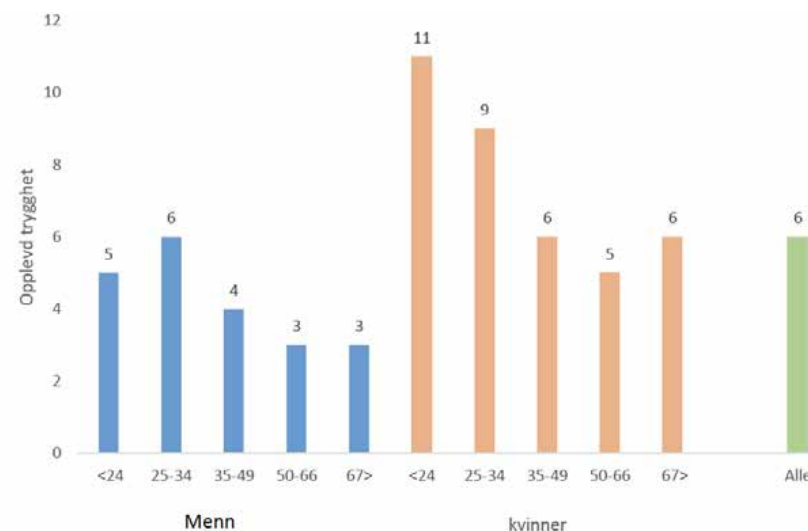
Igen er vurderingene foretatt langs en tipunktskala, der ytterverdiene utgjør 0 (føler ikke tilhørighet i det hele tatt) til 10 (føler sterk grad av tilhørighet). De fleste (76 %) opplever høy grad av tilhørighet, tilsvarende score 6-10 på skalaen. Samtidig varierer opplevelsen på tvers av befolkningen. Lavest grad av tilhørighet finner vi blant de yngste under 34 år (seks-syv av ti) hvorefter den stiger med alderen til de eldste (åtte-ni av ti). Variasjonene kan, som vi har sett ovenfor for vurderingen av tilfredsheten med bostedet, knyttes til både tilvenning og fraflytting.

Også denne vurderingen speiler situasjonen i 2011, da tre fjerdedeler av befolkningen (77 %) oppgav at de følte seg tilknyttet til eget nærrområde, stigende med alderen fra de yngste (70 %) til de eldste (79 %).

Trygge i nærmiljøet

Endelig er befolkningen bedt om å vurdere egen trygghet ved å ferdes ute i nærmiljøet. Vurderingen baseres på spørsmålet «Alt i alt, hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet ditt?» (figur 6.5).

Figur 6.5: Opplevd trygghet i nærmiljøet etter kjønn og alder. Andel utrygg (score 0-5 på 10-punktskala). Prosent, n=16.397.



⁵⁴ <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/artikler-og-publikasjoner/flere-nordmenn-utsatt-for-stoy>

De aller fleste føler seg trygge når de ferdes ute i nærmiljøet: Ni av ti (94 %) vurderer tryggheten til score 6-10 på vurderingsskalaen, varierende fra 0-ikke trygg i det hele tatt, til 10-i svært stor grad. De fleste opplever dessuten svært utstrakt grad av trygghet (syv av ti markerer score 9-10 på skalaen, der fem gir toppscore 10). Menn rapporterer i litt større utstrekning trygghet enn kvinner (seks av ti gir toppscore 10 mot halvparten av kvinnene). Motpolene er særlig de yngste kvinnene, der én av ti opplever utrygghet og de eldste mennene over 67 år der 97 % føler høy grad av trygghet.

6.4 Arbeidsmiljø

Ut over sosial omgang med venner og i nærmiljøet, vil arbeidsplassen for mange være en viktig arena for sosial utveksling og prøving av egne ferdigheter. Det å være yrkesaktiv eller i studiesituasjon innebærer at man er i kontakt med andre mennesker, samtidig som fravær fra skole og arbeidsliv kan virke begrensende på den sosiale omgangens hyppighet. Videre vil arbeidssituasjonen i seg selv kunne virke på opplevelsen av livskvalitet, på godt og vondt. Eksempelvis refereres det til at arbeidsmiljøet vil kunne innebære eksponering for støv, forurensning, dårlige lysforhold, farlige maskiner, kjemiske stoffer, tunge løft, ensidige bevegelser o.l. som kan være fysisk skadelige for helsen. Psykososiale forhold som samhold og trivsel, samt innflytelse over egen arbeidssituasjon, har derimot stor positiv betydning for helse og velvære.⁵⁵ Det samme vil kunne gjelde arbeidets eventuelle innslag av fysisk aktivitet, med mindre det innebærer overbelastning.

Mange har fysisk arbeidsbelastning

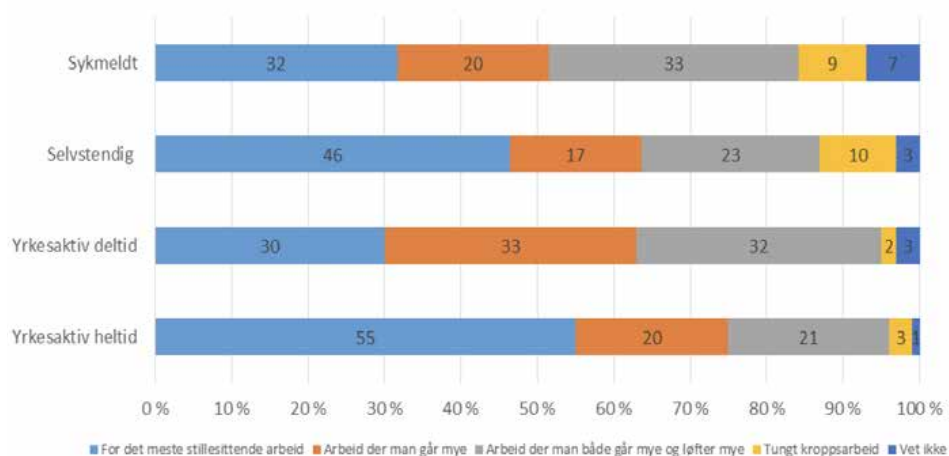
Ut over evnen til arbeidsmestring er man i et folkehelseperspektiv gjerne opptatt av arbeidets ergonomi, blant de yrkesaktive. Her kan både stillesitting og hard yrkesbelastning utgjøre helseisiko, samtidig som fysiske belastninger bidrar til å holde det fysiske aktivitetsnivået oppe. Vi har bedt de yrkesaktive karakterisere arbeidet sitt (figur 6.6).

Betrakter vi først de heltidsansatte, som utgjør den største adelen av de yrkesaktive, ser vi at fem-seks av ti har stillesittende arbeid. Videre har omlag like mange arbeid med mye gåing som arbeid med både gåing og løfting (begge to av ti). En håndfull (tre av hundre) har tungt kroppsarbeid. Situasjonen blant de selvstendige likner situasjonen for de heltidsansatte, samtidig som noe flere (en av ti) har tungt kroppsarbeid. Blant de deltidsansatte oppgir seks av ti at jobben innebærer mye gåing og løfting, med om lag like store andeler på hver type belastning. De sykemeldte utgjør en mellomting av de øvrige.

Igen, og betraktet som andel av hele arbeidsstyrken, er det de stillesittende heltidsansatte som dominerer (44 %), etterfulgt av heltidsansatte som enten går mye (16 %) eller både går- og løfter mye (17 %). Det antydes forøvrig at andelen med tungt kroppsarbeid er noe lavere nå enn i 2011, da tre av ti (28 %) oppgav slikt arbeid.

Endelig vil det også være sammenheng mellom det å drive fysisk aktivitet og fysisk belastning i arbeidslivet, om enn ikke entydig. Riktignok øker andelen fysisk inaktive når vi går fra personer med stillesittende arbeid (24 %) via personer med mye gåing i jobben (27 %) eller både gåing og løfting (34 %) til dem med tungt kroppsarbeid (40 %). Andelen med høyt fysisk aktivitetsnivå (5 timer eller mer per uke) utgjør omlag to av ti, uavhengig av arbeidsbelastning.

Figur 6.6: Yrkesaktive/sykemeldte: Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt? Prosent, n=9.350.



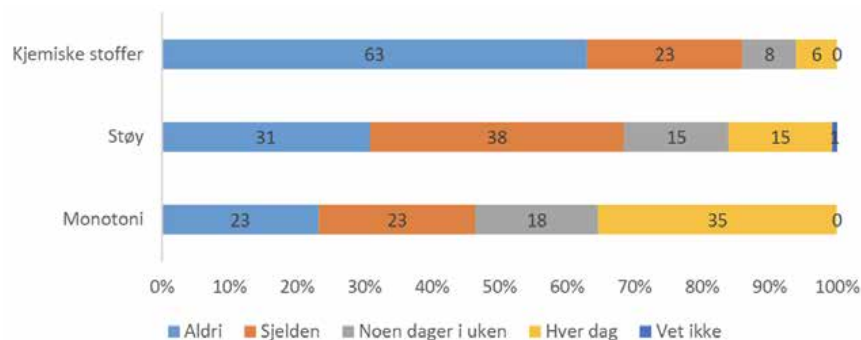
⁵⁵ <https://stami.no/sammenheng-mellom-ressurser-ansattes-velvaere-og-prestasjon-i-norden/>

Utbredte arbeidsmonotoni

Ut over arbeidets fysiske karakter, vil det kunne medføre belastninger når det gjelder støy og berøring med farlige stoffer, eller generell arbeidsmonotoni (figur 6.7). Endringer i arbeidsmarkedet i historisk perspektiv medfører også endringer når det gjelder hvilke arbeidsbelastninger man utsettes for. Typisk er berøring med kjemiske stoffer de minst forekommende i dagens arbeidsliv, og angår tre-fire av ti, hvorav for halvparten «sjelden». Støy er imidlertid mer utbredt, og generer syv av ti. Fire av disse sier også «sjelden», mens én-to av ti opplever daglig støybelastning. Endelig har åtte av ti monotont og/eller stillesittende arbeid, som vil være typisk om man sitter ved en datamaskin eller liknende. For fire av ti er monotoni den daglige hverdagen. Variasjonene etter type arbeid er imidlertid små: unntak er eventuelt at fire av ti heltidsansatte daglig har monotont arbeid, mens det samme gjelder for tre av ti selvstendige og to av ti deltidsansatte (ikke vist).

De samme vurderingene ble også gjort i 2011, der tre av ti (27 %) oppgav å ha daglig monotont/ensidig eller stillesittende arbeid, og i 2004 da dette gjaldt hver fjerde yrkesaktiv (25 %). Arbeidsmonotoni er i så fall økende blant de yrkesaktive (35 % nå). Samtidig oppgav i underkant av én av ti (6 %) i 2004 daglig utsatthet for kjemiske stoffer, mens to av ti (19 %) var utsatt for støy. Disse sistnevnte belastningene er i så fall stabile.

Figur 6.7: Yrkesaktive/sykemeldte: Hvor sjelden eller ofte kommer følgende forhold i arbeidet ditt? Prosent, n=8.904-9.331.

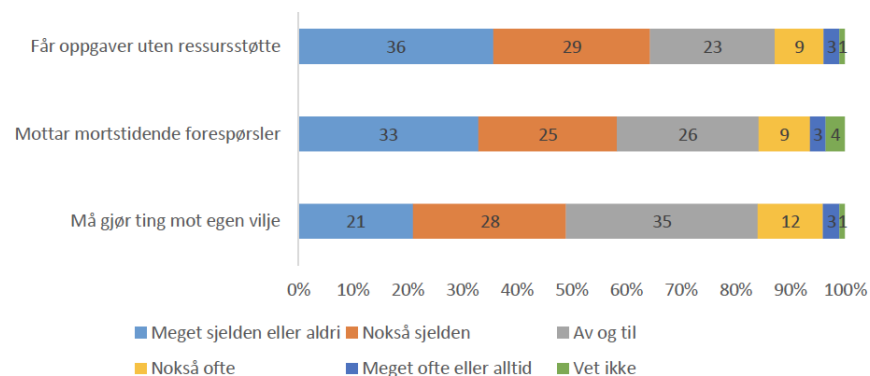


Stress i tidlig yrkesfase

Ut over fysiske belastninger i arbeidssituasjonen, vil man kunne oppleve psykiske stresssituasjoner i form av krysspress, overstyring eller manglende støtte i arbeidsutførelsen. Vi har bedt de yrkesaktive ta stilling til tre utsagn som karakteriserer arbeidsdagen; Hvorvidt man mottar motstridende forespørsler fra to- eller flere kolleger, om man tvinges til å utføre oppgaver man selv mener burde vært løst annerledes eller hvorvidt man tildeles oppgaver uten å ha tilstrekkelige ressurser til å løse dem (figur 6.8).

Disse forholdene er relativt sjelden forekommende. Én av ti opplever dem nokså eller meget ofte, uansett hvilket forhold det gjelder. Samtidig sier to-fire av ti at de forekommer av og til, der særlig det å utføre oppgaver man selv mener burde vært utført annerledes, er de hyppigste. Tre-fire av ti opplever aldri å bli tildelt oppgaver uten tilstrekkelige ressurser, eller mottar motstridende forespørsler henholdsvis, To av ti opplever aldri å måtte utføre oppgaver annerledes enn de selv mener de burde vært utført.

Figur 6.8: Yrkesaktive/sykemeldte: Hvor sjelden eller ofte skjer følgende i arbeidssituasjonen din? Prosent, n=9.184-9.306.

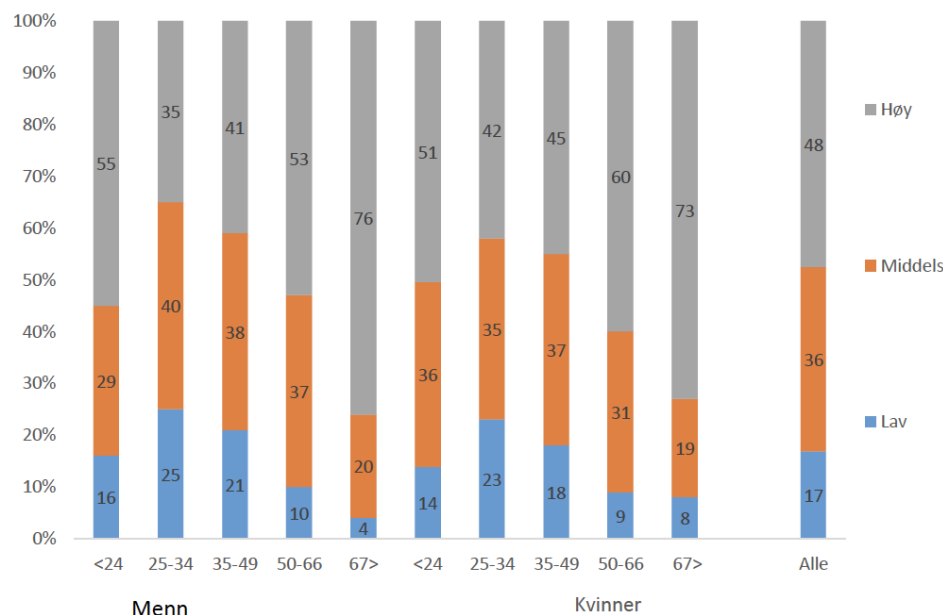


Dersom vi setter de tre indikatorene sammen, får vi et bredere uttrykk for den enkeltes mestring i arbeidshverdagen. Indeksen er konstruert ved å addere de tre stressfaktorene og dividere med tre, og vil da variere fra 1 (Hyppigst stress) til 5 (Sjelden stress). Videre er den inndelt i tre kategorier for lav (score 1-2,9), middels (score 3,0-3,9) og høy (score 4-5) mestring (figur 6.9).

Nivåinndelingen vil da kunne være litt tilfeldig. Gitt denne definisjonen har halvparten av de yrkesaktive høy grad av mestring i arbeidssituasjonen, fire av ti middels- og to av ti lav mestring. Det mest interessante i så måte er i hvilken grad ulike mestrings situasjoner relativt sett slår ut på tvers av de yrkesaktive, og hvordan det påvirker allmenn arbeidstilfredshet. Eksempelvis ser vi at belastningen er høyest i den tidlige yrkesaktive karrieren fra fylte 25 år, hvoretter mestringsgraden stiger med stigende alder. Mønsteret er det samme for kvinner og menn.

I 2011 oppgav tre av ti (32 %) at de ikke hadde nok tid til arbeidsoppgavene sine, og særlig i alderen 20-64 år. Vurderingskriteriet er da ikke helt det samme som nå, men bekrefter at stressrelaterte situasjoner gjerne forekommer i midtlivs-fasen. Motsatt gjelder vurderingen

Figur 6.9: Mestring i arbeidshverdagen (Indeks) etter alder og kjønn. Prosent, n=9.184.



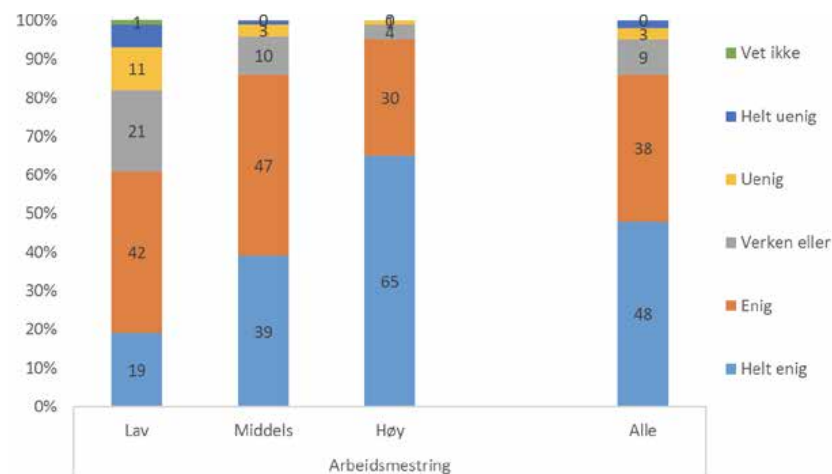
av hvilken innflytelse man har på utførelsen av egne oppgaver, der syv av ti (74 %) i 2011 oppgav å ha stor innflytelse, og hvor andelen var høyest i de samme aldersgruppene.

Trives i jobben

Endelig reises spørsmålet hvordan arbeidssituasjonen slår ut i allmenn trivsel i jobben. Vi har bedt de yrkesaktive ta stilling til utsagnet «Alt i alt er jeg fornøyd med jobben min» (figur 6.10).

Jobbtrivselen er utbredt. Åtte av ti oppgir at de trives i jobben, der halvparten er helt enige i utsagnet vårt. Tre av hundre er uenige. Samtidig knyttes vurderingen klart til opplevelsen av arbeidsmestring, slik vi har definert det her. Blant yrkesaktive som i stor grad utsettes for «psykiske» belastninger sier seks av ti at de trives. Blant personer med lite stress er den tilsvarende andelen ni av ti. Totalt sett, som andel av alle de yrkesaktive, betyr dette at nesten halvparten (45 %) samtidig trives i jobben og har høy grad av mestring, mens tre av ti (34 %) trives selv med middels mestring. Hovedtendensen, at de aller fleste er fornøyd med arbeidssituasjonen sin, spiller forøvrig situasjonen de siste 15 årene.

Figur 6.10: Mestring i arbeidshverdagen (Indeks) og jobbtrivsel. Prosent, n=9.184.



Oss i Østfold 2019



7
NETTVERK

7. NETTVERK

Ut over de individuelle egenskapene og bostedskjennetegn, plasserer kartleggingen innbyggeren i sentrum. Sentrale kjennetegn ved høy grad av livskvalitet, som trivsel, deltakelse, sosial støtte og inkludering, tar utgangspunkt i innbyggernes sosiale nettverk. Mange undersøkelser viser til det sosiale nettverkets betydning for helse og livskvalitet, der forskningen kort kan oppsummeres som følger:⁵⁶

- Sykdom fører til færre sosiale kontakter.
- Det sosiale nettverket påvirker helsen ved å innvirke på individets livsstil og livskvalitet.
- Nettverk virker som buffer mot negative følger av stress.
- Nettverk kan ha direkte innflytelse på individets helsetilstand.

Tilsvarende peker tidligere studier på at selv varig sykdom eller lidelse ikke er ensbetydende med at man ikke pleier omgang med venner og familie. Når personer med nedsatt fysiske helse eller følelsesmessige utfordringer bes om å ta stilling til hvilken betydning helsen har hatt for deres vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger, svarer nær syv av ti at helsetilstanden ikke har hatt innvirkninger i det hele tatt. Sykdom medfører med andre ord ikke nødvendigvis, og i seg selv, sosial isolasjon.

Tilgang på nære nettverk er heller ikke ensbetydende med høy livskvalitet. Eksempelvis er nyere forskning blant nybakte mødre og fedre tvetydig, og viser at livet ikke alltid blir bedre med avkom. Foreldre med barn er like lykkelige som, eller lykkeligere, enn par uten barn. Teorien er da at barn påfører betydelige ekstra bekymringer for hvorvidt avkommet er trygt, vil få en god oppvekst, kan holdes unna stoffmisbruk, etc. Like fullt svarer foreldrene jevnt over at de er både lykkeligere, mer fornøyde og har sterkere opplevelse av mening i livet, enn de barnløse. Tilsvarende rangeres barnrelaterte aktiviteter som mer tilfredsstillende enn voksent tidsforbriv. Men igjen ikke uten forbehold, da småbarnsperioden for mange vil være særlig utfordrende. Mens foreldre i alderen 26 år og oppover regner seg selv som lykkelige, scorer barnløse i alderen 17-25 år høyest på lykkeskalaen.⁵⁷

7.1 Sosialt nettverk

Nettverksanalyse skiller gjerne mellom fire nærhetsgrader, i form av konsentriske sirkler rundt den enkelte innbyggeren.⁵⁸ Den enkelte omgir seg i så måte med fire ulike typer nettverk:

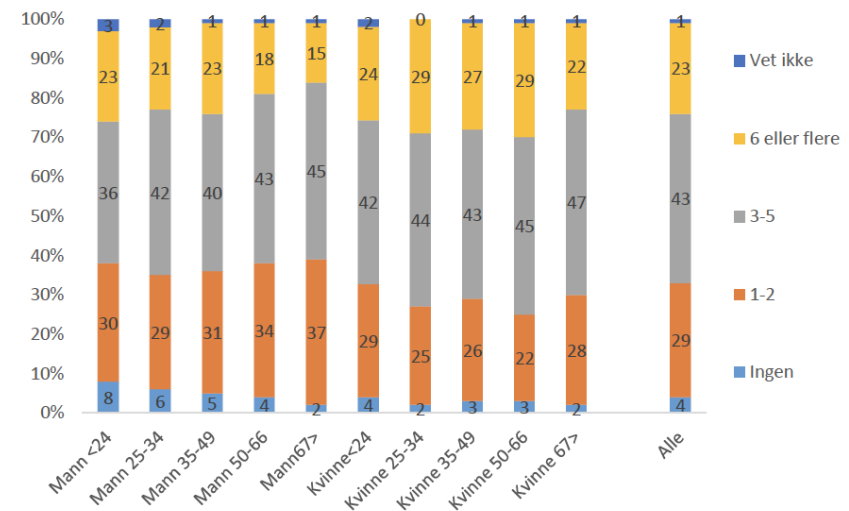
- Nære nettverk – personer som viser interesse og som man kan regne med.
- Effektive nettverk – familie, naboer, venner.
- Tilgjengelige nettverk – nærmiljø og personer man ofte utfører aktiviteter sammen med.
- Utvidede nettverk – mennesker som vi kjenner, og de (gjen)kjenner oss.

Det vil kunne være overlapp mellom nettverkene, i det f.eks. familie vil kunne inngå i det nære nettverket, personer i nærmiljøet kan være venner, osv. Uansett, i hele landet oppgir halvparten av befolkningen i 2015 at de omgir seg med «sterk sosial støtte». Situasjonen var for øvrig den gang ganske lik på tvers av landet, mellom laveste nivå 47 % (Vest Agder) og høyeste nivå 56 % (Finnmark).⁵⁹ La oss se i hvilken grad de samme forholdene gjør seg gjeldende i Østfold nå.

Åtte-ni av ti har nære nettverk

Det nære nettverket består som nevnt av de aller nærmeste og av personer man gjerne har et fortlølig forhold til. Relasjonen kjennetegnes av høy kontakthypighet, samt gjensidig og følelsesmessig binding, lojalitet og tilhørighet. Ved sykdom, krise o.l. er det gjerne disse personene som først stiller opp – også over tid. Vi har spurt østfoldingene om hvor mange som står dem så nær at de kan regne med dem om de får store personlige problemer (figur 7.1).

Figur 7.1: Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer? Prosent, n=16.431.



⁵⁶ SSB – Helse i Norge, <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa41/helseogsyk.pdf>.

⁵⁷ <https://forskning.no/samliv-sosiale-relasjoner-psykologi/foreldre-er-lykkeligere/705303>

⁵⁸ Tilnærmingen innebærer i så måte en oppfølging av en tilsvarende kartlegging gjennomført i 2016-17: Kantar TNS (2017) Østfold fylkeskommune. Nærmiljø og inkludering. Mimeo.

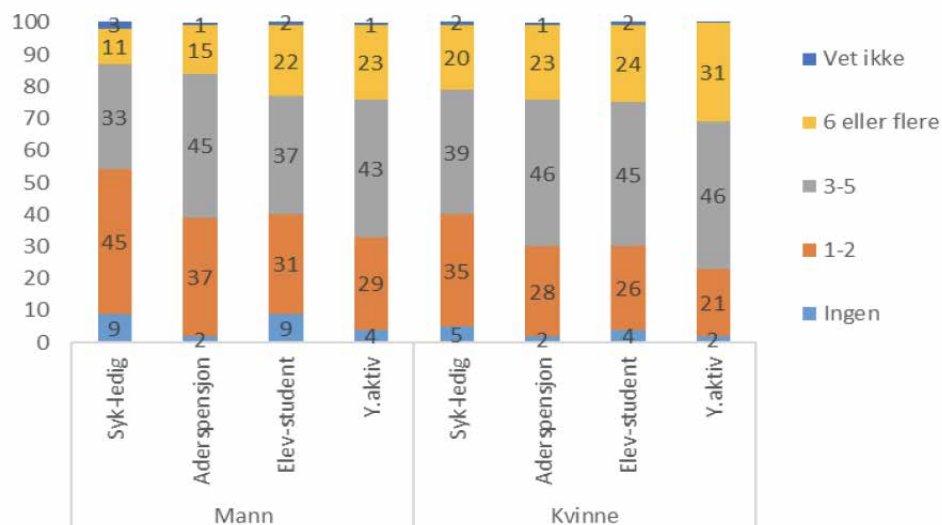
I utgangspunktet har så godt som «alle» tilgang til én eller flere personer de kan støtte seg på i slike situasjoner. Kun fire av hundre oppgir å være helt uten tilgang. Samtidig antydes det at kvinner har bredere nettverk enn menn. Omfanget innsnevres for menn noe med stigende alder (særlig andelen med 6 eller flere personer), mens nettverksdannelsen er ganske stabil over livsløpet blant kvinnene. Vi merker oss også at andelen uten kontakt er litt høyere blant menn i alderen 25-49 år enn ellers i befolkningen.

Situasjonen blant østfoldingene indikerer at det står noe bedre til enn for gjennomsnittet av hele den norske befolkningen der én av ti (8 % - 2015) oppgir at de har to eller færre personer de kan regne med ved store personlige problemer.⁶⁰

Situasjonen er forøvrig den samme nå som i 2011. Den gang oppgav 7 av ti (71 %) å ha tre eller flere nærstående personer de kunne regne med, omlag den samme andelen som nå (67 %). Mens andelen den gang var klart synkende med stigende alder, antydes den motsatte profilen nå, i alle fall blant menn.

Når nettverkene blant østfoldingene tilsynelatende innsnevres i høy alder, og særlig blant menn, vil dette kunne tilskrives at sosiale relasjoner endres over livssyklusen. Dette bekreftes også når vi betrakter nettverkens utvidelse etter hovedaktivitet (figur 7.2). Motsetningene

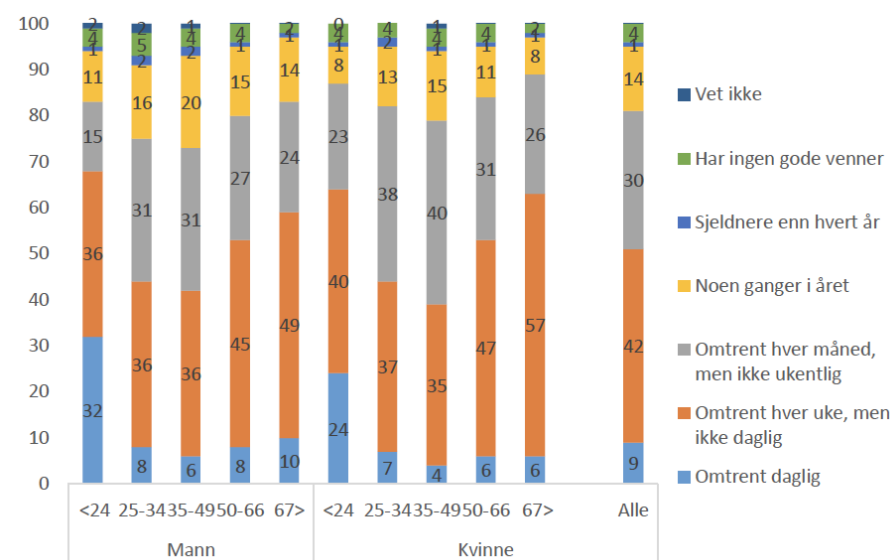
Figur 7.2: Antall nære personer etter hovedaktivitet og kjønn. Prosent, n=16.341.



utgjøres her av syke-ledige menn der én av ti er uten nettverk, nesten halvparten har 1-2 nære personer og der én av ti har seks eller flere nærstående personer. Motpolen er yrkesaktive kvinner, der to av hundre er uten nettverk og åtte av ti har tre eller flere nærstående personer de kan regne med.

Ut over tilgang på personer man kan lene seg på når man er i en utsatt situasjon, vil sosialt samvær for mange være viktig for egen livskvalitet. Vi har spurt befolkningen om hvor ofte de er sammen med gode venner (figur 7.3).

Figur 7.3: Hvor ofte er du sammen med gode venner? Prosent, n= 16.425.



Halvparten er sammen med venner ukentlig eller ofte. Én av ti er det daglig. Ellers har tre av ti vennekontakt omlag månedlig, mens det gjelder noen ganger i året for én av ti. Endelig oppgir fire av hundre at de ikke har noen venner.

Samtidig varierer kontaktflatene med alderen, på omlag samme vis blant kvinner og menn. Det er blant de yngste og de eldste at vennekontaktene er hyppigst. Blant de yngste under 25 år har syv av ti ukentlig eller hyppigere vennekontakt, der halvparten igjen sier omtrent daglig (f.eks. i skolen). Deretter synker hyppigheten i 25-50 års alder, for deretter å stige igjen mot de aller eldste, til et nivå omlag som for de aller yngste. Andelen med kontakt sjeldnere enn årlig, eller som er uten venner, er ganske lik på tvers av alderen, for begge kjønn.

⁵⁹ Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank; Sosial støtte 16-79 år. <http://norgeshelsa.no>.
⁶⁰ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sosiale-relasjoner>



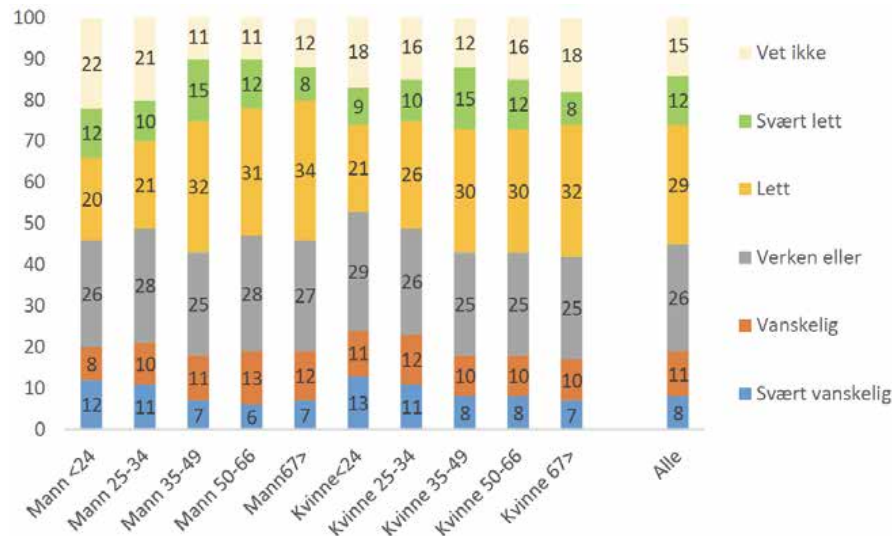
Syv av ti har effektive nettverk

Det effektive nettverket utgjøres av personer ut over de nære relasjonene, som vi møter og forholder oss til daglig. Dette kan være naboer, kollegaer, medelever, etc. Kontakthyp-pigheten er ofte høy og personene utgjør gjerne ressurspersoner. Relasjonene er imidlertid ikke nødvendigvis gode, og det vil kunne oppstå misnøye og stress i dette nettverket.

Vi har spurt østfoldingene hvordan de opplever det å få praktisk hjelp fra naboer, om de skulle ha behov (figur 7.4). Ut over kontakten med nærstående har de aller fleste også tilgang på ressurser i nabolaget, selv om de ikke alltid er umiddelbart tilgjengelig. To av ti oppgir at det er vanskelig å få slik hjelp – for én av ti vil det være svært vanskelig. Motsatt oppgir fire av ti at det vil være lett, hvorav én sier svært lett. For tre av ti er tilgangen verken lett eller vanskelig. To av ti (15 %) tar ikke stilling. Andelen er i så måte tilsynelatende noe lavere enn i 2004, da syv av ti (66 %) oppgav at de helt sikkert kunne regne med hjelp fra andre til praktiske gjøremål ved behov.

Mens det nære nettverket i noen grad innsnevres med stigende alder blant mennene, indikeres det at mennenes effektive nettverk utvides. Mens tre av ti menn under 25 år oppgir at det er lett å få tilgang på hjelp, øker andelen til fire av ti fra fylte 50 år. Blant kvinnene er det også blant de yngste at det i størst utstrekning skorter på tilgangen (d.v.s. kontakten kan i praksis være etablert på foreldre-nivå, og skjer ikke nødvendigvis direkte mellom de unge selv). For hver fjerde kvinne under 34 år er nabohjelp vanskelig tilgjengelig. Situasjonen bedres noe fra rundt 35-års alder, og forblir deretter stabil med stigende alder.

Figur 7.4: Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det..?
Prosent, n=16.418.

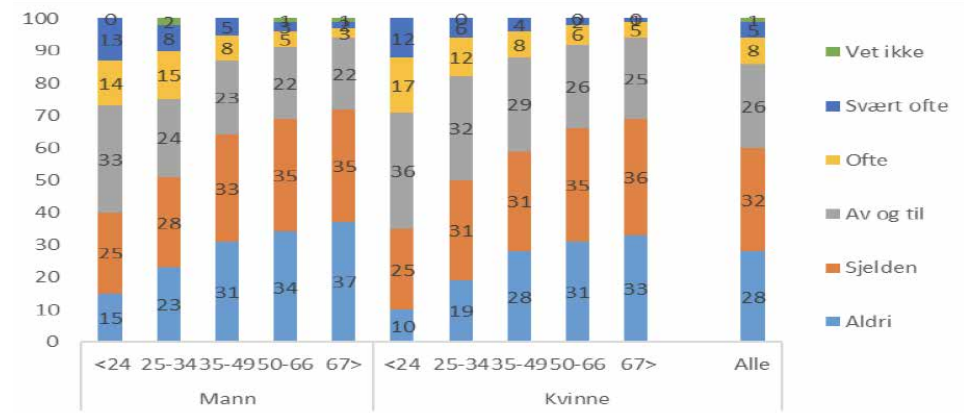


Videre indikeres det at fravær av effektivt nettverk for flere også samtidig innebærer fravær av nært nettverk. Blant personer uten tilgang på nært nettverk, oppgir halvparten at det vil være vanskelig å få hjelp fra naboer. Den tilsvarende andelen blant personer med bredt nært nettverk (6 eller flere personer) er i underkant av én blant ti.

Syv-åtte av ti har tilgjengelige nettverk

Det tilgjengelige nettverket utgjør som nevnt personer vi sjelden møter, og som vi ikke har så omfattende eller nær kontakt med. Fjernere venner, tidligere skolekamerater, kollegaer eller folk som har flyttet andre steder men som vi fortsatt har kontakt med via epost, telefon, sosiale medier o.l. vil også kunne trekkes på i gitte situasjoner. Kartleggingen har ingen eksplisitt vurdering av akkurat denne typen relasjoner. Vi bruker tentativt noen vurderinger av i hvilken grad man har tilgang på andre mennesker å være sammen med, som viser interesse for en selv, samt generell deltakelse i fritidsaktiviteter, som indikatorer.

Figur 7.5: Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?
Prosent, n=16.431.



Vi starter da med vurderingen av hvor sjelden eller ofte man føler at man savner noen å være sammen med (figur 7.5).

De færreste, én av ti, opplever ofte å være i en slik situasjon. Samtidig sier seks av ti at de sjelden eller aldri opplever dette, hvorav halvparten igjen sier aldri. Erfaringene er imidlertid varierende, og følger de samme systematiske trekk etter kjønn og alder som vi har sett for andre indikatorer ovenfor. Mangel på sosial kontakt er mest utbredt blant de yngste.

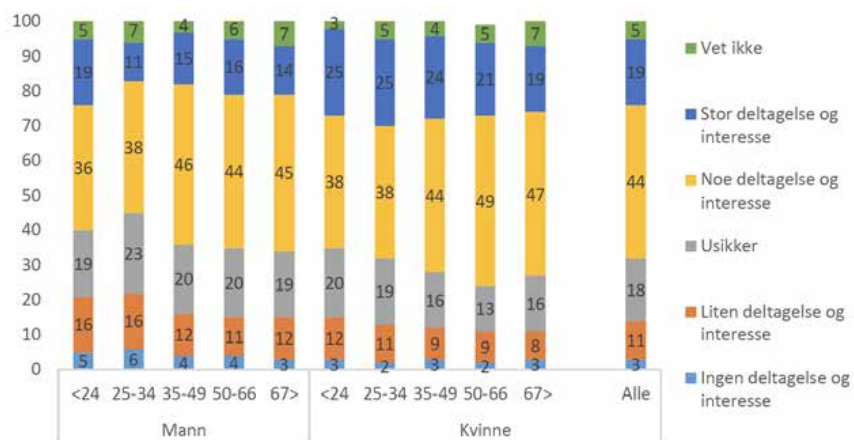


I aldersgruppen under 25 år sier tre av ti at de ofte føler savn av sosial omgang, både blant kvinner og menn. Andelen synker med stigende alder, samtidig som andelen som aldri har slik opplevelse utvides tilsvarende. For mange vil situasjonen med andre ord sannsynligvis bedre seg over livsløpet. Men for noen vil kontaktbehovet kunne være konstant. De geografiske variasjonene i denne erfaringen er forøvrig små.

Situasjonen speiler i noen grad bildet fra tidligere. I 2004 oppgav syv- og i 2011 seks av hundre at de ofte var alene, selv om de hadde lyst til å være sammen med andre. Andelen var da også høyest blant de yngste (9 % i 2011), og synkende med stigende alder til de eldste (5 %).

Et beslektet tema knyttes til den interessen andre viser for hva man gjør (figur 7.6).

Figur 7.6: Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? Prosent, n=16.401.



Mens vi kanskje ville ha forventet at bildet for denne indikatoren ville speile bildet for savnet av noen å være sammen med, er mønsteret her til dels annerledes. I hele befolkningen sier de fleste (fire av ti) at andre viser «noe» deltagelse og interesse for hva de foretar seg. To av ti sier stor interesse, mens én av ti oppgir liten/ingen interesse. To av ti er usikre eller tar ikke stilling (vet ikke).

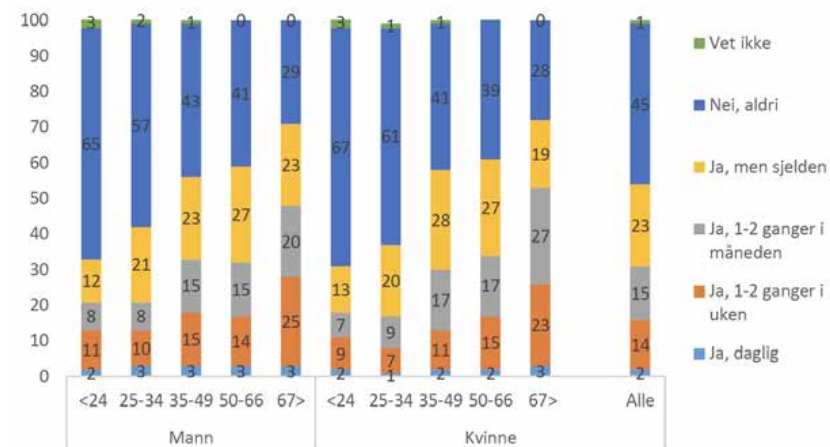
I denne vurderingen er andelen som opplever liten/ingen interesse høyest blant de yngste mennene under 35 år, der den utgjør to av ti. Samtidig utgjør andelen som sier stor interesse én-to av ti blant disse. Fra 35-årsalderen reduseres andelen som sier liten interesse noe, mens andelen som sier stor interesse øker tilsvarende. Likheten på tvers av alderskategoriene blant mennene er likevel mer slående enn forskjellene. Det samme

bildet gjør seg dels også gjeldende blant kvinnene, samtidig som andelen som erfarer liten interesse er lavere enn hos mennene er andelen som opplever stor interesse er noe høyere.

I forlengelsen av opplevd sosialt samvær reises spørsmålet om hva man selv faktisk foretar seg: er man engasjert og deltar i sosiale aktiviteter som foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler, el.l. (figur 7.7)?

I dette tilfellet gjenkjennes det bildet vi ovenfor har sett vedrørende sosialt samvær, og der aktivitetsnivået varierer med alderen for både kvinner og menn. Det laveste aktivitetsnivået finner vi blant de yngste under 25 år, der seks-syv av ti aldri deltar, både blant kvinner og menn. Deretter reduseres andelen uten deltakelse suksessivt med stigende alder, samtidig som hyppigheten øker tilsvarende. Blant de eldste over 67 år, er syv av ti i aktivitet - tre av ti ukentlig eller hyppigere.

Figur 7.7: Deltar du i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler el.l. i fritiden? Prosent, n=16.420.



Og mønsteret er det samme som i 2011, da én-to av ti (15 %) oppgav å delta i disse aktivitetene minst én gang i uken. Andelen var også den gang stigende med alderen fra de yngste (11 %) til de eldste (21 %).

Det er ikke overraskende sammenheng mellom savn av noen å være sammen med og faktisk deltakelse i sosiale aktiviteter. Blant dem som aldri savner noen å være sammen med, deltar seks av ti (63 %) i sosiale aktiviteter. Blant dem som svært ofte savner noen å være sammen med er den tilsvarende andelen tre av ti (27 %).



Tabell 7.1: Deltar ikke i fritidsaktiviteter: Hvorfor deltar du ikke? Prosent.

	Mann					Kvinne					Alle
	<24	25-34	35-49	50-66	67>	<24	25-34	35-49	50-66	67>	
Er ikke interessert	49	44	39	46	50	40	37	33	40	56	42
Har ikke tid	17	32	37	26	13	27	34	39	23	7	28
Kjenner ingen andre som er med	25	17	11	11	7	20	15	12	10	6	13
Orker ikke	15	20	16	12	10	15	12	12	10	8	13
Er ikke blitt spurt	23	15	12	8	6	16	10	7	5	7	11
Vet ikke hva som skjer	8	10	8	2	4	16	15	5	3	3	7
Er for dyrt	5	7	6	4	2	9	9	7	7	3	6
Føler meg ikke velkommen	5	5	3	3	3	4	2	3	2	1	3
Mestrer ikke språket	0	1	1	1	2	0	1	2	1	0	1
Vet ikke	8	5	8	12	16	6	9	10	17	18	11
Gj.snitt antall	155	156	141	125	113	153	144	130	118	109	135
n	382	518	618	845	533	696	985	905	1334	461	6972

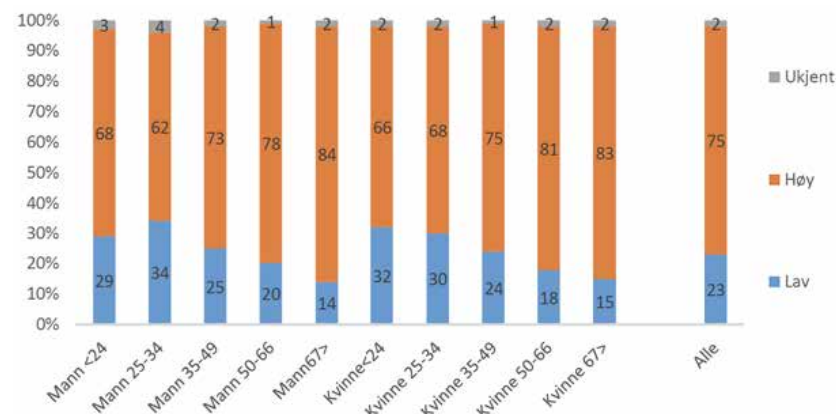
Ser vi nærmere på årsakene til at man ikke deltar sosialt indikeres det at slike aktiviteter ikke har «prioritet» (tabell 7.1). Hyppigst nevnes at man ikke er interessert (fire av ti), eller ikke har tid (tre av ti). Ellers er det flere forhold som gjør seg gjeldende, og som nevnes av omlag én av ti hver: man kjenner ingen andre som er med, man orker ikke, er ikke blitt spurt, vet ikke hva som skjer, etc. Mønsteret er stort sett det samme i de respektive alderskategoriene blant kvinner og menn. Vi ser tendenser til at de «middelaldrende» skylder på manglende tid, mens de unge ikke kjenner andre som deltar eller er ikke blitt spurt.

Åtte av ti har utvidede nettverk

Endelig omgir man seg med et utvidet nettverk - et «ytre» nettverk av bekjente: Mennesker som vi på en måte kjenner, og de kjenner oss. Disse kan bo på samme boligfelt, jobber på samme arbeidsplass, gå på samme skole, eller personer som utfører tjenester. Dette er mennesker vi snakker mer overflattisk med, og som vi hilser på når vi treffer dem.

Vi har ovenfor sett på vurderingene av eget bosted, bl.a. opplevelsen av nærmiljø, trygghet og inkludering, og som kan sies å inngå i det utvidede nettverket. I tillegg har vi bedt østfoldingene tenke på bostedet sitt, og vurdere i hvilken grad de opplever å høre til der. Vurderingsskalaen løper igjen fra 0 (ikke i det hele tatt) til 10 (i svært stor grad). Og de fleste plasserer seg igjen opp mot skalaens toppunkt. Tre-fire av ti gir score 10, mens omtrent like mange plasserer seg i score 6-9. Vi regner score 6 og høyere som «høy» grad av tilhørighet (figur 7.8).

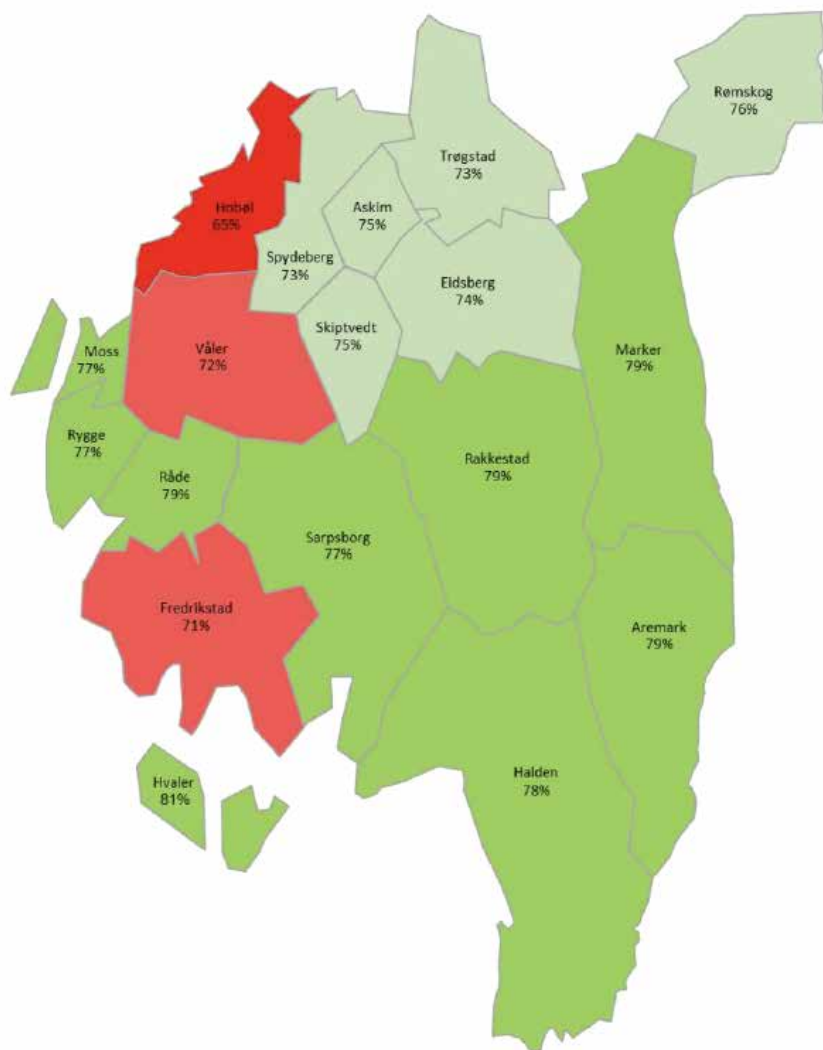
Figur 7.8: Opplevd tilhørighet til eget bosted etter kjønn og alder. Prosent, n=16.415.



De fleste, syv-åtte av ti, opplever i høy grad å høre til på stedet der de bor. Samtidig indikeres det at tilhørigheten forankres med stigende alder. Blant de yngste under 35 år, og blant menn under 50 år, sier seks-syv av ti at tilhørigheten er høy. Fra og med 50-årsalderen stiger tilhørigheten og når ni av ti blant dem som er 67 år og eldre. Stigende tilhørighet med stigende alder vil som for bostedsvurderingene generelt sett kunne forklares på flere måter. At forankringen stiger med stigende botid, at man med alderen flytter til et område der man opplever større grad av forankring, at de yngste er nye tilflyttere, etc.

Når vurderingen knyttes til lokalmiljøet, er det videre interessant å vurdere i hvilken grad forskjellene gjør seg gjeldende på tvers av lokalsamfunnene, slik vi registrerer dem med vår minste geografiske analyseenhet, kommune (figur 7.9).

Figur 7.9: Opplevd tilhørighet etter bosted. Andel «høy grad». Prosent, n=16.415.



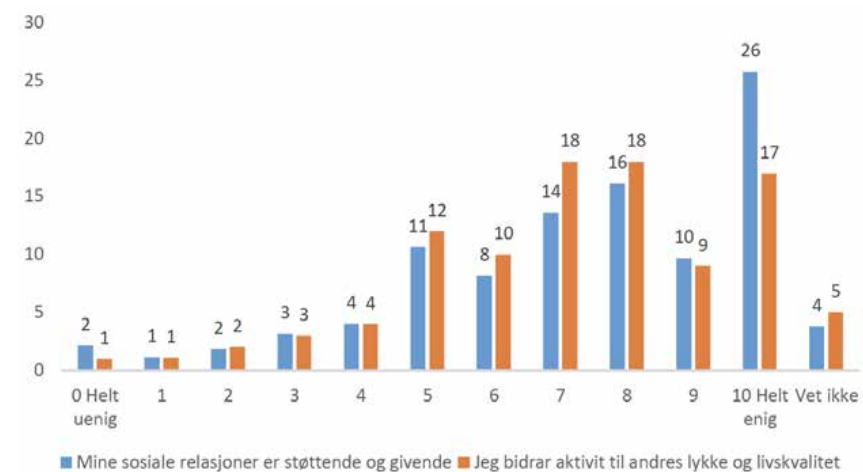
Igjen ser vi at variasjonene er relativt små på tvers av kommunene, og der andelen med «høy» tilhørighet varierer mellom høyeste Hvaler (81 %) og laveste Hobøl (65 %). Ellers finner vi de fleste kommunene i enten intervallet 71-74 % (fem kommuner) eller i intervallet 75-79 % (12 kommuner). Tilsvarende er tilhørigheten relativt lik mellom de fire regionene, der den stiger fra laveste vest (74% høy tilhørighet) via nord (76 %) og øst (77 %) til syd (79 %).

Inngår i nære relasjoner

Mens vi så langt har vurdert de sosiale relasjonenes kvantitet, i form av antall nærstående og tilgjengelige personer, reises spørsmålet om relasjonenes kvalitet. Østfoldingene bedt om å ta stilling til to utsagn som beskriver deres generelle interaksjon med omgivelsene: «Mine sosiale relasjoner er støttende og givende» og «Jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet». Svarene gis ved å plassere seg langs en ti-punktskala fra score 0 (helt uenig) til 10 (helt enig).

Igjen plasserer de fleste seg mot toppen av skalaen (figur 7.10). To-tre av ti gir score 10 for sine sosiale relasjoner, mens til sammen syv av ti plasserer seg over skalaens midtpunkt. Det tilsvarende bildet finner vi også igjen i vurderingen av eget bidrag, selv om noen færre her gir toppscore. To av ti gir score 10, mens syv av ti plasserer seg over midten. Når de to egenskapene vurderes samlet, og gitt at score 6 eller høyere vurderes som bekreftende, ser vi at seks av ti (61 %) samtidig bekrefter at de bidrar til andres lykke og livskvalitet og inngår i støttende og givende sosiale relasjoner

Figur 7.10: Vurdering av nære relasjoner. Prosent, n=16.282-16.409.



Endelig finner vi det tilsvarende bildet når østfoldingene blir bedt om å vurdere i hvilken grad de stoler på sine medmennesker. Dette gjør de ved å plassere seg langs ti-punktskalaen fra verdien 0 «Kan ikke være for forsiktig» til 10 «Folk flest er til å stole på» gitt utsagnet «Vil du si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være forsiktig nok når en har med andre å gjøre?». Igjen plasserer to av ti (21 %) seg i score 10, mens en-to av ti (17 % og 16 % henholdsvis) gir score 8 og syv. Tre av hundre mener man ikke kan være forsiktig nok (score 0) mens til sammen en-to av ti (15 %) plasserer seg fra score 0-4.

Et klart flertall mener med andre ord at man kan stole på de fleste mennesker, tilsvarende situasjonen i 2011 da syv av ti (72 %) sa seg helt- eller delvis enig i det samme utsagnet.

De tre vurderingene er i praksis relativt nært sammenknyttet og speiler en felles underliggende egenskap.⁶¹ Det er særlig det å inngå i støttende relasjoner som bygger opp under denne dimensjonen, etterfulgt av eget bidrag til andres lykke og deretter egen tillit til andre mennesker. For disse egenskapene er de demografiske variasjonene (alder og kjønn) små.

7.2 Økonomisk nettverk

Endelig vil befolkningens opplevde livskvalitet kunne være knyttet til økonomisk stilling, eller det nære økonomiske nettverket husholdningen utgjør. Utsagnet om at det er «bedre å være rik og frisk, enn syk og fattig» poengterer forventningen om en relativt entydig sammenheng mellom de to indikatorene. Dette er da også et av de sentrale funnene innenfor den såkalte «lykkeforskningen»: rike mennesker er lykkeligere enn fattige. Samtidig viser forskningen til et paradoks. Når man sammenligner personer med ulik inntekt innenfor land, så er ikke gjennomsnittsinbyggeren (i vestlige land) blitt lykkeligere i løpet av de siste 50 årene, selv om gjennomsnittsinntekten er mangedoblet. Med andre ord - det er ikke absolutt inntekt, men relativ inntekt som teller.

Videre vises det til den «hedonistiske tredemøllen» som forklaringsfaktor: når man for eksempel får en lønnsøkning, så oppleves en umiddelbar økning i lykke, men etter kort tid har man blitt vant til endringen. For mange halveres lykkefølelsen allerede et år etter lønnsøkningen. Man tilpasser seg «lykken», og endrer krav og forventninger.⁶²

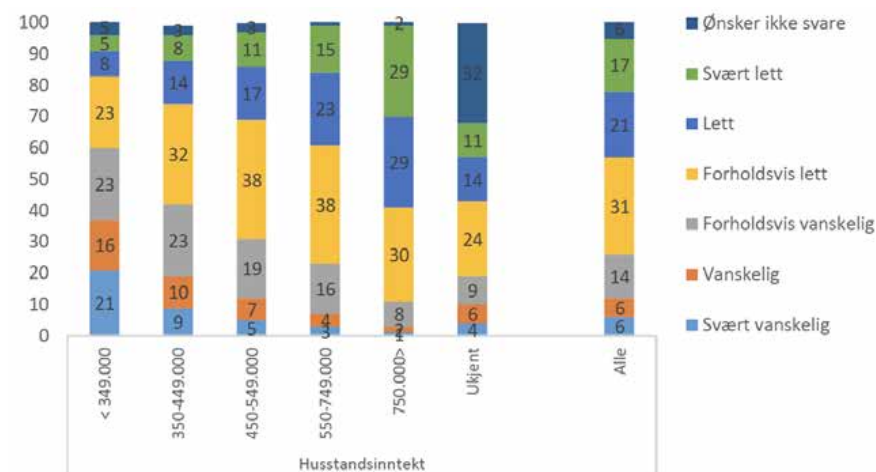
Variierende økonomisk tåleevne

Vi skal ikke her gå dypere inn i dette til dels omfattende forskningsfeltet, men se kort på østfoldingenes egen vurdering av hvordan de klarer å få endene til å møtes med den husstandsinntekten de har i dag, og i hvilken grad inntektsnivået er utslagsgivende for opplevelsen av egen livskvalitet.

Medianinntekten (brutto, før skatt) for Norges husstander i 2017 er 431.000 kroner, varierende fra høyeste 808.000 kroner blant par med barn der yngste barn er 18 år og eldre til laveste 210.000 kroner blant aleneboende under 30 år.⁶³ Østfoldingene plasserer seg i 2019 litt under landsgjennomsnittet for to år siden, med 416.000 kroner for hele befolkningen og kroner 758.000 kroner og 206.000 kroner i de to befolkningskategoriene med høyest og lavest inntekt henholdsvis.

Oss i Østfold registrerer inntekt på husstands nivå men i kategorier. Mens én av ti husstander rapporterer samlet inntekt under kr. 350.000, kr. 350-449.000 eller kr. 450-549.000 henholdsvis, har to av ti en inntekt på kr. 550-749.000 mens fire av ti oppgir 750.000 kroner eller mer. Én av ti ønsker ikke å oppgi tall. Det mest interessante i så måte er imidlertid hvorvidt nivået er tilstrekkelig for å få hverdagen til å gå rundt (Figur 7.13).

Figur 7.13: Vurdering av hvor lett eller vanskelig er det er å få husstandens samlede inntekt til å strekke til i det daglige, etter husstandens brutto årsinntekt. Prosent, n=16.205.



Husholdningens utgifts belastning oppleves på ulike måter. Om lag syv av ti (69 %) mener det er lett å få endene til å møtes, hvorav to (17 %) vil si svært lett og tre (31 %) sier forholdsvis lett. To-tre av ti opplever situasjonen som vanskelig, hvorav seks av hundre vil si svært vanskelig.

I så måte speiler vurderingen innbyggernes nære økonomiske nettverk, og vi ser vi en klar tendens til at utfordringene stiger med synkende inntekt. Blant personer med kr. 750.000 eller høyere inntekt, sier ni av ti at husstandens situasjon er lett (hvorav fire sier forholdsvis lett), én av hundre at den er vanskelig. Blant personer med kr. 350.000 eller lavere inntekt oppgir seks av ti at husstandssituasjonen er vanskelig (to sier forholdsvis vanskelig). Det vil si, lav inntekt er ikke ensbetydende med at situasjonen er vanskelig, men peker tydelig i den retningen.

I 2011 oppgav 6 av hundre at de i løpet av det siste året hadde hatt vanskeligheter med å betale løpende regninger. Andelen tilsvarende i så måte andelen som nå oppgir at det er vært vanskelig å få inntekten til å strekke til.

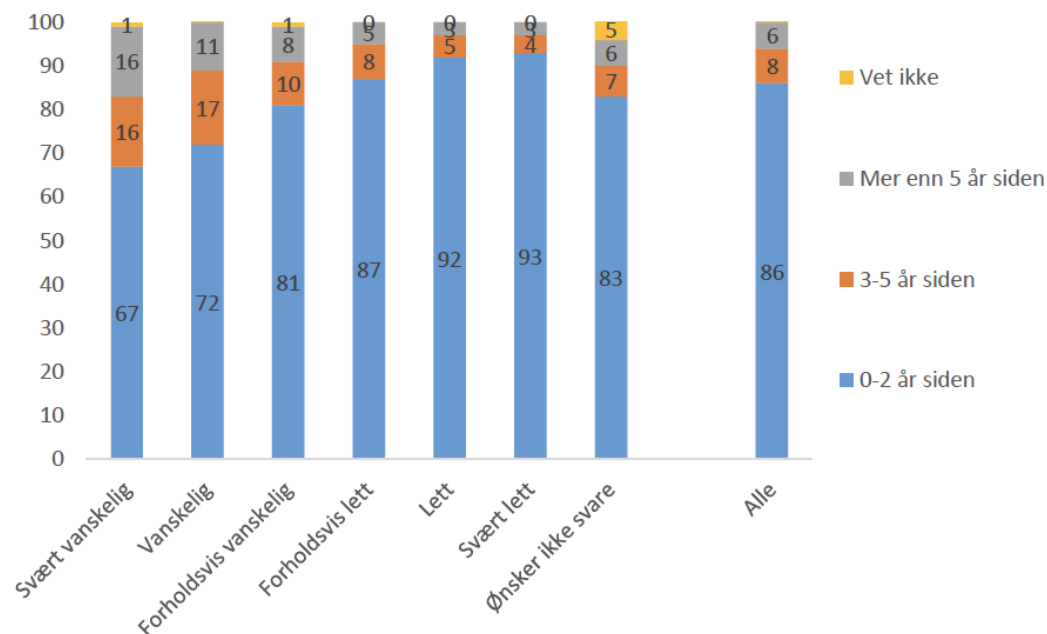
Mens de regionale og kjønnsbaserte variasjonene i vurderingen av husstandsinnntekts tilstrekkelighet er relativt små, gjør vanskelighetene seg i større utstrekning gjeldende etter alder og livssituasjon, som for hele landets befolkning. Mestringen stiger med alderen, og er høyest blant gifte. Aleneboere og syke/ledige er gjerne i en anstrengt situasjon (to-fire av ti). Det betyr samtidig også at den økonomiske situasjonen klart knyttes til vurderingen av livskvalitet. Blant de minst tilfredse med livet i sin alminnelighet sier syv av ti at inntektssituasjonen er vanskelig. Blant de mest tilfredse utgjør den én av ti.

Betalingssevne styrer tannlegebesøk

Vi har ovenfor knyttet tannhelse nært til vurderingen av allmennhelsen og dermed til opplevd livskvalitet. Samtidig har vi sett at tannlegebesøk ikke er underlagt de samme statlige refusjonsordningene som for andre helsetjenester, og dermed vil kunne innebære en reell økonomisk belastning. Manglende mulighet for å besøke tannlege, vil kunne legge begrensninger på opplevd livskvalitet.

Østfoldingene er spurt om hvor lenge det er siden de sist var hos tannlegen (figur 7.14). De aller fleste har besøkt tannlege i løpet av de siste to årene. For én av ti er det henholdsvis 3-5 år, eller mer enn 5 år siden. Samtidig antydes det at besøkhyppheten knyttes til inntekt og betalingsproblemer. Blant personer som har en svært anstrengt husstandsøkonomi, sier syv av ti at de har besøkt tannlegen de to siste årene, mens to av ti har ventet henholdsvis 3-5 år eller mer enn 5 år.

Figur 7.14: Når var du sist hos tannlege? Prosent, n=16.114.



Oss i Østfold 2019

Foto: Siri Guldeig Larssen

8

AVSLUTNING



8. AVSLUTNING

Vi startet kartleggingen med noen betraktninger omkring livskvalitet og knyttet disse til mulighetene for tiltaksutforming i kommuner og fylke. Utgangspunktet er at livskvalitet er et normativt begrep, som kan operasjonaliseres ut i fra både subjektive (psykiske) og objektive (fysiske) kriterier. Tiltak utformes med tanke på både innretning og forventet effekt. La oss avslutningsvis vende tilbake til noen av disse betraktningene med utgangspunkt i fylkeskommunens overordnede ambisjon om å tilrettelegge for at innbyggerne skal kunne leve gode liv i Østfold.

8.1 Meningen med livet

Det finnes i forskningslitteraturen flere ulike tilnærminger til forståelsen av hvordan gode og dårlige levekår fordeler seg i samfunnet, og hvordan gode og dårlige situasjoner kan kompensere hverandre eller hope seg opp hos de samme individene. Tilnæringsmåtene vil i sin tur være nyttige når man søker etter årsakskjeder. Vi går ikke nærmere inn i denne litteraturen her, men oppsummerer kort den tema-inndelte analysen i det foregående ved hjelp av et par helhetlige modeller.⁶⁴

Egen helse viktig

Før vi går inn i disse, la oss ta et raskt blikk på hva østfoldingene betrakter som viktige forhold i livet sitt, sånn stort sett (tabell 8.1).

I alt sytten kriterier legges til grunn som berører flere sider ved egen person, så vel som nære venner og sosialt fellesskap. For de fleste er alle forholdene ganske- eller veldig viktige. Vi fokuserer her på andelen som sier «veldig viktig», for å illustrere nyansene. Øverst på prioriteringslisten finner vi egen familie, som er viktigst for ni av ti (91 %). Hakk i hæl følger egen helse (72 %), at man klarer seg selv (69 %), at man er fornøyd med livet (66 %), har gode venner (61 %) og at man kan utfolde seg (61 %). Nederst på listen finner vi gjerne forhold knyttet til personlig- og økonomisk selvrealisering; at man har god råd (41 %), får leve lenge (40 %), «er noe» / er noe verd (39 %), er del av noe som er større enn en selv (39 %) eller er fornøyd med eget utseende (28 %).

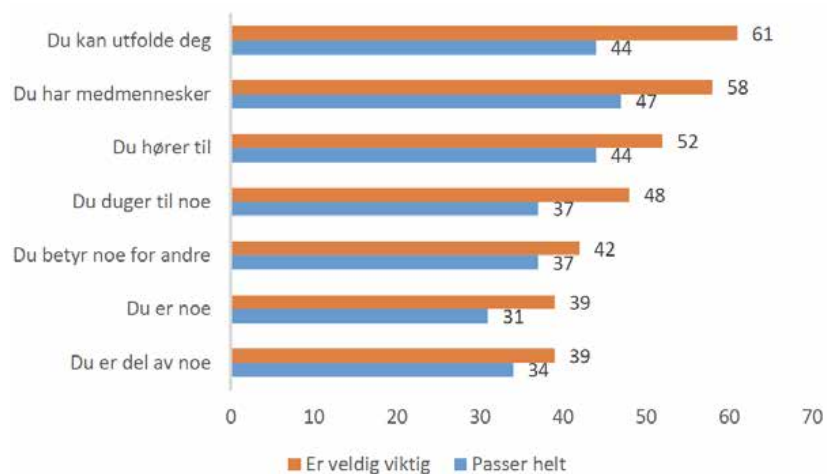
Tabell 8.1: Sånn stort sett her i livet, hvor viktig er dette for deg nå for tiden? Andel «veldig viktig». Prosent.

	Alder-kjønn										Alle
	Mann <24	Mann 25-34	Mann 35-49	Mann 50-66	Mann 67>	Kvinne <24	Kvinne 25-34	Kvinne 35-49	Kvinne 50-66	Kvinne 67>	
Familien din har det bra	77	82	90	91	91	88	93	96	95	94	91
Du har god helse	66	63	67	74	72	68	76	77	78	75	72
Du klarer deg selv	63	66	65	70	68	60	68	71	75	75	69
Du er fornøyd med livet	67	63	62	63	59	69	70	68	72	65	66
Du har gode venner	69	52	51	54	52	75	67	67	68	66	61
Du kan utfolde deg	54	51	54	55	50	60	63	64	68	60	61
Du har medmennesker	57	51	49	48	43	72	74	67	66	54	58
Du aksepterer deg selv	64	53	49	46	35	64	66	62	58	42	53
Du hører til	52	46	45	46	40	58	62	60	61	50	52
Du er aktiv	51	47	48	53	51	48	49	55	59	56	52
Du duger til noe	55	48	47	43	30	54	56	65	52	39	48
Du betyr noe for andre	36	36	38	39	30	45	50	50	49	51	42
Du har god råd	49	48	39	38	35	49	47	40	39	33	41
Du får leve lenge	41	37	37	36	35	43	48	45	44	37	40
Du er noe	39	37	36	35	27	43	49	48	46	35	39
Du er del av noe	31	33	39	34	28	40	49	47	47	38	39
Du er fornøyd med utseendet	43	29	22	19	16	48	36	29	29	24	28
Gj.snitt. Forhold	9,1	8,4	8,4	8,4	7,6	9,8	10,2	10,1	10,1	8,9	9,1
n	552	847	1379	1942	1680	990	1571	2417	2574	1563	15245

Samlet sett vurderes ti av de sytten forholdene blant halvparten eller flere i befolkningen som veldig viktige, noe flere blant (middelaldrende) kvinner enn blant (eldre) menn. Kvinnenes prioriteringer ligger noe høyere på de fleste områdene, og særlig når det gjelder medmenneskelighet, selvrespekt og det å høre til. De eldste mennene nevner de fleste egenskapene i mindre utstrekning enn befolkningen forøvrig, og da særlig det å akseptere seg selv, at man har medmennesker og at man duger til noe. De yngste mennene og kvinnene nevner eget utseende i større utstrekning enn befolkningen ellers.

Når innbyggerne blir bedt om å vurdere sin egen situasjon langs syv av disse egenskapene, oppgir de fleste (tre-fire av ti) at de «passer helt» (figur 8.1).

Figur 8.1: Sånn stort sett her i livet: hvor godt passer dette på deg / hvor viktig er dette for deg, nå for tiden? Andel er veldig viktig/passert helt. Prosent, n=16.559.



Dette gjelder da også uavhengig av viktighet. Det er med andre ord ingen betydelig negativ diskrepans i den forstand at befolkningen som sådan selv føler å komme til kort på områder som anses som viktige for livet i sin alminnelighet. Det største «gapet» finner vi for muligheten til å utfolde seg, som seks av ti anser som veldig viktig samtidig som fire av ti mener det passer helt for egen del. Merk at vi da fokuserer på ytterkategoriene. Dersom vi også inkluderer dem som sier «ganske viktig»/«passer ganske bra», så øker andelene til omlag syv av ti og variasjonene blir mindre.

8.2 Sammensatte livssituasjoner

Når vi ovenfor har analysert ulikheter i livskvalitet etter forskjellige subjektive og objektive kriterier, er de respektive egenskapene behandlet for seg, og gjerne kategorisert, for å illustrere variasjoner og identifisere eventuelle tiltakskategorier. Samtidig vet vi at egenskapene i det virkelige liv ikke fremtrer i isolasjon, men uttrykker sammensatte livssituasjoner.

Ulike veier til høy livskvalitet

For å danne oss et helhetlig bilde, kan vi anvende en multivariat statistisk analyse, der flere egenskaper inngår i vurderingen samtidig. Betydningen av de respektive bakgrunnskjennetegnene vurderes ikke bare ut ifra den enkelte egenskapens selvstendige bidrag til de observerte variasjonene, men også i forhold til hvilken effekt den har når vi samtidig «kontrollerer» for effekten av de øvrige kjennetegnene. Eksempelvis vil en person med lav utdanning også kunne ha lav inntekt, som i sin tur vil kunne gi dårlig utgangspunkt for å leve et godt liv. Hva er det da som i størst grad bidrar til å skape ulikhet – er det utdanningsnivået eller inntekten? Spørsmålet er forenklet sagt hvilke egenskaper ved innbyggerne som bidrar (statistisk sett) til de observerte variasjonene og hvilke verdier langs disse egenskapene som skaper henholdsvis høy og lav livskvalitet.



Tabell 8.2a. Livskvalitet og demografi. Tre-analyse, n=16.559.

Demografi						Tilfredshet med livet				Andel av befolkningen
Bakgrunn						Lav	Middels	Høy	Sum	
Hele befolkningen						20	44	36	100	100
Hovedaktivitet	Sivilstand	Alder	Kjønn	Utdanningsnivå	Inntekt					
Høyest tilfredshet:										
Alderspensjonist	Sambo/gift			Grunn/videregående		9	31	59	100	6
Alderspensjonist	Sambo/gift			Univ. lav/høy		7	39	54	100	5
Yrkesaktiv		50-66			750.000>	6	42	52	100	13
Yrkesaktiv		<49 år			750.000>	9	52	39	100	18
Lavest tilfredshet:										
Yrkesaktiv	Alene				349-449.000	35	45	19	100	4
Syk-ledig	Alene		Kvinne			59	33	8	100	3
Syk-ledig	Sambo	<49				62	29	9	100	2
Syk-ledig	Alene		Mann			79	18	4	100	2
% riktig klassifisert						32	61	51	51	

Tabell 8.2b. Livskvalitet og subjektiv helse. Tre-analyse, n=16.559.

Subjektiv helse					Tilfredshet med livet				Andel av befolkningen
Bakgrunn					Lav	Middels	Høy	Sum	
Hele befolkningen					20	44	36	100	100
Egenvurdert helse	Langvarig sykdom	Sinnstilstand	Livet meningsfullt	Nedfor					
Høyest tilfredshet:									
Svært god			Stor grad	Aldri nedfor	1	13	87	100	11
God			Stor grad	Aldri nedfor	1	20	79	100	16
Verken eller			Stor grad	Aldri nedfor	2	33	66	100	4
Lavest tilfredshet:									
		Dårlig	Liten grad	Nesten hver dag	94	5	1	100	4
		Dårlig	Liten grad	Annenhver dag	87	12	1	100	3
		Dårlig	Liten grad	Noen dager	75	24	1	100	6
% riktig klassifisert					73	75	70	73	

Tabell 8.2c. Livskvalitet og objektiv helse. Tre-analyse, n=16.559.

Objektiv helse					Tilfredshet med livet				Andel av befolkningen
Bakgrunn					Lav	Middels	Høy	Sum	
Hele befolkningen					20	44	36	100	100
Trivsel nærmiljø	Trygghet -nærmiljø	Nærstående	Sosial deltakelse	Nabohjelp					
Høyest tilfredshet:									
Stor grad	Stor grad			Svært lett	5	32	63	100	7
Stor grad	Stor grad			Lett	7	37	56	100	15
Stor grad	Middels	6 el. flere			4	50	45	100	5
Lavest tilfredshet:									
Liten grad			Aldri	Svært/vanskelig	79	18	3	100	3
Noen grad	Liten grad	1-2 personer			56	39	5	100	3
Noen grad	Middels-/stor grad	Vet ikke			41	47	12	100	7
% riktig klassifisert					30	70	47	54	

La oss først følge variasjonene i livskvalitet etter objektive kjennetegn. Her ser vi på de tilskrevne (demografiske) egenskapene som alder og kjønn samt oppnådde (sosiale) egenskaper som sivilstand, hovedaktivitet, utdanningsnivå og inntekt (tabell 8.1a). Øverst i tabellen finner vi hele befolkningens vurdering av tilfredshet med livet, slik vi har sett den i Kapittel 1: To av ti er lite tilfredse, fire av ti er middels tilfredse mens fire av ti er godt tilfredse. Når alle disse egenskapene vurderes samlet, etter de demografiske kjennetegnene, klassifiseres halvparten av innbyggerne riktig i henhold til tilfredshetsvurderingen. De «middels tilfredse» er de letteste å klassifisere i så måte (61 % korrekt klassifisert), mens de minst tilfredse er de vanskeligste (32 % korrekt klassifisert). Ytterpunktene er på den positive siden gifte/samboende pensjonister med enten lav eller høy utdanning, der halvparten viser høy tilfredshet mens færre enn én av ti har lav tilfredshet. Det samme gjelder middelaldrende yrkesaktive med inntekt kr. 750.000 eller mer. På den motsatte siden finner vi menn som er aleneboende med sykdom, samboende med sykdom under 49 år og dels yrkesaktive aleneboende med relativt lav inntekt. Her har fire-åtte av ti lav tilfredshet og omlag én av ti høy tilfredshet. De to enkeltkategoriene med høyest og lavest tilfredshet, utgjør henholdsvis 6 og 2 prosent av befolkningen.

Når det gjelder subjektive kjennetegn, legger vi til grunn egenvurdert helsetilstand, forekomst av langvarig sykdom, sinnstilstand, opplevd mening med livet samt følelse av å være nedfor. Nå klassifiseres syv av ti korrekt, i like stor grad for alle de tre kategoriene av tilfredshet. Alle egenskapene, med unntak av langvarig sykdom, slår ut i den ene eller andre retning. Høyest livskvalitet assosieres med svært god/god egenvurdert helse sammen med stor grad av opplevd mening med livet og når man «aldri» er nedfor. Blant disse har ni av ti høy tilfredshet med livet, én av hundre har lav. Motsatsen her er særlig personer med «dårlig» sinnstilstand, som i liten grad opplever mening i livet og som hyppig er nedfor. Her har åtte-ni av ti lav tilfredshet, mens én av hundre har høy. Ytterpunktene langs denne dimensjonen utgjør henholdsvis 11 % og 4 % av befolkningen.

Endelig ser vi på objektive livskvalitetsindikatorer som trivsel- og trygghet i nærmiljøet, tilgang på nærstående personer og nabohjelp ved behov, samt sosial deltakelse. Denne modellen klassifiserer om lag halvparten av innbyggerne riktig, der de «middels» tilfredse er lettere å plassere enn de øvrige. Her assosieres høy tilfredshet med stor grad av tilfredshet med og opplevelse av trygghet i nærmiljøet samt svært enkel tilgang til nabohjelp. Blant disse har fem-seks av ti høy tilfredshet med livet, og 4-7 av hundre lav tilfredshet. Lav tilfredshet assosieres med lav tilfredshet med nærmiljøet, lav grad av sosial deltakelse, samt dels med lite trygt nærmiljø og liten tilgang på nærstående. Fire -åtte av ti i disse situasjonene har lav tilfredshet med livet, færre enn én av ti har høy tilfredshet. Ytterpunktene her utgjør færre enn én av ti innbyggere i befolkningen. I sum ser vi at det er flere ulike kombinasjoner av egenskaper som leder til henholdsvis

høy eller lav livskvalitet. Og elementene som ligger til grunn for vurderingen bestemmer til dels målgruppenes størrelse. Tiltak innrettet med utgangspunkt i objektive indikatorer vil kunne rettes mot personer med liten tilgang på effektive nettverk, og som samtidig i liten grad trives i sine respektive miljøer, men vil da kun treffe færre enn én av ti. I så måte vil en tilnærming rettet mot særlig utsatte grupper måtte innrettes med en rekke ulike tilpasninger, for å få bred effekt. Tilsvarende, om målsettingen er å øke den allmenne livskvaliteten for hele befolkningen, vil tiltak styrt mot den delen av befolkningen som i dag er «middels tilfreds» og som både er bredere og sannsynligvis lettere å flytte opp i kategorien «høy» tilfredshet, ha størst effekt.

Styres av sinnstilstand

En alternativ innfallsvinkel til tiltaksretting via målgruppenes størrelse og behovsintensitet, er å ta utgangspunkt i prosessen som setter enkeltmennesker i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse, gjennom å utvikle personlige ferdigheter, som i sin tur gjør dem i stand til å ta helsefremmende valg. I dette perspektivet leter vi etter de egenskapene, totalt sett, som i størst grad bidrar til å forklare de observerte variasjonene i egenvurdert livskvalitet, og eventuelt hvor treffsikker man vil være i tiltaksutformingen.

Vi går nå motsatt vei sammenliknet med segmentering og vurdering av tiltaksgruppenes størrelse og kjennetegn, og ser etter de eventuelle enkelttegneskaper som i størst grad bidrar til å skille mellom variasjonene i livskvalitet, når vi samtidig inkluderer alle enkelttegneskaper – demografiske, subjektive og objektive egenskaper (tabell 8.3).⁶⁵

Analysen er igjen en multivariat statistisk teknikk, der vi nå vurderer i hvilken grad de respektive bakgrunnskjenne-tegnene vi har belyst enkeltvis i det foregående, evner å skille mellom de tre kategoriene av lav, middels og høy egenvurdert livskvalitet,⁶⁶ I så fall, hvilke egenskaper som i størst grad bidrar til å skille mellom dem. I den grad bakgrunnskjenne-tegnene har betydning for klassifiseringen, når vi samtidig «kontrollerer for» effekten av alle de andre kjennetegnene, sier de også noe om hvilke mekanismer som virker og som vil kunne danne utgangspunkt for tiltaksutforming.

Analysen utleder i hovedsak en enkelt funksjon, hvilket tilsier at utfordringen er sammensatt, men én-dimensjonal. Den formes i første rekke av innbyggernes «eudaimoniske» helsetilstand – hvordan man opplever hverdagen å være. Det å være glad, ubekymret, lite irritert, sammen med venner, o.l. er med andre ord grunnleggende for det gode liv blant østfoldingene.

Andre beslektede egenskaper som underbygger det gode liv er opplevelsen av et trygt nærmiljø og å leve i etablert samlivsforhold, samtidig som vurderingen stiger med alder og inntekt, og dels det å være kvinne. Samtidig merker vi oss at flere av de tilskrevne (bosted, trivsel i nærområde, tilgang på nabo-hjelp) og oppnådde (hovedaktivitet, inntekt) statursegenskapene bare i begrenset grad underbygger denne dimensjonen. Det vil si, disse sistnevnte egenskapenes betydning reduseres når man samtidig tar hensyn til de førstnevnte.

Tabell 8.3: Livskvalitet klassifisert. Diskriminantanalyse, standardiserte kanoniske diskriminantfunksjoner. n=16.063.

Bakgrunn	Tilknytning til funksjon	Sign.
Sinnstilstand	0,88	0.00
Trygg i nærmiljøet	0,19	0.57
Sivilstand	-0,19	0.00
Kjønn	0,15	0.00
Pers. inntekt	0,14	0.00
Alder	0,07	0.00
Følt seg nedfor	0,03	0.58
Hovedaktivitet	0,03	0.00
Deltakelse i fritidsaktiviteter	0,01	0.09
Langvarig sykdom	0,01	0.00
Region	0,00	0,47
Antall nære personer	0,00	0.01
Egenvurdert helse	-0,01	0,04
Tilgang på nabo-hjelp	-0,03	0.00
Trivsel i nærområde	-0,03	0.00
Utdanning	-0,06	0.00
% korrekt klassifisert:		
Lav	74	
Middels	44	
Høy	71	
Eigenvalue	0.65	
Forklart varians %	98	

⁶⁵ Analyseteknikken forutsetter i utgangspunktet forklarings-egenskaper målt på intervallnivå – dvs der kjennetegnene måles med stigende eller synkende grad, slik de eksempelvis gjøres for inntekt. Tilnærmingen er i så måte tentativ i det vi gir det å være mann høyere verdi (2) enn det å være kvinne (1), det å være alene lavere verdi (1) enn å være gift/samboende (3), osv. Det samme gjelder scoresnes retning/fortegn.

⁶⁶ Analysen er en såkalt «diskriminantanalyse» som anvendes for å fordele respondentene i forhåndsdefinerte kategorier (lav, middels og høy livskvalitet), med utgangspunkt i et sett bakgrunnskjenne-tegn. Modellen vurderer i hvilken grad respondentene faktisk lar seg plassere i de respektive kategoriene, gitt fordelingen på de ulike bakgrunnskjenne-tegnene (diskrimineringsfunksjoner).

Strategier med utgangspunkt i region eller kjønn alene, vil ha begrenset treffsikkerhet. Dersom vi i tillegg tar hensyn til opplevd mening med livet, helsetilstand, etc., økes treffsikkerheten merkbart (tabell 7.2, nederste del). Det vil si, treffsikkerheten øker særlig i «marginene»: Syv av ti personer med henholdsvis «lav» eller «høy» egenvurdert livskvalitet lar seg korrekt predikere med utgangspunkt i modellens indikatorer. Og tilnærmet ingen (5 %) plasseres i motsatt kategori. Personer med «middels» god kvalitet er noe mer diffuse (seks av ti korrekt klassifisert: To av ti klassifiseres med høy- eller lav kvalitet henholdsvis, og således vanskeligere å tiltaksdefinere.

8.3 Tiltakenes karakter

Ut over det forhold at innbyggerens livssituasjoner er sammensatte og at tiltakenes effekt dels vil styres av hvorvidt man målretter mot de brede massene eller mot mindre kategorier med særskilte behov, reises spørsmålet om hvordan man best kan tilnærme seg disse. Når det gjelder bredt anlagte tiltak, og særlig der man er ute etter adferdsendring, vil man gjerne ty til informasjonstiltak i form av kampanjer el.l. Hvilken effekt vil disse i så fall kunne ha?

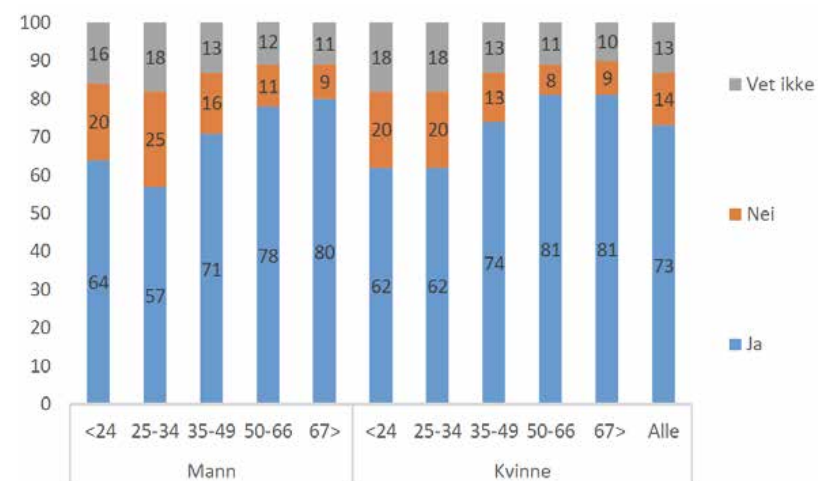
Unge sliter med offentlig informasjon

Vi har bedt befolkningen vurdere hvor enkelt eller vanskelig det er å lese informasjon om offentlige tjenester. Én av ti bekrefter eksplisitt at dette er en utfordring, mens like mange ikke tar stilling (Vet-ikke) og dermed dels bekrefter at det kan være en utfordring (figur 6.6).

Det er særlig blant de yngste under 35 år vi finner dem som har utfordringer med å finne og/eller lese informasjon fra det offentlige. Her sier to av ti eksplisitt «nei» (det vil si, ikke enkelt), mens omlag like mange sier «vet ikke». Andelen som synes det er lett stiger deretter med alderen til åtte av ti blant de eldste (men faller litt til syv av ti blant de eldste kvinnene).

Nå vil riktignok en informasjon/adferdsrettet kampanje gjerne være mer spesifikt innrettet og tidligere presentert enn hva som ligger til grunn i denne generelle vurderingen av hvor enkelt eller vanskelig det er å nyttiggjøre seg offentlig informasjon i sin alminnelighet. Likefullt kan vurderingene tjene som understrekning av behovet for at kampanjene også har en budskapsformidling og formidles via kanaler som treffer målgruppene hjemme.

Figur 6.6: Opplever du at det er enkelt for deg å finne og lese informasjon om offentlige tjenester? Prosent, n=16.416.



OSS i Østfold 2019

9

VEDLEGG



1. INNLEDNING

Oss i Østfold 2019 er en web-basert selvutfyllingsundersøkelse rettet mot et utvalg av den voksne befolkningen i alle kommuner i Østfold fylke, iverksatt av Østfold fylkeskommune (ØFK). I tillegg kartlegges befolkningen i Akershus og Buskerud fylker, som fra 2021 vil inngå i det nye større fylket «Østre viken». Særlig ønsket om å kunne sammenlikne resultatene med tidligere tilsvarende kartlegging i Østfold i 2011-12, samt digital distribusjon, legger føringer på undersøkelsesdesignet.⁶⁷

2. MÅLGRUPPE

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

Målgruppen er identifisert og tilrettelagt hos Folkeregisteret, landets best oppdaterte befolkningsregister. Folkeregisterinformasjonen er imidlertid ikke tilrettelagt for elektronisk utsending. Men Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har opprettet et kontaktregister (KRR), inklusive e-postadresse, som fellesløsning for offentlige virksomheter til bruk i dialogen med innbyggerne.⁶⁸ Ved kopling mot dette registeret muliggjøres digital utsending, som er både fleksibel og kosteffektiv. Det vil si, det er anledning til å reservere seg mot registrering, registerets ajourføring er basert på selvrapportering, deler av befolkningen er fremdeles ikke på nett og oppførte adresser er ikke alltid er korrekte (gir «bounce») eller er duplikater.⁶⁹

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

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



⁶⁷ Østfold helseprofil 2011. Teknisk rapport september 2012. TNS Gallup. Mimeo.

⁶⁸ Ren web-basert distribusjon ble bl.a. benyttet i Folkehelsekartleggingen i Hordaland 2017, basert på utsending med SMS eller e-post i hht registrert kontaktpunkt (telefonintervju av underutvalg). Det er også benyttet til folkehelsekartlegginger i regi av Helsedirektoratet.

⁶⁹ Kantar gjennomfører Difi's Innbyggerundersøkelse i 2017 og i 2019 med kombinert web- og postalskjema (sistnevnte for respondenter uten e-postadresse) hentet fra Kontaktregisteret. Web-respondentene utgjør 70% av respondentene. Andelen ukorrekte adresser er lav, men stigende med alderen. (https://www.difi.no/sites/difino/files/dokumentasjonsrapport/innbyggerundersokelsen_19.06_2017_u_vedlegg.pdf).

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

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

3. BRUTTO UTVALG

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

Utvalgsstørrelse

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

ØFK ønsket i utgangspunktet tilrettelagt endelige utvalg til analyse med anslagsvis 400 respondenter for hver kommune, og for hver bydel i de største byene (Halden, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad og Rygge).⁷⁰ For Akershus og Buskerud fylker var ønsket utvalg 1.000 respondenter i hvert fylke. Med utgangspunkt i erfaringstall for frafall under registerkoplinger og forventet respons, ble det estimert et brutto utvalgsbehov på 4.000 respondenter per rapporteringskategori. I så fall ville man kunne tolerere en respons blant de inviterte ned mot 15%. Videre ble det antatt å være behov for en dobling av utvalgsstørrelsen blant de yngre under 35 år, gitt at responsen i denne kategorien normalt er lavere enn blant de eldre. Med til sammen 35 utvalgsområder, fordelt på kommuner/bydeler i Østfold samt de to øvrige fylkene, tilsa dette at man ville kunne oppnå et netto utvalg til analyse med 14.000 respondenter og et brutto utvalg til utsending på om lag 120.000 respondenter. Det vil si, gitt at det var befolkningsgrunnlag for tilrettelegging av den ønskede utvalgsstørrelsen i de minste kommunene /bydelene.

Det var da klart at utvalget i utgangspunktet ville avvike fra befolkningen, i det særlig kravene om egne bydelsutvalg ville medføre overrepresentasjon av disse, relativt til hele fylkets geografiske

⁷⁰ ØFK ønsket i utgangspunktet tilrettelagt samme utvalgsstørrelse som i 2011, med 8-900 respondenter per utvalgsområde. Responsen i befolkningsundersøkelser var den gang om lag den dobbelte av hva man erfarer i dag, slik at utvalgsstørrelsene fra 2011 nå er vanskelige å oppnå.

befolkningsfordeling. Samtidig ville som nevnt kravet om e-posttilgang kunne påvirke respondentenes tilgjengelighet

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

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

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

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

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

For Akershus og Buskerud fylker ble det levert to utvalg som bestilt, på henholdsvis 10.000 respondenter hver. Ettersom utvalgskategoriene her er grovere enn for kommuner og regioner i

Østfold, medførte folkeregisterkoplede ingen ytterligere utvalgsavgrensninger. Etter e-postkoplede stod vi igjen med 7.900 respondenter til utsending i hvert av disse to fylkene.

Utvalgssammensetning

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

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

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

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

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

Utvalgsdesignet frem til utsending er da i første rekke å betrakte som et anslag på det endelige utvalget, da responsen i en befolkningskartlegging ikke kan forhånds garanteres.⁷¹ Samtidig er det hensiktsmessig å sende invitasjonene ut i puljer, slik at man ikke sender flere invitasjoner enn hva som trengs for å oppnå de ønskede intervjuer i hver enkelt rapporteringskategori.

⁷¹ Eksempelvis var Responsen i Diff's Innbyggerundersøkelse i 2017 21% i det digitale utvalget og 33% i det analoge – dels fordi det analoge har større andel eldre respondenter, som også er de mest responsvillige. En pilotering av folkehelseundersøkelsene i Agderfylkene og i Vestfold 2016 gav 43%: <https://www.fhi.no/publ/2017/folkehelseundersokelser-i-fylkene-pilot-dokumentasjonsrapport-organisering/>

4. METODE

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

Web-skjema

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

Web-skjema gir betydelig fleksibilitet i utformingen, effektiv bruk av filtre og kosteffektiv gjennomføring. Kantars spørreskjema er plattform-uavhengige. Ikke minst i en tid der inntil 50% av web-baserte befolkningsundersøkelser besvares via mobiltelefon, er det avgjørende viktig at undersøkelsen er tilpasset mobile enheter. Skjemaet har et omfang på 59 spørsmål. Median intervjuetid i web-utgaven er 17 minutter.⁷²

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

Innholdsmessig kartlegger skjemaet egenvurdert fysisk og psykisk helse, sammen med faktorer i nærmiljøet, som antas å påvirke innbyggernes livskvalitet. Ettersom tilgangen på registerbaserte folkehelseopplysninger er betraktelig utvidet i senere tid, er spørreskjemaets innhold tilpasset tilgangen på informasjon fra andre kilder.⁷³

5. DATAINNSAMLING

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

Gjennomføring

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

Responsmotivasjon

Følgende tiltak ble iverksatt for å stimulere deltakelse:

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

⁷² Kopi av spørreskjemaet finnes vedlagt.

⁷³ Blant annet er folkehelseprofiler på både fylkes- og kommunenivå nå tilgjengelige som del av FHIs informasjonsarbeid.

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

Respons og frafall

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

Tabell V1.3 Respons og frafall. Antall.

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

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

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

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

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

- Andelen er den samme blant kvinner (21%) og menn (19%).
- Andelen er lik på tvers av de tre fylkene (Østfold: 20%, Akershus: 22%, Buskerud: 21%).

- Andelen er høyest blant de yngste under 25 år (28%) og faller med stigende alder mot de eldste over 67 år (16%).
- Det antydes for øvrig at frafallet ut over i skjemaet knyttes til undersøkelsens tema: Innledningsvis viser egenvurdert helse den samme fordelingen blant komplette og ukomplette. Ikke-komplette utgjør deretter noe flere med alvorlige bevegelsesbegrensninger (17% mot 12%), andel som trives i lokalmiljøet (8% mot 4%), andel med få nære venner (7% mot 4%), etc.

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

6. NETTO UTVALG

Nettoutvalget etter endt datainnsamling skal være representativt for befolkningen, det vil si relativt til kjente egenskaper som alder, kjønn og bosted.⁷⁴ Kartleggingens respons og utvalgets størrelse er i så måte ikke nødvendigvis avgjørende for utvalgs kvaliteten, om frafallet er tilfeldig. Erfaringene fra tilsvarende tidligere kartlegginger tilsier imidlertid at dette ikke er tilfellet: Eksempelvis vil gjerne aldersgruppen under 29 år både være vanskelig tilgjengelig og å motivere til deltakelse. Gitt frafallet under datainnsamlingen reises spørsmålet om det endelige utvalget har avvikende trekk fra befolkningen, ut over de korreksjoner som er foretatt under utvalgsdesignet.

Utvalsrepresentativitet

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

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

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

⁷⁴ Representativitet når det gjelder undersøkelsens sentrale problemstilling, helse eller tilfredshet med livet, kan ikke vurderes, da disse egenskapene ikke er eksakt kjente i befolkningen.

Østfold og i de to øvrige fylkene. Høyest respons finner vi i Rygge, Hvaler, Aremark, Marker og Våler, der den utgjør over 20%.⁷⁵ Lavest respons, relativt sett, finner vi i Rømskog og Eidsberg der den utgjør om lag 16%. Med gjennomgående lik svarandel på tvers av kommunene, er utvalgets regionale fordeling etter utvalgsplanen intakt.

Det gjenstår da å sammenstiller det endelige utvalget med befolkningen etter alder og kjønn (Tabell V1.4). Den geografiske fordelingen vises her på fylkesnivå for å forenkle visualiseringen.⁷⁶ Betrakter vi det endelige Østfoldutvalget, ser vi at alders- og kjønnsfordelingen stort sett følger befolkningen, med et par unntak: Kvinner er noe overrepresentert. Aldersgruppene 18-24 år, 25-34 år og 50-66 år følger befolkningen, mens de eldste over 67 år er noe overrepresenterte på bekostning av aldersgruppen 35-49 år.

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

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

Vekting av netto utvalg

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

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

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

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

⁷⁵ Avviket fra Tabell V1.3 skyldes at ikke alle e-postkoblede respondenter er invitert til kartleggingen.

⁷⁶ For komplett utvalgsfordeling på kommunenivå, se Vedlegg 2.

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

Report					
Vekt			Mean	N	Std. Deviation
Kjønn	Fylke	Alder-kategorier			
Mann	Østfold	18-24	1,56	616	1,490
		25-34	1,42	942	1,201
		35-49	1,48	1514	1,039
		50-66	1,16	2165	,875
		67-79	,68	1906	,567
		Total	1,17	7143	1,016
	Akershus	18-24	1,47	60	,000
		25-34	1,63	76	,000
		35-49	2,46	94	,000
		50-66	1,14	195	,000
		67-79	,36	281	,000
		Total	1,09	706	,712
	Buskerud	18-24	1,27	64	,000
		25-34	1,86	65	,000
		35-49	1,77	116	,000
		50-66	1,21	173	,000
		67-79	,52	210	,000
		Total	1,15	628	,509
	Total	18-24	1,53	740	1,382
		25-34	1,46	1083	1,125
35-49		1,55	1724	1,001	
50-66		1,16	2533	,809	
67-79		,63	2397	,518	
Total		1,16	8477	,865	
Kvinne	Østfold	18-24	,80	1077	,765
		25-34	,78	1644	,594
		35-49	,97	2251	,794
		50-66	,90	2728	,667
		67-79	,83	1715	,682
		Total	,87	8415	,694
	Akershus	18-24	,68	119	,000
		25-34	1,25	98	,000
		35-49	1,39	163	,000
		50-66	,97	223	,000
		67-79	,51	214	,000
		Total	,92	817	,332
	Buskerud	18-24	,65	112	,000
		25-34	,87	132	,000
		35-49	1,17	167	,000
		50-66	1,01	204	,000
		67-79	,62	188	,000
		Total	,88	803	,212
	Total	18-24	,78	1308	,696
		25-34	,81	1874	,566
35-49		1,01	2581	,722	
50-66		,91	3155	,621	
67-79		,78	2117	,606	
Total		,88	11035	,650	
Total	Østfold	18-24	1,08	1693	1,146
		25-34	1,01	2586	,919
		35-49	1,18	3765	,919
		50-66	1,01	4893	,776
		67-79	,75	3621	,619
		Total	1,00	16550	,861
	Akershus	18-24	,95	179	,374
		25-34	1,41	174	,190
		35-49	1,78	257	,516
		50-66	1,05	418	,088
		67-79	,43	495	,075
		Total	1,00	1523	,540
	Buskerud	18-24	,88	176	,296
		25-34	1,19	197	,467
		35-49	1,42	283	,291
		50-66	1,10	377	,102
		67-79	,57	398	,054
		Total	1,00	1431	,397
	Total	18-24	1,05	2048	1,053
		25-34	1,05	2957	,875
35-49		1,23	4305	,885	
50-66		1,02	5880	,721	
67-79		,70	4514	,566	
Total		1,00	19512	,814	

Statistisk usikkerhet

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

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

A. Hele fylket

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

B- Kommune med 500 respondenter

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

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

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

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

Og tilsvarende – når en egenskap måles med eksempelvis 5% usikkerhet, må forskjellen i denne egenskapen mellom to kommuner være om lag 10% for at forskjellene skal kunne sies å være statistisk signifikante.⁷⁷

⁷⁷ Det vil si, forenklet sagt. Differansen mellom de to estimatene måles egentlig med sin egen spesifikke usikkerhet.

Vedlegg 2: Litteratur

- Barstad, Anders (2016) Hopping av dårlige levekår. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU_SILC 2013. Statistisk Sentralbyrå, rapport 2016/32.
- Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K et al. *The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory*. Behavioral Science 1974; 19: 1 - 15.
- Diener, E., m.fl.: *Purpose, Mood, and Pleasure in Predicting Satisfaction Judgments*. Social Indicators Research, online 25. januar 2011.
- Difi (2017). *Innbyggerundersøkelsen 2017*. Direktoratet for forvaltning og IKT. <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017>
- FHI: Folkehelseinstituttet (2011). *Rapport 2011:2 Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger - tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*.
- Gundersen, Knut og Moyhnanan, L. (2006) *Nettverk og sosial kompetanse*. Gyldendal akademiske. Beskrivelsen hentet fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/fritidkultur/16877>. op.cit.
- Helgesen, Marit K. m.fl (2014) *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR rapport 2014:3.
- Helsedirektoratet (2019) *Veivisere i lokale folkehelse tiltak*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelse-tiltak-veiviser-for-kommunen/utdanning-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag>
- Barstad, Anders, m.fl. (2016): *Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. Helsedirektoratet, Rapport IS-2479.
- Bang Nes, Ragnhild, m.fl (2018) *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. Helsedirektoratet, rapport IS-2727 KORT.
- OECD; Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (2017). *Guidelines on Measuring Subjective Well-being* SDSN; Sustainable Development Solutions Network. World Happiness report 2017.
- Kantar TNS (2017) *Østfold fylkeskommune. Nærmiljø og inkludering*. Mimeo.
- Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J.(red.): *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2011.
- Saunes, Ingrid S. m.fl. (2017). *Helse i Norge – 2017*. Kommentarrapport til OECDs sammenlikning av helse i ulike land. Rapport, Folkehelseinstituttet.
- Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M (2003) *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36)*. Nordic Journal of Psychiatry. 2003;57(2):113-8.
- Vittersø, J., m.fl.: *Life satisfaction is not a balanced estimator of the good life: Evidence from reaction time measures and self-reported emotions*. Journal of Happiness Studies, 10, 2009.
- Østfold fylkeskommune (2004) *Østfoldhelse 2004. Befolkningsundersøkelse om helsetilstand og miljøforhold i Østfold*. Rapport.
- Østfold fylkeskommune (2008) *Østfoldhelse 2008. Ungdomsundersøkelse om helse, miljø og trivsel*. Rapport.
- Østfold fylkeskommune (2011) *Østfold helseprofil 2011-2012*. Rapport. ISBN 978-82-91932-52-1. http://ostfoldhelse.no/wp-content/uploads/files/Helseprofil_lr.pdf
- Østfold fylkeskommune (2016) *Oss i Østfold*. Rapport - helseoversikt.

Vedlegg 3: Spørreskjemaet

Q001 - Q001: Helsen din	Single coded
Answer not required Not back	
HELSEN DIN	
Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse? Vil du si at den er:	
Normal	
1	Svært god
2	God
3	Verken god eller dårlig
4	Dårlig
5	Svært dårlig
6	Ubesvart/Vet ikke
Q002 - Q002: Helsen din	Single coded
Answer not required Not back	
Vil du si at du føler deg frisk nok til å kunne gjøre det du har lyst til?	
Normal	
1	Ja, for det meste
2	Ja, av og til
3	Nei (nesten aldri)
4	Ubesvart/Vet ikke
Q003 - Q003: Helsen din	Single coded
Answer not required Not back	
Har du noen form for langvarig sykdom eller helseproblem? Med langvarig tenkes på sykdom eller problem, som har vart eller forventes å vare i minst 6 måneder.	
Normal	
1	Ja
2	Nei
3	Ubesvart/Vet ikke
Ask only if Q003 - Q003,1	
Q004 - Q004: Helsen din	Single coded
Answer not required Not back	
Tenk på de 6 siste månedene. Har du hatt problemer med å utføre daglige aktiviteter på grunn av sykdom eller helseproblemer?	
Normal	
1	Ja, alvorlig begrenset
2	Ja, begrenset, men ikke alvorlig
3	Nei, ikke begrenset
4	Ubesvart/Vet ikke

Q005 - Q005: Helsen din

Matrix

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

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

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

Rendered as Dynamic Grid

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

Q006 - Q006: Helsen din

Single coded

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

Hvordan vurderer du tannhelsen din?

[Normal](#)

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

Q007 - Q007: Helsen din

Single coded

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

Når var du sist hos tannlege?

[Normal](#)

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

Q049 - Q049: Arbeid

Single coded

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

ARBEID

Hva er din nåværende hovedaktivitet?

[Normal](#)

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

Q008 - Q008: Arbeid

Single coded

[Not back](#)

Hvordan vurderer du arbeidsevnen din i forhold til din helsetilstand?

[Normal](#)

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

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

Q009 - Q009: Arbeid

Single coded

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

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

[Normal](#)

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

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

Q010 - Q010: Arbeid

Matrix

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

Hvor sjelden eller ofte forekommer følgende forhold i arbeid ditt?

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

Rendered as Dynamic Grid

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

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

Q011 - Q011: Arbeid

Matrix

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

Hvor sjelden eller ofte skjer følgende i arbeidssituasjonen din?

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

Rendered as Dynamic Grid

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

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

Q012 - Q012: Arbeid

Matrix

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

Hvor enig eller uenig er du i følgende:

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

Rendered as Dynamic Grid

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

Q013 - Q013: Kosthold og levevaner

Matrix

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

KOSTHOLD OG LEVEVANER

Hvor ofte...?

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

Rendered as Dynamic Grid

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

Q014 - Q014: Levevaner

Single coded

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

Røyker du?

Normal

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

Q015 - Q015: Levevaner

Single coded

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

Snuser du?

Normal

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

Q016 - Q016: Levevaner

Single coded

[Not back](#)

Hvor ofte drikker du alkohol?

Normal

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

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

Q017 - Q017: Levevaner

Single coded

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

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

Normal

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

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

Q018 - Q018: Levevaner

Single coded

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

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

Normal

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

Q019 - Q019: Levevaner

Matrix

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

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

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

Rendered as Dynamic Grid

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

Q020 - Q020: Fysisk aktivitet

Single coded

[Not back](#)

FYSISK AKTIVITET

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

Normal

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

Ask only if Q020 - Q020,1

Q021 - Q021: Fysisk aktivitet

Single coded

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

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

Normal

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

Q022 - Q022: Støtte

Single coded

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

STØTTE

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

Normal

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

Q023 - Q023: Støtte

Single coded

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

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

Normal

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

Q024 - Q024: Støtte

Single coded

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

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

Normal

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

Q025 - Q025: Støtte Single coded

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

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

Normal

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

Q026 - Q026: Støtte Single coded

[Not back](#)

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

Normal

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

Ask only if Q026 - Q026,5

Q027 - Q027: Støtte Multi coded

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

Hvorfor deltar du ikke?

Flere svar mulig

Normal

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

Q028 - Q028: Støtte Matrix

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

Hvor stor eller liten tiltro har du til følgende institusjoner:

Rows: Normal | **Columns: Normal**

Rendered as Dynamic Grid

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

Q029 - Q029: Nærområdet Single coded

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

NÆROMRÅDE

Hvordan trives du i nærmiljøet ditt?

Normal

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

Q030 - Q030: Nærområdet Matrix

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

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

Rows: Normal | **Columns: Normal**

Rendered as Dynamic Grid

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

Q031 - Q031: Nærområdet

Matrix

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

Opplever du at det er enkelt for deg:

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

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

Q032 - Q032: Nærområdet

Multi coded

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

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

Maksimum 4 svar

[Normal](#)

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

Scripter notes: Maksimum 4 svar

Q033 - Q033: Nærområdet

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q034 - Q034: Nærområdet

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q035 - Q035: Nærområdet

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q036 - Q036: Nærområdet

Single coded

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

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

Normal

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

Q037 - Q037: Nærområdet

Matrix

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

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

Rows: Normal | **Columns: Normal**

Rendered as Dynamic Grid

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

Q038 - Q038: Nærområdet

Matrix

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

Hvor enig eller uenig er du i påstandene nedenfor?

Rows: Normal | **Columns: Normal**

Rendered as Dynamic Grid

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

Q039 - Q039: Nærområdet

Matrix

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

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

Rows: Normal | **Columns: Normal**

Rendered as Dynamic Grid

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

Q041 - Q041: Nærområdet

Single coded

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

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

Normal

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

Q042 - Q042: Nærområdet

Single coded

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

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

Normal

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

Q043 - Q043: Nærområdet

Matrix

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

Rendered as Dynamic Grid

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

Q044 - Q044: Nærområdet

Matrix

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

Rendered as Dynamic Grid

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

Q048 - Q048: Bakgrunn

Single coded

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

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

[Normal](#)

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

Q050 - Q050: Bakgrunn

Single coded

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

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

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

[Normal](#)

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

Q051 - Q051: Bakgrunn

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q052 - Q052: Bakgrunn

Single coded

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

Eier eller leier du boligen din?

[Normal](#)

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

Q053 - Q053: Bakgrunn Single coded

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

Er du gift/samboer eller enslig?

Normal

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

Q054 - Q054: Bakgrunn Numeric

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

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

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q055 - Q055: Bakgrunn Numeric

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

Hvor mange personer under 18 år bor i husstanden din?

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q056 - Q056: Bakgrunn Numeric

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

Hvor høy er du?

Oppgi i cm.

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q057 - Q057: Bakgrunn Numeric

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

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

Oppgi i kg.

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q058 - Q058: Text

[Not back](#)

Tusen takk for at du fylte ut skjemaet!



OSS i Østfold 2019

Østfold fylkeskommune
Postboks 220, 1702 Sarpsborg
www.ostfoldfk.no



Grenseløse Østfold

Vedlegg 2

E-POSTINVITASJON

Emnefelt i e-post

Befolkningsundersøkelsen 'Oss i Østfold 2019' + Viken

E-posttekst

Velkommen til *folkehelseundersøkelsen – Oss i Østfold 2019*

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

Invitasjonen sendes til rundt 70 000 tilfeldig valgte personer over 18 år i Østfold og det som skal bli nye Viken fylkeskommune. E-postadressen din er hentet fra Folkeregistret av Direktoratet for IKT i forvaltningen (Difi).

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

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

Ytterligere informasjon om undersøkelsen kan du finne her:

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

Takk for at du bidrar til å styrke Østfold og nye Vikens arbeid for god folkehelse!

Spørreskjemaet finner du her [URL] _____

Informasjonsside: Lenket opp som eget bilag (åpnes i nytt vindu)

Det er frivillig å delta

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

Personvern – oppbevaring av opplysninger

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

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

Anvendelse av informasjon

Undersøkelsens resultater formidles etter avsluttet datainnsamling, bl.a. via Østfold fylkeskommunes nettsider: <https://www.ostfoldfk.no/folkehelse/oss-i-ostfold-2019-befolkningsundersokelse/>. Her vil

du kunne lese mer om funnene, både for fylket og for din egen kommune. Resultater publiseres kun på gruppenivå, der enkeltpersoner ikke er gjenkjennbare. Det vil ikke bli gitt individuell tilbakemelding til deltakerne om resultater fra undersøkelsen.

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

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

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

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

Med vennlig hilsen
Folkehelseteamet i Østfold fylkeskommune



Vedlegg 3

Meldeskjema

Referansenummer

712015

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Helseopplysninger

Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle

Datamaterialet jeg ønsker å benytte i dette materialet inneholder følgende bakgrunnsopplysninger:

Fødselsår

Hovedaktivitet (yrkesaktiv, arbeidsledig, student)

Høyeste fullførte utdanning

Sivil status

Husstandens samlede bruttoinntekt

Eid/leid bolig

Antall personer i husstanden

Antall personer i husstanden over 18 år

I tillegg inngår opplysninger om selvrapportert helse

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Hvilke faktorer bestemmer selvrapportert helse?

Prosjektbeskrivelse

Dette prosjektet gjennomføres som et masterprosjekt i folkehelsevitenskap ved NMBU. Målet for prosjektet er å undersøke hvilke faktorer som er assosiert med selvrapportert helse (SRH) i et representativt utvalg av befolkningen (n= 16385) i alderen 18-79 år i Østfold i 2019. Videre er det et mål å undersøke om det er sosioøkonomiske forskjeller i hvilke faktorer som er assosiert med SRH.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Jeg ønsker å benytte personopplysningene for å gruppere datamaterialet inn i ulike kategorier som kjønn, alder, utdanning, inntekt, yrkesaktiv/arbeidsledig, sivil status for å undersøke en sammenheng mellom disse og andre faktorer som er assosiert med selvrapportert helse

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Trond Lien, lien.trond@gmail.com, tlf: 95002054

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Camilla Ihlebæk, camilla.ihlebak@nmbu.no, tlf: 4767231264

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Fylkesundersøkelsen i Østfold 2019
Utvalget består av den generelle befolkningen bosatt i Østfold

Rekruttering eller trekking av utvalget

Utvalget er tilfeldig trukket blant innbyggerne i de ulike kommunene som deltok i spørreundersøkelsen. Utvalget ble tilrettelagt av Folkeregistret slik at det var representativt for befolkningen.

Alder

18 - 79

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Elektronisk spørreskjema

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Datamaterialet er allerede innsamlet, og Østfold fylkeskommune (nå Viken) var ansvarlig for undersøkelsen. Deltakerne ble informert om at de til en hver tid kunne trekke seg fra undersøkelsen uten at dette ville ha noen konsekvenser. Mailadressen til personvernombudet i Viken ble oppgitt i email invitasjonen.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Deltakerne fikk informasjon om at de under datainnsamlingene hadde rett til informasjon, innsyn, korrigerings, sletting og sperring etter helseregisterlovens paragraf 23 til 25. De ble informerte om at de på forespørsel kan få utlevert en kopi av opplysningene sine, og at de kan sende klage på opplysningenes behandling til personvernombudet eller datatilsynet.

Totalt antall registrerte i prosjektet

10.000-49.999

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres fortløpende

Varighet

Prosjektperiode

01.12.2021 - 31.12.2022

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, data vil bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Koblingsnøkkelen slettes

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Data vil bli utlevert fra Viken Fylkeskommune når godkjenning fra NSD foreligger.



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

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway