



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2022 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Har sosial kapital betydning for global livskvalitet i Østfold?

En tverrsnittstudie av befolkningen i Østfold
2019

Thea Tollås Nørvåg
Master i Folkehelsevitenskap

Forord

To år med masterstudie i folkehelsevitenskap nærmer seg nå slutten. Jeg var utrolig heldig og privilegert som fikk mulighet til å studere igjen. Disse to årene har bydd på noen utfordringer og har vært krevende, men mest av alt har det vært to fine år fylt av ny kunnskap og nye vennskap.

Vi var heldige å få tilbringe de første månedene på skolen og fikk muligheten til å bli kjent med medstudenter før smittevernstiltakene hindret den fysiske undervisningen. Etter dette ble mye av studiehverdagen tilbrakt hjemme med digital undervisning. Da var det ekstra godt å ha gode medstudenter og engasjerte, flinke og kunnskapsrike forelesere.

Jeg ønsker aller først å rette en stor takk til min veileder Camilla Martha Ihlebæk, professor ved Institutt for folkehelsevitenskap, NMBU. Du har vært tålmodig og en god støtte gjennom masteroppgaven og jeg er utrolig takknemlig for at du har vært veilederen min. Du har gitt meg gode råd og tilbakemeldinger og din interesse og kunnskap i faget ditt har gitt meg ekstra motivasjon, både i undervisning og for masteroppgaven.

Jeg ønsker også å takke Viken fylkeskommune for at jeg fikk benytte datamateriale fra befolkningsundersøkelsen *Oss i Østfold – 2019*.

Videre vil jeg også takke mine medstudenter som jeg har jobbet tett sammen med gjennom hele studiet. Dere har gjort studietiden morsom og lærerik. Takk til vennene mine som har støttet meg gjennom studiet.

Til slutt vil jeg takke familien min, spesielt Jonas, Tine, mamma, pappa, farmor og farfar for god støtte og oppmuntring og tanteungene mine Julian og Leon for lek om moro. Og ikke minst takk til den utrolige kjæresten min, Andreas, som har hjulpet meg med å koble av og tenke på noe helt annet enn studier.

Oslo, mai 2022

Thea Tollås Nørvåg

Sammendrag

Bakgrunn: Livskvalitet er et viktig mål på hvordan det står til i befolkningen og er dermed viktig for folkehelsearbeidet. Norge ligger i verdenstoppen når det kommer til livskvalitet, men nivået har gradvis sunket de siste årene. En av faktorene som har blitt vist å ha en innvirkning på livskvalitet er sosial kapital. I tillegg kan sosiodemografiske faktorer virke inn. Men det er lite forskning i Norge på disse sammenhengene, og det er behov for ytterligere kunnskap i en norsk kontekst.

Hensikt: Å undersøke sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet, og se hvordan sosiodemografiske variabler påvirker denne sammenhengen.

Metode: Denne tverrsnittstudien hadde et analytisk utvalg på 12 815 personer (18-79 år). Datamaterialet som ble benyttet ble hentet fra *Oss i Østfold 2019*, en nettbasert befolkningsundersøkelse om levekår, helse og livskvalitet i Østfold fylkeskommune. Det ble benyttet logistisk regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom sosial kapital (tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet), sosiodemografiske variabler og global livskvalitet. I analysen ble det også kontrollert for ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom eller helseproblem.

Resultater: Gjennomsnittet for global livskvalitet i Østfold lå på 7.5 på en skala fra 0-10. Resultatene viste at høy grad av tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet ga en økt odds for å rapportere høy global livskvalitet. Oddsen for å rapportere høy global livskvalitet var også høyere for kvinner, med økende alder, for de med partner, sysselsatte, pensjonister og de som opplevde sin økonomiske situasjon som lett. Den fulljusterte regresjonsmodellen forklarte 42 % av variansen i global livskvalitet.

Konklusjon: Denne studien viser at det er viktig at det legges til rette for økt sosial kapital og redusert ulikhet i folkehelsearbeidet for å bedre befolkningens globale livskvalitet.

Abstract

Background: Well-being is an important measurement of how the population is doing and is thus important for public health. Norway ranks among the top internationally on the level of well-being, however the level has declined in recent years. One of the factors that has been shown to have an impact on well-being is social capital. In addition, socio-demographic factors have also been shown to have an impact. There is still a need for further knowledge about how social capital and socio-demographic factors affect well-being in a Norwegian context.

Aim: To investigate the association between social capital and global well-being, and how socio-demographic variables affect the association.

Methods: This cross-sectional study had an analytical sample of 12,815 (18 to 79 years). The data material used was taken from «Oss i Østfold 2019», an online population survey on living conditions, health and well-being in Østfold County Municipality. Logistic regression analysis was used to examine the relationship between social capital (trust, social support, participation and belonging), socio-demographic variables and global well-being. The model was controlled for loneliness, physical activity, and long-term illness or health problems.

Results: The average for global well-being in Østfold was 7.5 on a scale from 0-10. The results showed that a high degree of trust, social support, participation and belonging increased the odds of reporting high global well-being. The odds of reporting a high global well-being were also higher for women, with increasing age, for those with a partner, employees, pensioners, and those who experienced their financial situation as easy. The fully adjusted regression model explained 42% of the variance in global well-being.

Conclusion: The study shows that it is important to facilitate increased social capital and reduce inequality in public health in order to improve the population's global well-being.

Tabelloversikt

- Tabell 1 Deskriptiv statistikk for studiepopulasjon og det analytiske utvalget for global livskvalitet og sosial kapital (tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet),
- Tabell 2 Deskriptiv statistikk av studiepopulasjon og det analytiske utvalget for de sosiodemografiske variablene (kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidsdeltakelse og opplevd økonomi) og konfunderende variablene (ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom eller helseproblem).
- Tabell 3 Assosiasjoner mellom sosial kapital og global livskvalitet. Gruppeforskjeller er analysert med Pearsons Kji-kvadrat test (kategoriske variabler) og uavhengig t-test (kontinuerlige variabler)
- Tabell 4 Assosiasjon mellom sosiodemografiske variabler og global livskvalitet, samt konfunderende variabler og global livskvalitet. Analysert med Pearsons Kji-kvadrat test
- Tabell 5 Trinnvis logistisk regresjonsanalyse av assosiasjonen mellom global livskvalitet og sosial kapital, sosiodemografiske variabler og de konfunderende variablene; ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom/helseproblemer

Figuroversikt

- Figur 1 En videreutvikling av Dahlgren og Whiteheads; The main determinants of health (Helsedirektoratet, 2014, s. 13)

Forkortelser

Difi	Direktoratet for forvaltning og IKT
EU	Den europeiske union
FN	Forente nasjoner
KRR	Kontakt- og reservasjonsregisteret
NSD	Norsk Senter for Forskningsdata
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development/ Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling
OSSS-3	Oslo Social Support Scale
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
SSB	Statistisk sentralbyrå
WHO	World health organization/Verdens helseorganisasjon
ØFK	Østfold fylkeskommune

Innholdsfortegnelse

Forord	II
Sammendrag	III
Abstract	IV
Tabelloversikt	V
Figuroversikt	V
Forkortelser	VI
1 Innledning	1
2 Bakgrunn	3
2.1 Folkehelse og folkehelsearbeid.....	3
2.2 Helse og livskvalitet.....	6
2.2.1 Livskvalitet.....	7
2.3 Faktorer som påvirker helse og livskvalitet.....	10
2.4 Sosial kapital.....	11
2.4.1 Tillit.....	12
2.4.2 Sosial støtte.....	13
2.4.3 Deltakelse.....	15
2.4.4 Tilhørighet.....	15
2.5 Sosiodemografiske faktorer.....	16
2.5.1 Kjønn.....	16
2.5.2 Alder.....	16
2.5.3 Sivilstatus.....	17
2.5.4 Sosioøkonomiske faktorer.....	17
2.6 Ensomhet, fysisk aktivitet og helseproblemer.....	20
2.6.1 Ensomhet.....	20
2.6.2 Fysisk aktivitet.....	21
2.6.3 Langvarig sykdom og helseproblemer.....	21
3 Problemstilling	23
4 Metode	24
4.1 Studiedesign.....	24
4.2 Studiepopulasjon og utvalg.....	24
4.3 Spørreskjema.....	25

4.4	Variabler	25
4.4.1	Avhengig variabel	25
4.4.2	Uavhengige variabler	25
4.5	Dataanalyse og statistiske metoder	28
4.6	Etiske retningslinjer og vurderinger	29
5	Resultater	31
5.1	Deskriptiv statistikk	31
5.2	Global livskvalitet og bivarierte sammenhenger	34
5.3	Trinnvis logistisk regresjonsanalyse	36
6	Diskusjon	41
6.1	Oppsummering av resultatene	41
6.2	Diskusjon av global livskvalitet	41
6.3	Diskusjon av sosial kapital og global livskvalitet	42
6.3.1	Diskusjon av de sosiodemografiske faktorenes innvirkning på sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet	46
6.4	Diskusjon av sosiodemografiske faktorer og global livskvalitet	47
6.5	Diskusjon av konfunderende variabler og global livskvalitet	51
6.6	Metodediskusjon	53
6.6.1	Valg av studiedesign og metode	53
6.6.2	Databehandling	55
6.6.3	Intern validitet og reliabilitet	57
6.6.4	Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget	58
7	Konklusjon og implikasjoner	60
8	Litteraturliste	61

Vedlegg

Vedlegg 1: Oss i Østfold 2019 – Om undersøkelsen og spørreskjema

Vedlegg 2: E-post invitasjon og informasjon til respondenter

Vedlegg 3: Vurdering på søknad fra NSD

1 Innledning

Livskvalitet sier noe om hvordan vi har det og brukes ofte som en indikasjon på hvordan det står til i befolkningen (Carlquist, 2015; Nes et al., 2021). På verdensbasis har Norge vært, og er fremdeles, et av landene med høyest livskvalitet (Helliwell et al., 2021). Selv om majoriteten av befolkningen i Norge opplever å ha god livskvalitet, kan det i enkelte studier nå ses en nedadgående trend i den opplevde livskvaliteten, spesielt blant den yngre befolkningen (Hellevik & Hellevik, 2021; Helliwell et al., 2021). Målinger på livskvalitet i Norge har også vist at fordelingen av livskvalitet er ulik mellom forskjellige grupper i samfunnet. Påvirkningsfaktorer ses å være blant annet sosioøkonomisk posisjon, fysisk og psykisk helse, seksuell legning og alder (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det har blitt rettet oppmerksomhet mot tiltak som kan fremme helse og livskvalitet både nasjonalt og internasjonalt. I Norge skal Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) fra 2012 bidra til god helse og livskvalitet. Internasjonalt kan De forente nasjoner (FN) sine 17 bærekraftsmål nevnes, der spesielt bærekraftsmål 3 har til hensikt å fremme god helse og livskvalitet (FN-Sambandet, u.å.-d; Meld. St. 40 (2020–2021)). Bærekraftsmålene henger dog tett sammen og det er derfor nødvendig å også fokusere på flere bærekraftsmål for å oppnå god helse og livskvalitet (Meld. St. 40 (2020–2021)).

Sosial kapital er én dimensjon som er viktig innen sosial bærekraft, og er i tillegg viktig for helse og livskvalitet (Ehsan et al., 2019; Helliwell, Aknin, et al., 2017; Hofstad & Bergsli, 2017; Yip et al., 2007). En annen dimensjon som har positiv innvirkning på livskvalitet er sosial likhet (Di Martino & Prilleltensky, 2020). Sosial ulikhet kan derimot ses på som en trussel mot livskvalitet fordi ulikheter mellom grupper i samfunnet også skaper ulikheter i helsetilstanden mellom gruppene (Dahl et al., 2014; Helsedirektoratet, 2018). Det er sett at sosiale ulikheter har en negativ assosiasjon med flere sykdommer, skader og plager og fører til en redusering i antall år med god helse og høy livskvalitet (Dahl et al., 2014; Helsedirektoratet, 2018).

Selv om Norge stort sett har gjort det bra på målinger forbundet med helse og livskvalitet, legges sosial ulikhet frem som én av folkehelseutfordringene i landet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021). Østfold fylkeskommune er en region med levekårsutfordringer, hvor flere av levekårsvariablene har lavere gjennomsnittsskår enn på landsbasis (Folkehelseinstituttet, 2017). Kunnskap om hvordan sosial kapital er assosiert med livskvalitet er begrenset i en norsk kontekst generelt og i Østfold spesielt. Videre er det begrenset kunnskap om hvordan sosiodemografi påvirker denne sammenhengen. Målet for

denne studien er derfor å undersøke assosiasjonen mellom sosial kapital og livskvalitet hos den voksne befolkningen i Østfold og videre hvordan sosiodemografiske faktorer påvirker denne sammenhengen.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet vil det bli gitt en oversikt over politiske og teoretiske perspektiver for oppgaven, i tillegg til tidligere forskning som er relevant for problemstillingen. Først blir den politiske forankringen presentert gjennom folkehelsearbeid, folkehelseloven, Ottawa charteret og FNs bærekraftsmål. Videre blir ulike perspektiver på helse og livskvalitet presentert før det blir redegjort for begrepet helsedeterminanter. Deretter vil de relevante helsedeterminantene for denne oppgaven beskrives nærmere og tidligere forskning på sammenhengen mellom disse og livskvalitet blir gjort rede for.

2.1 Folkehelse og folkehelsearbeid

I Norge ble det i 2012 satt i kraft en lov om folkehelsearbeid med et stort fokus på at flere sektorer enn helsesektoren har ansvar for folkehelsearbeidet og at det skal tenkes helse i alt vi gjør (Folkehelseloven, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.).

I Folkehelseloven (2012, § 3a) defineres folkehelse som: «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2012). Folkehelsearbeid kan derfor ikke kun fokusere på enkeltindividers helse, men se på helsen i samfunnet som helhet. Folkehelseloven har til hensikt å sørge for at det på hvert plan; kommune, fylkeskommune og statlig helsemyndighet, igangsettes tiltak og at folkehelsearbeidet koordineres. På denne måten skal det sikres at arbeidet utføres på en forsvarlig måte og planlegges slik at folkehelsearbeidet blir utført systematisk og at arbeidet skal være nyttig også på lang sikt (Folkehelseloven, 2012). Videre står det at formålet med folkehelseloven er at: «Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse» (Folkehelseloven, 2012, § 1). Et viktig formål av folkehelseloven er at folkehelsen i landet skal utvikles i positiv retning ved blant annet å redusere ulikhetene mellom rik og fattig og dermed redusere sosiale ulikheter i helse (Folkehelseloven, 2012). Det er også rettet stor oppmerksomhet rundt helsefremming, folkehelsearbeid og livskvalitet på et internasjonalt nivå, hvor Ottawa charteret og FNs bærekraftsmål er sentrale.

I Ottawa charteret for helsefremming fra 1986 står det at helsefremming er en prosess som fører til at mennesker får muligheten til å handle slik at de får kontroll over sin egen helse (WHO, 1986). På denne måten kan mennesker selv bidra til å forbedre helsen sin. Helse avhenger av individuelle egenskaper og ressurser så godt som egenskaper ved samfunnet. Med egenskaper ved samfunnet menes for eksempel om det er krig eller fred og om innbyggerne har tilgang til

ulike ressurser som dekker grunnleggende behov. Videre er slike egenskaper bo- og arbeidsforhold, tilgang til goder, som utdanning og inntekt, stabilt økosystem, bærekraftige ressurser og sosial rettferdighet og likhet (WHO, 1986). For å sette personer i stand til å ta kontroll over egen helse og ta sunne valg er man blant annet avhengig av at det er tilgang til informasjon for alle. Samtidig er det viktig at omgivelsene er utarbeidet på en måte som gir muligheter for endringer slik at det ikke gjøres forskjell på hvem som får muligheten til å ta kontroll over egen helse, og bærekraftige ressurser er derfor viktig (WHO, 1986).

Begrepet bærekraftig utvikling ble først brukt da Brundtland-kommisjonen i 1987 utga rapporten *Vår felles framtid* (FN-Sambandet, u.å.-a; United Nations, 1987). Rapporten bidro til at begrepet kom på dagsorden internasjonalt og endret hvordan FNs medlemsland arbeidet for å finne løsninger på utfordringer rundt fattigdom og klima (FN-Sambandet, u.å.-a). FN har utformet planen *FNs bærekraftsmål*. Planen inneholder 17 hovedmål som skal bidra til å «...utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030» (FN-Sambandet, u.å.-c). Formålet med bærekraftsmålene er at verden sammen kan arbeide mot globale utfordringer (FN-Sambandet, u.å.-c).

Bærekraftig utvikling består av tre dimensjoner; klima og miljø, økonomi og sosiale forhold (FN-Sambandet, u.å.-a). Bærekraftig utvikling går ut på å finne en balanse mellom ressursbruk og fordeling av ressurser, slik at det blir bærekraftig for miljø, mennesker og samfunn (FN-Sambandet, u.å.-a). De tre dimensjonene har en gjensidig påvirkning på hverandre, og alle er viktige for en bærekraftig utvikling (Hofstad & Bergsli, 2017). For denne masteroppgaven vil sosial bærekraft være spesielt viktig. Den sosiale dimensjonen av bærekraft handler om å ivareta menneskers grunnleggende behov, likestilling, lik fordeling av goder og byrder, og et inkluderende og trygt lokalsamfunn med et godt fellesskap (FN-Sambandet, u.å.-a; Hofstad & Bergsli, 2017). Blant faktorene som er viktige for sosial bærekraft er sosial likhet og sosial kapital (Hofstad & Bergsli, 2017). Sosial likhet innebærer at det er en rettferdig fordeling av samfunnets ressurser. Sosial likhet og rettferdighet har blant annet en positiv virkning på samfunnets økonomi og bidrar til lavere helseutgifter (Hofstad & Bergsli, 2017). Sosial kapital kan forklares som en ressurs for samfunn eller enkeltindivider, og består av sosial samhandling og nettverk hvor normer og tillit er viktige egenskaper (Bourdieu, 1986; Putnam, 1993; Putnam et al., 1993; Wollebæk & Seggaard, 2011). Sosial kapital kan på sin side bidra til en mer bærekraftig utvikling ved å skape trygghet og tilhørighet, og gi mulighet for at folk skal kunne slå røtter (Hofstad & Bergsli, 2017; Yoo & Lee, 2016). Samtidig vil måten samfunnene er utformet på, for eksempel om det er tilgjengelige møteplasser, være viktig for utviklingen av

sosial kapital (Hofstad & Bergsli, 2017; Yoo & Lee, 2016). Sosial kapital vil bli videre beskrevet i kapittel 2.4.

I denne oppgaven er det tre bærekraftsmål som anses som særlig relevante.

Med bærekraftsmål 3, *God helse og livskvalitet*, er målet å gi en god folkehelse og bedre livskvalitet for hele befolkningen i alle aldre (FN-Sambandet, u.å.-d). Siden god helse er avgjørende for samfunnsdeltakelse vil et slikt mål kunne bidra til å sikre deltagelse i samfunnet og samtidig fremme samfunnets utvikling (FN-Sambandet, u.å.-d). Selv om fremskrittene innen bærekraftsmål 3 har hatt en svært positiv utvikling på verdensbasis gjennom de første årene av det 21 århundre, gjenstår det allikevel en god del arbeid for å nå målet (Meld. St. 40 (2020–2021)). For å oppnå god helse og livskvalitet, må det legges opp til helsefremmende og forebyggende arbeid og utarbeides gode helsesystemer, tilgang til nødvendig utstyr og medisiner, samt helsepersonell med nødvendig kompetanse (Meld. St. 40 (2020–2021)).

Bærekraftsmål 10, *Mindre ulikhet*, går ut på at alle skal få mulighet til å utdanne seg og få helsehjelp, ha et godt skattesystem slik at forskjellen blir mindre mellom rik og fattig og at alle skal få anledning til å bedre sine levekår (FN-Sambandet, u.å.-e). Hensikten er at ulikheten skal bli mindre både innad i landene og mellom landene. Ulikhetene i inntekt i Norge er små i forhold til andre land, men det ses allikevel en tendens til økt ulikhet også i Norge (FN-Sambandet, u.å.-e; Kinge et al., 2019).

Med bærekraftsmål 11, *Bærekraftige byer og lokalsamfunn*, er hensikten å sikre inkluderende og trygge lokalsamfunn som er robuste og bærekraftige (FN-Sambandet, u.å.-b). Urbanisering har ført til at byene preges av et yrende liv med blant annet handel, kultur og sosial samhandling, men en slik utvikling kan også bidra til å skape ulikheter mellom områder i byene, hvor enkelte områder er dårligere enn andre når det kommer til boforhold og tilgang til tjenester (FN-Sambandet, u.å.-b). Boliger og transportsystemer med overkommelig pris og god sikkerhet er aktuelle tiltak som kan fremme både helse og livskvalitet, men også skape mindre ulikhet gjennom mer likestilte muligheter (Meld. St. 40 (2020–2021)).

Handlingsplanen *Mål med mening* omtaler hvordan Norge skal oppnå bærekraftsmålene innen 2030. Blant tiltakene som fremkommer i handlingsplanen er folkehelsearbeid (Meld. St. 40 (2020–2021)). I tillegg trekkes tillit, trygghet, deltagelse og tilhørighet frem som viktige faktorer for å få til en bærekraftig utvikling med lik tilgang til samfunns-goder (Meld. St. 40 (2020–2021)). God helse og livskvalitet er svært betydningsfullt for enkeltpersoner, men det er

også av stor betydning for samfunnet i sin helhet, som kan dra nytte av for eksempel deltakelse i arbeidslivet. En god folkehelse som er jevnt fordelt fungerer dermed som en av de mest vesentlige ressursene i samfunnet (Meld. St. 40 (2020–2021)).

Som vist ovenfor, er folkehelse og sosial bærekraft relaterte begreper. Sosial ulikhet, sosial kapital og livskvalitet er alle sentrale dimensjoner innen begge felt (Hofstad & Bergsli, 2017). Allikevel er det fremdeles manglende kunnskap om hvordan disse dimensjonene er assosiert med hverandre.

Nedenfor vil helse og livskvalitet presenteres før det blir gått nærmere inn på faktorer som påvirker livskvalitet og som er aktuelle for denne oppgaven.

2.2 Helse og livskvalitet

Siden begrepene helse og livskvalitet henger tett sammen, er det naturlig å først gjøre rede for begrepet helse før livskvalitet presenteres. Helse er et begrep som har blitt forstått og definert på forskjellige måter. For eksempel ble helse i 1948 definert av Verdens helseorganisasjon (WHO) som: «... a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (WHO, 1948, s. 1). Helse innebærer i denne definisjonen at man har fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære i tillegg til at man hverken opplever sykdom eller lidelse. Videre står det at alle mennesker har rett til å kunne oppnå høyeste formen for helse (WHO, 1948). WHO sin definisjon av helse har blitt kritisert, blant annet av Peter Fredrik Hjort. Kritikken baserte seg på at til tross for sykdom så kan folk oppleve at de har god helse (Hjort, 1982). Hjort definerte helse som at en både har evne og kapasitet til å håndtere og tilpasse seg uunngåelige utfordringer, som funksjonshemming, ulykker, livsproblemer, konflikt og alderdom (Hjort, 1982). I en artikkel av Huber et al. (2011), som omhandler hvordan helse burde defineres, kritiseres også WHO sin definisjon av begrepet. I artikkelen ble helse definert som det å ha mulighet til å tilpasse seg og ta vare på seg selv (Huber et al., 2011). Aaron Antonovsky er en annen teoretiker som har bidratt inn mot helsebegrepet og han introduserte en salutogenetisk tilnærming til ordet helse, og så på faktorer som kunne bidra til bedre helse (Antonovsky, 1996). Antonovsky mente at en persons oppfattelse av sin situasjon påvirket hvordan personen håndterte den (Antonovsky, 1996). Han la frem tre viktige faktorer; mening (et ønske om eller en motivasjon til å håndtere situasjonen), troen på at situasjonen kan forklares, og troen på at en har ressursene som kreves for å håndtere situasjonen (Antonovsky, 1996).

I en studie av Fugelli og Ingstad (2001) ble det vist at begrepet helse ble forstått på ulike måter i befolkningen (Fugelli & Ingstad, 2001). Her fant de at folk flest tenkte på helse som en blanding av flere faktorer. Elementer som ble trukket fram var trivsel, fysisk funksjon og en kropp som fungerte, at nære relasjoner hadde det bra, tilgang til naturen, humør, mestringsfølelse og overskudd til å gjøre ønskelige aktiviteter (Fugelli & Ingstad, 2001). Helse kan ses på som en ressurs for hvert enkelt individ (Fugelli & Ingstad, 2001). Hvordan en person opplever helse varierer dermed fra person til person. Enkelte i studien betraktet for eksempel det å ha en diagnose som at det ga dårlig helse, mens andre anså ikke nødvendigvis diagnosen til å påvirke helsen. Studien viste at helse blant folk flest ble sett på som en kombinasjon av flere ulike elementer som må være tilstrekkelig til stede for at helsen skal oppleves som god (Fugelli & Ingstad, 2001). De ulike definisjonene av helse viser mangfoldet for hvordan helsebegrepet kan forstås og tolkes. Nedenfor blir sammenhengen mellom helse og livskvalitet kort presentert før livskvalitetsbegrepet blir gjort rede for.

Hva som betegnes som god livskvalitet er nært knyttet til en persons fysiske og psykiske helse (Carlquist, 2015). Det er også vist at høy livskvalitet kan bidra til bedre helse, både fysisk og psykisk, og flere faktorer som påvirker livskvalitet i positiv retning bidrar også til å forebygge plager i forbindelse med særlig psykisk helse, som for eksempel å forebygge ensomhet (Barstad & Sandvik, 2015; Fredrickson et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2005; Reneflot et al., 2018). Høy livskvalitet kan derfor anses å være en betydningsfull, forebyggende faktor mot psykisk sykdom (Nes, 2016; Nes & Clench-Aas, 2011; Reneflot et al., 2018). Som oppgaven senere skal vise er det mange faktorer som påvirker både helse og livskvalitet, men før disse faktorene blir gått nærmere inn på, vil begrepet livskvalitet bli nærmere forklart.

2.2.1 Livskvalitet

Livskvalitet er et komplekst begrep som har flere definisjoner og teoretiske tilnærminger (Carlquist, 2015). I denne oppgaven vil det bli sett på ulike definisjoner av begrepet, de to hovedgruppene subjektiv- og objektiv livskvalitet vil bli forklart, samt hedonisk- og eudaimonisk livskvalitet og global livskvalitet.

Én av definisjonene for livskvalitet ble utarbeidet av WHO i 1998. WHO definerte livskvalitet som: «Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet sett i lys av kultur og det verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker at livet skal være og hva de er opptatt av» (WHO, 1998, s. 11). Her beskrives livskvalitet som en individuell opplevelse av hvordan livet er, og er en mer subjektiv forståelse av begrepet. Individet baserer sin vurdering

på ulike kvaliteter ved livet, som kultur og det sosiale (WHO, 1998). Livskvalitet kan dermed ikke sies å være det samme som helsestatus, livsstil, livstilfredshet, mental tilstand, velvære, eller andre lignende begreper, men livskvaliteten påvirkes av disse elementene (WHO, 1998). Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) definerte subjektiv livskvalitet som: «Good mental states, including all of the various evaluations, positive and negative, that people make of their lives and the affective reactions of people to their experiences» (OECD, 2013, s. 10). Hensikten med denne definisjonen var å inkludere alle aspekter ved subjektiv livskvalitet, og dekke individets helhetlige vurdering og opplevelse av sitt liv (OECD, 2013). OECD sin definisjon innebærer blant annet individets tilfredshet med økonomisk status, helsestatus og mening i livet. Mening i livet er et aspekt ved subjektiv livskvalitet som har en mer eudaimonisk tilnærming, som det snart skal ses nærmere på (OECD, 2013).

Ved subjektiv livskvalitet vil det være et fokus på positive følelser og opplevelser, samt en opplevd tilfredshet ved livet (Carlquist, 2015; Nes, 2016). Subjektiv livskvalitet overlapper en del med begrepet psykisk helse (Carlquist, 2015). Objektiv livskvalitet omhandler personers livssituasjon, for eksempel hva en person har av goder og hvordan helsen og funksjonsevnen er (Nes et al., 2018; Reneflot et al., 2018). Begrepene velferd og levekår brukes gjerne om den objektive livskvaliteten (Carlquist, 2015; Nes, Nilsen, et al., 2020). Til tross for at subjektiv og objektiv livskvalitet anses å være forskjellige, glir også disse begrepene inn i hverandre (Carlquist, 2015; Helsedirektoratet, 2021). For eksempel inngår ensomhet hos dem begge (Helsedirektoratet, 2021).

Enkelt sagt kan subjektiv livskvalitet knyttes til hedoniske teorier og livstilfredshetsteorier, mens objektiv livskvalitet knyttes mer til levekårstradisjoner og i noen grad eudaimoniske teorier, selv om eudaimoniske teorier også inneholder subjektiv livskvalitet (Carlquist, 2015). Det hedoniske perspektivet viser til at livskvalitet beskrives som tilstedeværelse av positive følelser, som følelse av velbehag, og at negative følelser, som ubehag, ikke er til stede (Carlquist, 2015; Nes et al., 2021). I det hedoniske perspektivet vil altså livskvalitet baseres på individuelle følelser. Videre vil disse følelsene gi motivasjon til å utføre en handling som fremmer de positive følelsene (Carlquist, 2015). For eksempel vil en person som opplever positive følelser etter å ha utført en aktivitet, få et ønske om å gjøre samme aktivitet igjen fordi handlingen ga en positiv innvirkning på personens livskvalitet. Motsatt vil negative følelser føre til at personen forsøker å unngå en slik situasjon (Carlquist, 2015).

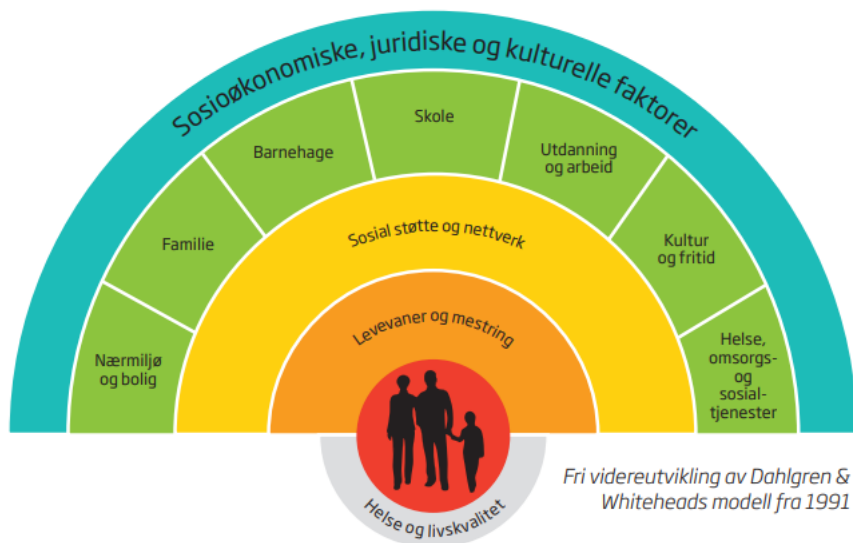
I motsatt retning har vi eudaimonisk teori om livskvalitet. I en slik forståelse har man en mer objektiv tilnærming til livskvalitet, hvor det ses på hvordan personer fungerer (Carlquist, 2015; Nes et al., 2021). Men i likhet med hedonisk perspektiv, omfatter også eudaimoniske perspektiver mer subjektive aspekter ved livskvalitet (Carlquist, 2015; OECD, 2013). Eudaimonia kan beskrives som det å ha en følelse av mening og hensikt i livet, eller en god psykologisk funksjon (OECD, 2013).

En siste inndeling av livskvalitetsbegrepet som tas med i denne oppgaven er helserelatert livskvalitet, sykdomsspesifikk livskvalitet og global livskvalitet. Den helserelaterte livskvaliteten fokuserer på individets generelle helseforhold, mens ved sykdomsspesifikk livskvalitet fokuseres det mer på plager eller sykdom (Wahl & Hanestad, 2004). Global livskvalitet handler derimot ikke om helse som begrep, men innlemmer spørsmål som omhandler tilfredshet og mening i livet (Nes, Nilsen, et al., 2020; Wahl & Hanestad, 2004). Dermed omfavner begrepet både den hedoniske og eudaimoniske dimensjonen av livskvalitet. I denne oppgaven vil global livskvalitet bli benyttet.

Som tidligere nevnt har livskvaliteten gradvis sunket i Norge fra 2009-2019 (Hellevik & Hellevik, 2021; Helliwell et al., 2021). Livskvalitetsundersøkelsen utført i 2021 viste at livskvaliteten i Norge har sunket ytterligere siden 2020 (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Både tilfredshet med livet og meningsfullhet hadde et gjennomsnitt på 6.7 i 2021 mot 7.1 i 2020, på en skala fra 0-10 hvor 10 var beste skår. De som viste å ha lavere skår på flere av livskvalitetsmålene var den yngre befolkningen, de med lav sosioøkonomisk posisjon, arbeidsledige, personer med helseutfordringer, og de som var homofil, lesbisk eller bifil (Støren & Rønning, 2021). Videre viste undersøkelsen at symptomer på psykiske plager, da særlig symptomer på angst og depresjon, hadde stor innvirkning på livskvalitet (Støren & Rønning, 2021). Smitteverntiltakene under koronapandemien kan antas å være årsak til noe av symptomene på psykiske plager (Nes, Aarø, et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Ressurser som oppstår i forbindelse med sosiale relasjoner, som støtte, tilhørighet, deltakelse og tillit, er også vist å være av viktig betydning for livskvaliteten (Nes et al., 2018; Støren & Rønning, 2021). I livskvalitetsundersøkelsen fremkommer det at det i 2021 var færre enn året før som skåret høyt på givende sosiale relasjoner (30 % i 2021 mot 34 % i 2020), og samtidig flere med lavere skår (24 % i 2021 mot 22 % i 2020) på samme spørsmål (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det er også vist en økt bekymring for fremtiden blant yngre de senere årene i tillegg til stress rundt skole og for å prestere (Hellevik & Hellevik, 2021).

2.3 Faktorer som påvirker helse og livskvalitet

Det er mange faktorer som påvirker en persons helse og livskvalitet (Naidoo & Wills, 2016). Slike faktorer kalles helsedeterminanter (Naidoo & Wills, 2016). Helsedeterminantene kan påvirke helse og livskvalitet i positiv retning, og kalles da fremmende faktorer, eller i negativ retning, og kalles dermed risikofaktorer (Nes et al., 2021). Ulike helsedeterminanter kan være gener, livsstil, sosiale- og økonomiske faktorer, tilgang til helsetjenester, bo- og arbeidsforhold, samt kulturelle faktorer (figur 1) (Dahlgren & Whitehead, 1991; Helsedirektoratet, 2014; Naidoo & Wills, 2016). Det er derimot selve samspillet mellom helsedeterminantene som i stor grad påvirker individet, ikke den enkelt determinant alene (Götz et al., 2021; Nes et al., 2021). Göran Dahlgren og Margaret Whitehead laget i 1991 en modell over helsedeterminantene (Dahlgren & Whitehead, 1991). Modellen har senere blitt videreutviklet, og modellen fra Helsedirektoratet (2014) inneholder ikke bare helse som et utfall av de ulike determinantene, men også livskvalitet, som vist i figur 1 (Helsedirektoratet, 2014).



Figur 1. En videreutvikling av Dahlgren og Whiteheads; The main determinants of health. (Helsedirektoratet, 2014, s. 13).

I denne masteroppgaven vil det bli lagt vekt på helsedeterminanter i form av sosial kapital og sosiodemografi, i tillegg til ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom eller helseproblem. Nedenfor presenteres derfor sosial kapital og sosiodemografiske faktorer, og deretter vil ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom og helseproblem bli beskrevet.

2.4 Sosial kapital

Sosial kapital er, som livskvalitet, et vidt og komplekst begrep med flere tilnærminger. Forståelsen av sosial kapital som en ressurs har ulike vinklinger, hvor noen ser på fenomenet som en ressurs på samfunnsnivå, mens andre på individnivå. Statsviteren Robert D. Putnam er kanskje den teoretikeren som blir mest omtalt i forbindelse med begrepet (Wollebæk & Seggaard, 2011). Putnam ser på sosial kapital som egenskaper ved et sosialt samspill mellom mennesker som baserer seg på nettverk, normer og tillit (Putnam, 1993; Putnam et al., 1993). Disse egenskapene mener Putnam bidrar som forsterkende faktorer slik at fordelene ved fysisk og menneskelig kapital styrkes (Putnam, 1993; Putnam et al., 1993). Videre mener Putnam at sosial kapital er en egenskap som ikke bare enkeltindivider kan dra nytte av, men også samfunnet i sin helhet (Putnam et al., 1993; Wollebæk & Seggaard, 2011). Putnam utarbeidet sin forståelse etter James Coleman sin beskrivelse av begrepet (Wollebæk & Seggaard, 2011). Coleman så på sosial kapital som en ressurs for fellesskapet, herunder grupper, institusjoner eller samfunn (Coleman, 1988). Han mente at sosial kapital inneholdt viktige elementer ved sosiale nettverk, hvor det inngår normer og sanksjoner og der partene har gjensidige forpliktelser og forventninger (Coleman, 1988). Et annet viktig element er at de sosiale nettverkene bidrar som informasjonskanaler (Coleman, 1988). Sosiologen Pierre Bourdieu har en mer individrettet tilnærming til sosial kapital. Han mener at graden av sosial kapital baserer seg på ressurser i individets nettverk og størrelsen på nettverket (Bourdieu, 1986). Ifølge Bourdieu (1986) finnes det tre former for kapital som påvirker hverandre; økonomisk kapital, kulturell kapital og sosial kapital, som alle fungerer som en sosial ressurs (Bourdieu, 1986). Disse kapitalformene er avhengig av hverandre ved for eksempel at økonomisk kapital vil være en forutsetning for å kunne tilegne seg sosial kapital av reell verdi og motsatt (Bourdieu, 1986). Videre mener Bourdieu at sosial kapital består av to viktige kjennetegn. Det ene er at sosial kapital bidrar som en ressurs som er knyttet til sosiale nettverk og grupper. Det andre er at sosial kapital baserer seg på erkjennelse og anerkjennelse (Bourdieu, 1986). I Norge har Wollebæk og Seggaard bidratt med en teoretisk forståelse av sosial kapital som en ressurs som gjør seg gjeldende på individnivå og samfunnsnivå (Wollebæk & Seggaard, 2011). Wollebæk og Seggaard definerer sosial kapital som en ressurs «... i form av sosial tillit og nettverk, som særlig i kombinasjon muliggjør ikke-tvangsbasert kollektiv handling» (Wollebæk & Seggaard, 2011, s. 29).

Szreter og Woolcock presenterer i sin artikkel et rammeverk som bidrar til å forene tre perspektiver av sosial kapital, herunder «bonding», «bridging» og «linking» (Szreter &

Woolcock, 2004). Ved bonding sosial kapital inngår relasjoner som baserer seg på tillit og samarbeid, hvor medlemmene i nettverket anses å ha lik sosial identitet. Bridging sosial kapital bygger på at medlemmene i nettverket har tillitsfulle og respektfulle relasjoner, selv om de kommer fra ulike sosioøkonomiske, kulturelle og etniske bakgrunner. Bridging sosial kapital er dermed de relasjonene som bygges på tvers av ulike grupper i samfunnet, noe som blir som en motsetning til bonding sosial kapital. Linking sosial kapital refereres her til normer for respekt og nettverk bestående av tillitsfulle relasjoner mellom mennesker som samhandler på tvers av eksplisitte, formelle eller institusjonaliserte autoriteter i samfunnet. (Szreter & Woolcock, 2004).

Forskning har funnet at det er en sammenheng mellom sosial kapital og livskvalitet (Ehsan et al., 2019; Helliwell, Aknin, et al., 2017; Islam et al., 2006; Lee et al., 2020; Yip et al., 2007). Studier har også vist at sosial kapital kan bidra til å bedre både fysisk og psykisk helse og ha en positiv innvirkning på levealder (Ehsan et al., 2019; Elgar et al., 2011; Mansyur et al., 2008; Yip et al., 2007). Videre er det funnet at et høyt nivå av sosial kapital på samfunnsnivå hadde positiv effekt på både psykisk helse og skoleprestasjoner hos ungdom (Israel et al., 2009; Rothon et al., 2012). Det er i tillegg vist at sosial kapital ikke bare er en viktig påvirkningsfaktor for helse, men også livskvalitet og livstilfredshet (Elgar et al., 2011; Helliwell & Putnam, 2004; Lucumí et al., 2015; Portela et al., 2013). Aspekter ved sosial kapital, som tillit, sosiale relasjoner og deltakelse er signifikant knyttet til subjektiv livskvalitet (Helliwell & Putnam, 2004).

I denne masteroppgaven vil sosial kapital bli målt gjennom tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet. Disse fire begrepene vil nå bli gjort rede for.

2.4.1 Tillit

Tillit er en sentral dimensjon av sosial kapital. Harald Grimen (2009) har utarbeidet en handlingsteoretisk tilnærming til tillit, hvor han beskrev det å utføre handlinger med få forholdsregler som en tillitsbasert handling (Grimen, 2009). Slik baserer tillit seg på de forventningene man har til en persons pålitelighet. Tillit kan dermed forklares som en relasjon som bygger på det å stole på en annen person og dens avgjørelser, og man gir dermed fra seg en viss kontroll og innflytelse (Grimen, 2009). Dersom en person ikke stoler på noen og tar ekstra forholdsregler på grunn av dette, kan det kalles mistillit (Grimen, 2009). Tillit, og mistillit, baserer seg sådan på personers holdninger og handlinger. Tillit kan være partikulær og generalisert (Wollebæk & Seggaard, 2011). Partikulær tillit er tillit til personer man allerede

har en relasjon til og bygger på tidligere erfaring til denne personens handlinger. Partikulær tillit baserer seg dermed på forventninger til den aktuelle personen og kan bidra til å styrke og vedlikeholde de sosiale relasjonene som allerede er til stede (Wollebæk & Seggaard, 2011). Generalisert tillit er en generell tillit til sine medmennesker, på tross av at de ikke kjenner hverandre. En slik generell tillit er dermed uavhengig av en persons handlinger og er en forutsetning for samhandling mellom to fremmede parter, uten at det er regulert av en tredjepart (Wollebæk & Seggaard, 2011). Generalisert tillit legger sådan grunnlaget for og gir mulighet til å skape nye sosiale relasjoner gjennom samhandling med fremmede. Det er generalisert tillit som vil bli benyttet i denne oppgaven.

Tall fra statistisk sentralbyrå (SSB) viser at den generelle tilliten i Norge totalt sett er høy. På en skala fra 0-10, hvor 10 er høyeste skår på tillit (at folk flest er til å stole på), lå gjennomsnittskåren for 2020 på 7,3 blant personer fra 16 år og eldre (SSB, 2020). De gruppene som har vist å ha høyere grad av tillit til andre mennesker er kvinner, yrkesaktive og de med høyere utdanning og inntekt (Barstad & Sandvik, 2015).

Det er sett at tilstedeværelse av sosiale faktorer, som tillit, har positiv innvirkning på livskvalitet (Helliwell & Putnam, 2004; Helliwell & Wang, 2011; Yip et al., 2007). For eksempel er det vist at de som hadde tillit til at en mistet lommebok ville bli returnert, hadde høyere livskvalitet enn de som trodde at lommeboken ikke kom til å returneres (Helliwell & Wang, 2011). Det er også vist at tillit hadde en tett sammenheng med livskvalitet hvor de som bodde i omgivelser de hadde tillit til, rapporterte høyere livskvalitet enn de som ikke opplevde like stor tillit til nærmiljøet sitt (Helliwell & Wang, 2011). Yip et al. (2007) fant i sin studie at tillit var positivt assosiert med både selvrapportert generell helse, psykisk helse og livskvalitet. Videre funn var at tillit påvirket helse og livskvalitet gjennom sosiale nettverk og sosial støtte (Yip et al., 2007).

2.4.2 Sosial støtte

Sosial støtte er også et viktig aspekt ved sosial kapital. Sidney Cobb (1976) definerte sosial støtte som: «informasjon som gjør at man antar at noen bryr seg om en og er glad i en, at man blir verdsatt, og at man er medlem av et nettverk av gjensidige forpliktelser» (Cobb, 1976, s. 300). Denne definisjonen antyder at individet selv opplever at man har støtte fra andre. Sosial støtte deles gjerne inn i fire undergrupper; emosjonell støtte, instrumentell støtte, bekreftende støtte og informerende støtte (Berkman & Krishna, 2014; Langford et al., 1997). Det er ulike måter å definere de fire inndelingene av sosial støtte (Berkman & Krishna, 2014). Emosjonell støtte anses å være de mer nære relasjonene (Berkman & Krishna, 2014). Beskrivelsen av hva

emosjonell støtte er, er nokså lik Cobb sin definisjon av sosial støtte, og kan forklares som relasjoner hvor man blir møtt med kjærlighet, omsorg, sympati og forståelse og/eller blir satt pris på av andre (Berkman & Krishna, 2014; Langford et al., 1997). Med instrumentell støtte menes en mer praktisk form for støtte hvor personen får bistand, hjelp eller assistanse med ulike oppgaver som for eksempel å lage mat, handle, vaske eller betale regninger (Berkman & Krishna, 2014; Langford et al., 1997). Bekreftende støtte er den typen støtte hvor det gis tilbakemeldinger, og hvor personen kan få bistand til å ta avgjørelser (Berkman & Krishna, 2014; Langford et al., 1997). Med informerende støtte refereres det til de rådene eller informasjonen en person mottar (Berkman & Krishna, 2014; Langford et al., 1997).

Ifølge Barstad og Sandvik (2015) er det en sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon, og de ressursene som dermed tilegnes, og hvor stort det støttende sosiale nettverket er. Det ble sett særlig sammenheng med utdanning hos kvinner og størrelse på sosialt nettverk og støtte, hvor nettverket vokste i tråd med høyere utdanning (Barstad & Sandvik, 2015). Lav inntekt ga ikke økt sannsynlighet for å ha få personer å regne med dersom det skulle oppstå personlige utfordringer, men lavere sannsynlighet for å ha minst fem personer og stole på. Særlig inntekt, men også i noen grad utdanning, har vist påvirkning på tilgjengeligheten for informerende og instrumentell støtte (Barstad & Sandvik, 2015).

Flere studier har funnet en assosiasjon mellom det å oppleve høy sosial støtte og høy livskvalitet (Helsedirektoratet, 2021; Siedlecki et al., 2014; Stronge et al., 2019). For eksempel er det sett at sosial støtte var viktig for livskvalitet ved å gi økt mestringsfølelse ved krevende livssituasjoner (Barstad, 2014; Helsedirektoratet, 2021). Det er også sett at sosial støtte kan gi høyere livskvalitet i form av lykke og positive følelser, samtidig er det også funnet en omvendt sammenheng der høy livskvalitet kan bidra til økt kvalitet og kvantitet ved sosiale relasjoner og en større fornøydhet med sine sosiale relasjoner sammenlignet med de som opplevde færre positive følelser og lavere grad av lykke (Diener & Seligman, 2002; Lyubomirsky et al., 2005). Videre er det funnet at sosiale relasjoner er nødvendig for å oppnå høy livskvalitet i form av lykke, men er ikke tilstrekkelig alene (Diener & Seligman, 2002). Derimot kan en opplevelse av å ha lite sosial støtte påvirke helse og livskvalitet ved å gi økt risiko for ulike helseplager, både fysisk og psykisk, og i tillegg påvirke helseatferd (Berkman & Krishna, 2014). Det er også sett at mangel på sosiale faktorer, som sosiale relasjoner og sosial støtte, er assosiert til ensomhet (Hawkley & Cacioppo, 2010). For å skape rom for sosiale relasjoner er deltakelse en vesentlig faktor (Brajša-Žganec et al., 2011).

2.4.3 Deltakelse

Deltakelse er et annet viktig aspekt ved sosial kapital. Andelen av den yngre befolkningen i Norge som deltar på fritidsaktiviteter har sunket de siste årene. Samtidig har ensomhet blant samme gruppe økt (Helsedirektoratet, 2021). Gjennom deltakelse i fritidsaktiviteter kan personer bygge større nettverk, tilegne seg ferdigheter og kunnskap og i tillegg oppleve positive følelser (Brajša-Žganec et al., 2011). Nevnte kvaliteter ved deltakelse i fritidsaktiviteter kan være hensiktsmessig for livskvalitet (Brajša-Žganec et al., 2011). I tillegg til fritidsaktiviteter, er deltakelse ved skole, arbeid og lokalmiljø viktige arenaer som skaper mulighet for at sosiale nettverk kan bygges og ivaretas (Helsedirektoratet, 2021).

Det er funnet at samfunnsdeltakelse kan være av stor betydning for livstilfredshet (Helliwell & Putnam, 2004). Videre har hyppigheten av deltakelse i aktiviteter som er viktige for individet vist en positiv effekt ved ulike aspekter ved livskvalitet, som økt sosial støtte, bedre helse, egenvurdert helse og livstilfredshet og samtidig redusert nivå av angst, depresjon og negative følelser (Cuypers et al., 2012; Pressman et al., 2009). Lav sosioøkonomisk posisjon og helseproblemer er barrierer som bidrar til å hindre deltakelse i sosiale aktiviteter (Barstad & Sandvik, 2015). Helseproblemer er den største hindringen for deltakelse, og øker med alderen. I tillegg er lav sosioøkonomisk posisjon oftere knyttet til helseproblemer som fører til at personer ikke kan delta. Hos de yngre aldersgruppene er det ofte utilstrekkelig med tid og penger som er til hinder for deltakelse (Barstad & Sandvik, 2015).

2.4.4 Tilhørighet

De tre ovennevnte begrepene tillit, sosial støtte og deltakelse er alle nært koblet til sosial kapital, men også begrepet tilhørighet er beskrevet som en viktig faktor (Ahn & Davis, 2020; Carpiano & Hystad, 2011). Tilhørighet kan beskrives som det å høre hjemme eller høre til og å kunne identifisere seg med grupper og personer eller ha en tilknytning til andre personer (Antonsich, 2010; Carlquist, 2015). Tilhørighet kan også innebære det å føle tilhørighet til politiske og etiske verdisystemer eller til steder (Antonsich, 2010; Carlquist, 2015; Yuval-Davis, 2006). Flere teoretikere har argumentert for at tilhørighet gjennom sosiale relasjoner er viktig for oss fordi det også har vært viktig for vår overlevelse gjennom tidene, og kan dermed ses på som et fundamentalt behov (Ainsworth, 1989; Axelrod & Hamilton, 1981; Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1969). I denne oppgaven er det stedstilhørighet som er sentralt. Stedstilhørighet er en form for tilhørighet hvor individet har en personlig tilknytning til stedet og kan blant annet forekomme dersom stedet vekker minner og har betydning for individet (Scannell & Gifford, 2010). Samtidig kan denne type tilhørighet forekomme på gruppenivå, hvor grupper kan føle

tilknytning til et sted fordi det gir gruppen mulighet for å møtes og bevare sin kultur, og knytter dem på den måten sammen gjennom erfaringer og verdier (Scannell & Gifford, 2010). Det er vist at både sosial tilhørighet og stedstilhørighet kan ha positiv innvirkning på livskvalitet (Lambert et al., 2013; Sandstrom & Dunn, 2014; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020; Toikko & Pehkonen, 2018). Samtidig har manglende følelse av tilhørighet vist å ha negative konsekvenser for helse og livskvalitet (Baumeister & Leary, 1995).

2.5 Sosiodemografiske faktorer

Andre faktorer som kan påvirke livskvalitet er sosiodemografiske faktorer. Slike faktorer kan være tilskrevne eller oppnådde (Østfold fylkeskommune, 2019). De tilskrevne faktorene som benyttes i denne oppgaven er kjønn og alder, mens de oppnådde faktorene er sivilstatus, utdanning, arbeidsdeltakelse og økonomisk situasjon. Alle faktorene vil bli beskrevet nedenfor.

2.5.1 Kjønn

Kjønn er en faktor som har vist å påvirke utfallet av livskvalitet i enkelte studier, hvor menn kan rapportere noe høyere livskvalitet enn kvinner, eller omvendt, mens det i andre studier ikke er funnet noen sammenheng (Batz & Tay, 2018; Meisenberg & Woodley, 2015; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020; Tesch-Römer et al., 2008). Om livskvalitet påvirkes av kjønn eller ikke, og i hvilken grad, kan avhenge av hvilke spørsmål om livskvalitet som stilles og forholdene i landet undersøkelsen foregår i (Batz & Tay, 2018; Meisenberg & Woodley, 2015; Tesch-Römer et al., 2008). En studie av Tesch-Römer et al. (2008) viste at livskvalitet kunne bli påvirket av graden av likestilling, i tillegg til kulturelle normer for likestilling i landet. Samme studie fant at hvilken grad kvinnene i et land var vanskeligstilt og hvilke samfunnsressurser og muligheter de ble ekskludert fra bidro til å påvirke livskvaliteten (Tesch-Römer et al., 2008). Meisenberg og Woodley (2015) fant derimot at livskvalitet ikke var like avhengig av likestilling som først antatt (Meisenberg & Woodley, 2015). I Norge i 2020 og 2021 ble det ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom tilfredshet med livet, opplevd mening og kjønn (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020).

2.5.2 Alder

Alder kan også være en faktor som påvirker livskvalitet. Enkelte studier har funnet at eldre hadde lavere livskvalitet enn yngre (Hansen & Slagsvold, 2012). Andre studier har derimot funnet at livskvaliteten økte med alderen og viste en U-formet kurve hvor middelaldrende hadde lavest livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2008; Stone et al., 2010). I Norge ble det i 2021 vist at tilfredshet med livet økte med alderen (Støren & Rønning, 2021). Ved mål på mening

ble det funnet at respondenter i alderen 18-44 år opplevde lavere mening enn resten av befolkningen. Best ut i opplevelse av mening kom aldersgruppene 45-66 år og 67 år og eldre (Støren & Rønning, 2021). Blant faktorer som særlig er sett å påvirke livskvalitet hos eldre er helse og tap av partner (Hansen & Slagsvold, 2012).

2.5.3 Sivilstatus

Det å være samboer eller gift har vist å ha positiv effekt på livskvalitet, hvor enslige har rapportert lavere livskvalitet og dårligere psykisk helse sammenlignet med de som er gift eller samboere (Helliwell, Aknin, et al., 2017; Næss et al., 2007; Støren & Rønning, 2021). Det er også sett at de som er lykkelige og tilfredse med livet har høyere sannsynlighet for å ha tilfredsstillende ekteskap og forhold (Lyubomirsky et al., 2005; Stutzer & Frey, 2006). Dette kan skyldes at personer som er lykkeligere har lettere for å finne seg eller tiltrekker seg en ektefelle (De Neve et al., 2013; Helliwell, Aknin, et al., 2017; Stutzer & Frey, 2006). Samtidig kan svært ulike utdanningsnivåer i et partnerskap ha negativ effekt på livstilfredshet (Stutzer & Frey, 2006). Det er også vist at separasjon og skilsmisse kan gi økt risiko for psykiske helseproblemer og støtte fra helse- og trygdetjenester (Næss et al., 2007). Rapporten *Livskvalitet i Norge 2021* fant at personer under 45 år og som bodde alene, samt enslige forsørgere var blant gruppene med lavest livstilfredshet (Støren & Rønning, 2021). Det skal sies at rapporten ikke sier noe om personene hadde en partner som de ikke bodde med.

2.5.4 Sosioøkonomiske faktorer

Som nevnt kan sosiale og økonomiske faktorer påvirke helse og livskvalitet (Dahlgren & Whitehead, 1991; Helsedirektoratet, 2014; Naidoo & Wills, 2016). Det er flere begreper innen sosioøkonomiske faktorer som brukes om hverandre (Galobardes et al., 2006; Krieger et al., 1997). Sosioøkonomisk status, sosioøkonomisk klasse, sosioøkonomisk posisjon og sosioøkonomisk stratifisering er eksempler på slike begreper (Galobardes et al., 2006; Marmot, 2017). Sosioøkonomisk posisjon har blitt mer vanlig å bruke og vil derfor benyttes i denne oppgaven (Marmot, 2017). Sosioøkonomisk posisjon kan sies å være de sosiale og økonomiske faktorene som påvirker individers og gruppers posisjon i samfunnet (Galobardes et al., 2006; Krieger et al., 1997). Sosioøkonomisk posisjon er vist å ha sammenheng med egenvurdert helse og livskvalitet, hvor lav sosioøkonomisk posisjon er assosiert med lav egenvurdert helse og livskvalitet (Dahl et al., 2014; Read et al., 2016). Sosioøkonomiske faktorer og helse er ofte et mål på sosial ulikhet (Folkehelseinstituttet, 2005).

Sosial ulikhet i helse kan forklares som at det er forskjeller i helsetilstanden i ulike grupper i samfunnet, og at disse forskjellene henger sammen med hvordan gruppens sosiale og økonomiske posisjon er (Helsedirektoratet, 2018). Det som kjennetegner sosial ulikhet i helse er at forskjellene er systematiske, sosialt produsert og urettferdige (Whitehead & Dahlgren, 2006). Hva som gjør at sosial ulikhet påvirker helse finnes det ulike forklaringer på. Blant disse er materielle forklaringer, helseatferdsforklaringen og psykososiale forklaringer (Dahl et al., 2014). Ved de materielle forklaringene hevdes det at personer påvirkes av omgivelsene sine (Dahl et al., 2014). Dette innebærer om personen har tilgang til nødvendige ressurser som vann, varme, hvile og mat. Samtidig vil boforhold og inn klima både hjemme og på jobb ha innvirkning på sosiale helseulikheter. Det samme gjelder for faktorer i nærmiljøet som luftkvalitet, manglende trafiksikkerhet, rekreasjonsmuligheter og støy (Dahl et al., 2014). Helseatferdsforklaringen bygger på flere forståelser for hva som skaper ulikheter i helse (Dahl et al., 2014; Elstad, 2005). Felles for disse forståelsene er at de sosiale lagene bærer preg av ulike livsstiler. Altså at de sosiale lagene påvirker hvordan personene innenfor hver av disse lagene lever sine liv, ved at de har forskjellige livsstilsvaner og tar forskjellige valg relatert til helsen sin (Dahl et al., 2014; Elstad, 2005). Det siste perspektivet som beskrives her er psykososiale forklaringer. Her menes det at det personen opplever, tenker og føler påvirker kroppen (Dahl et al., 2014; Elstad, 2005). For eksempel kan personen bli påvirket av hvilken sosial gruppe en tilhører, ved at personen føler seg mindreverdig eller overlegen. I tillegg vil ulike hendelser i livet kunne påvirke sykdomsprosesser (Dahl et al., 2014; Elstad, 2005). Slike faktorer kan være skilsmisse, vold, kronisk fattigdom, arbeidsledighet, og liknende. Situasjonene krever ressurser som kontroll, mestring og sosial støtte for å takle omstendighetene (Dahl et al., 2014; Elstad, 2005). Siden ressursene som kreves er fordelt ulikt i de sosiale gruppene, kan det bidra til å påvirke ulikheter i helsen på samfunnsbasis (Dahl et al., 2014; Elstad, 2005). Særlig er stress en faktor som kan påvirke helsen både psykisk, blant annet ved å bidra til angst og depresjon, men det kan også påvirke den fysiske helsen direkte og indirekte. Langvarig eller gjentakende stress kan for eksempel forårsake ulike hjerte- og karsykdommer (Dahl et al., 2014; Dimsdale, 2008; Elstad, 2005; Gallo et al., 2014). Indirekte kan stress bidra til en helseatferd som er kortsiktig og voldsom, og består av rusmidler og usunt kosthold, hvor selve atferden kan føre til sykdom (Dahl et al., 2014; Elstad, 2005). Sosial støtte er et eksempel på en faktor som kan fungere som en buffer for stress i form av å oppleve en trygghet om at den sosiale støtten er tilgjengelig dersom noe skulle skje (Cohen & Wills, 1985).

Sosiale ulikheter har en negativ assosiasjon med ulike sykdommer, skader og plager, og kan føre til flere sykedager og færre år med god helse og livskvalitet (Dahl et al., 2014). Sosial ulikhet kan blant annet påvirke helse og opplevelse mestring og tilhørighet, som begge er viktige dimensjoner innen global livskvalitet (Dahl et al., 2014; Di Martino & Prilleltensky, 2020; Elstad, 2005; Wahl & Hanestad, 2004). Samtidig vil dårlig helse kunne bidra til begrenset mulighet for å delta i arbeidslivet og gi lavere inntekter (Dahl et al., 2014). Hvor mange som er i arbeid påvirkes også av utdanningsnivå, hvor et høyere utdanningsnivå gir en økt andel sysselsatte (Grøgaard & Aamodt, 2006). For de som er sysselsatt vil utdanning også bidra til å påvirke økonomi (NOU 2009: 10). Videre vil et tilstrekkelig inntektsnivå gi en mulig trygghet for å dekke grunnleggende behov og å få tak i ulike goder som bolig, varer og tjenester (Kirkeberg et al., 2012). Arbeid i seg selv vil kunne bidra til en opplevelse av at det en gjør blir verdsatt og i tillegg gi mulighet til å skape sosiale relasjoner og nettverk (Kirkeberg et al., 2012). De som er sysselsatt har i gjennomsnitt bedre helse og livskvalitet enn de som ikke er sysselsatt (Helliwell, Layard, et al., 2017; Kirkeberg et al., 2012; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det å ikke være sysselsatt vil også kunne gi dårligere økonomi og levekår (Kirkeberg et al., 2012). I Norge i 2021 ble det vist at arbeidsledige og uføre, personer med lav inntekt og de med grunnskoleutdanning som høyest fullførte utdanning var blant gruppene med lavest subjektiv livskvalitet (Støren & Rønning, 2021). For pensjonister ble det funnet at de hadde like høy grad av mening i livet som yrkesaktive. I tillegg var pensjonistene mest tilfredse med livet. Både pensjonister og yrkesaktive skåret jevnt over bedre enn resten av befolkningen på tilfredshetsindikatorerne (Støren & Rønning, 2021). Det ble også vist at personer som opplevde at det var vanskelig å få pengene til å strekke til hadde lavere livstilfredshet sammenlignet med de som opplevde økonomien sin som lett (Støren & Rønning, 2021). Det er i tillegg gjort funn som tydet på at høy livskvalitet kunne bidra til økt inntekt og arbeidsytelse, høyere sannsynlighet for å ta utdanning på høyskole eller universitet og større sannsynlighet for å være sysselsatt (De Neve & Oswald, 2012; Lyubomirsky et al., 2005). Det er også funnet at høy livskvalitet i ung alder påvirket inntekt senere, hvor unge voksne med høyere nivå av livskvalitet hadde høyere inntekt senere i livet sammenlignet med de som rapporterte lav livskvalitet som ung voksen (De Neve & Oswald, 2012).

Utdanning, inntekt og yrke eller arbeidsstatus er viktige faktorer i forbindelse med sosiale ulikheter i helse, og brukes ofte som mål på sosioøkonomisk posisjon (Baker, 2014; Dahl et al., 2014; Helsedirektoratet, 2018). I denne oppgaven vil det bli sett på indikatorene utdanning, opplevd økonomi og arbeidsdeltakelse som et mål på sosioøkonomisk posisjon.

I Norge er det sett et økende gap blant innbyggernes inntekt, noe som igjen fører til større sosiale ulikheter (Arntzen et al., 2019; Kinge et al., 2019). Noe av årsaken er at ulike velferdsgoder, som økonomisk støtte til lavinntektsfamilier har blitt kuttet. Konsekvensene er blant annet at flere barn vokser opp i familier under fattigdomsgrensen (Arntzen et al., 2019). I tillegg fører dette gapet med seg lavere forventet levealder hos gruppene med lavere inntekt (Arntzen et al., 2019; Kinge et al., 2019). En studie av Kinge et al. i 2015 viste en betydelig forskjell mellom levealderen fordelt mellom inntektsklassene. Studien fant videre at gapet mellom rik og fattig hadde blitt større fra 2005 til 2015 ved mål av levealder og inntekt (Kinge et al., 2019).

2.6 Ensomhet, fysisk aktivitet og helseproblemer

Nedenfor vil det bli gjort rede for tre kjente determinanter for livskvalitet; ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom eller helseproblem. Disse determinantene er tatt med som konfunderende variabler i denne masterstudien.

2.6.1 Ensomhet

Begrepet ensomhet kan defineres som en tilstand hvor den enkelte opplever mangelfulle relasjoner (De Jong-Gierveld, 1987; Svendsen, 2015). Mangelfulle relasjoner kan innebære både færre relasjoner eller at relasjonene består av mindre nærhet enn hva som er ønskelig (De Jong-Gierveld, 1987; De Jong-Gierveld et al., 2006; Svendsen, 2015). Ensomhet kan dermed forklares som den følelsesmessige reaksjonen den enkelte får ved opplevelsen av manglende nærhet til andre personer (Halvorsen, 2005). Ensomhet kan oppleves som en følelse av smerte eller tristhet (Svendsen, 2015). Ensomhet har en negativ assosiasjon med livstilfredshet dersom det forekommer over tid (Nes, Nilsen, et al., 2020; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020; Tani et al., 2022). Det er derimot helt normalt å føle ensomhet iblant (Nes, Nilsen, et al., 2020).

I Norge har ensomhet blitt en større utfordring de siste årene, særlig når det kommer til de yngste og eldste i befolkningen (Meld. St. 40 (2020–2021)). Tall fra 2020 og 2021 viste en økt forekomst av ensomhet i Norge, noe som kan ha en sammenheng med koronapandemien og tiltak mot smittespredning (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det er mange årsaker til ensomhet. Blant annet er det vist at sosioøkonomiske faktorer, fysisk helse, sosiale relasjoner og personlighetstrekk er faktorer som påvirker ensomhet (Tani et al., 2022; von Soest et al., 2020). Tillit, sosial støtte og deltakelse kan forebygge følelsen av ensomhet, men tilstedeværelsen av disse faktorene er ikke ensbetydende med fravær av ensomhet (Barstad & Sandvik, 2015). Det er blant annet vist at sosial støtte og deltakelse skaper en arena hvor tilhørighet kan oppnås og dermed forebygge ensomhet (Barstad & Sandvik, 2015). Ensomhet

kan si noe om opplevelsen av kvaliteten på sosiale relasjoner og også livskvalitet (Baumeister & Leary, 1995; Nes, Nilsen, et al., 2020).

2.6.2 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er en annen viktig determinant for både helse og livskvalitet. Det er funnet at det å være fysisk aktiv kan ha positiv effekt på helse og livskvalitet (Bahr, 2008; Netz et al., 2005; Penedo & Dahn, 2005). Livskvalitet kan påvirkes i positiv retning ved at den fysiske aktiviteten bidrar til høyere grad av psykisk velvære og bedre fysisk helse (Bahr, 2008; Netz et al., 2005; Pawlowski et al., 2011; Wiese et al., 2018). I tillegg er det funnet at fysisk aktivitet i grupper kan bidra til å redusere ensomhet, avhengig av relasjonen mellom individene i gruppen (McAuley et al., 2000; Pels & Kleinert, 2016). Samtidig fant en studiene at ensomhet kunne føre til mindre aktivitet (Pels & Kleinert, 2016). I Norge i 2021 ble det vist at de som ikke var fysisk aktive hadde lavere tilfredshet med livet enn den øvrige befolkningen (Støren & Rønning, 2021). I 2020 ble handlingsplanen *Sammen om aktive liv – handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029* lagt frem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Handlingsplanen ble lagt frem med hensikt å gi mulighet for fysisk aktivitet og dermed bidra til økt glede, mestring og sosial omgang, i tillegg til å forbedre og opprettholde god helse og livskvalitet livet ut (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

2.6.3 Langvarig sykdom og helseproblemer

Med langvarig sykdom eller helseproblem menes det her sykdom eller helseproblem som har vart eller er forventet å vare i mer enn seks måneder (Østfold fylkeskommune, 2019). Langvarig sykdom og følger av sykdom kan ha negative konsekvenser for livskvaliteten (Fortin et al., 2004; Ryan et al., 2015). Dårlig fysisk og psykisk helse kan føre til blant annet nedsatt funksjonsevne, redusert aktivitet, lite energi og økt bekymring, samtidig som de kan hindre mulighet til å delta i sosiale sammenkomster og føre til isolering og ensomhet (Bahr, 2008). Det er også sett at psykiske plager som debuterte i ung alder og vedvarte over lengre tid hadde konsekvenser for videre utdanning, sysselsetting, inntekt, nære relasjoner og sosial deltakelse (Nes & Clench-Aas, 2011). Rapporten *Livskvalitet i Norge 2021* viste at personer med langvarig sykdom, helseproblemer eller plager på grunn av sykdom eller skade, som i tillegg førte til begrensning i hverdagsaktiviteter hadde lavere livstilfredshet og opplevde mindre mening med livet enn befolkningen ellers (Støren & Rønning, 2021). Samtidig er det funnet at høyere grad av livskvalitet kan være en beskyttende faktor mot hjerte- og karsykdommer og mortalitet knyttet slik sykdom (Sin, 2016). Det antas da at livskvalitet påvirker personers helseatferd med tanke på risikofaktorer som fysisk aktivitet, kosthold, søvn og røyk, i tillegg til mestrings- og

stresshåndtering og immunforsvar (Sin, 2016). Det er også funnet en liten tendens til at høyere grad av livskvalitet hadde en positiv effekt hos personer med fysisk sykdom, hvor det så ut til at høy livskvalitet bidro til at personen ble raskere frisk og ga større overlevelsesmuligheter (Lamers et al., 2012; Sin, 2016).

3 Problemstilling

Det finnes en del forskning på sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon, sosial kapital og livskvalitet, men det er fremdeles begrenset kunnskap om dette i en norsk kontekst. Befolkningen i Østfold er spesielt interessant i denne sammenhengen, da de skårer høyt på livskvalitet, men samtidig lavt på sosioøkonomisk posisjon (Nes, Nilsen, et al., 2020). I denne oppgaven skal det undersøkes om det er en assosiasjon mellom sosial kapital og livskvalitet, og om sosiodemografiske faktorer påvirker den eventuelle assosiasjonen hos befolkningen i Østfold.

Problemstilling er derfor:

«Er det en assosiasjon mellom sosial kapital og livskvalitet blant voksne i Østfold, og hvordan påvirkes sammenhengen av sosiodemografiske faktorer?»

4 Metode

I metodekapittelet presenteres studiedesignet for oppgaven og fremgangsmåten som ble brukt for å undersøke problemstillingen. Det blir gjort rede for studiepopulasjonen, utvalget og datamaterialet som ble samlet inn. De ulike variablene blir presentert, i tillegg til den statistiske metoden. Til slutt vil det bli redegjort for etiske retningslinjer og vurderinger.

4.1 Studiedesign

For å undersøke problemstillingen ble det benyttet kvantitativ metode med et tverrsnittdesign. Det ble anvendt allerede innsamlede data fra befolkningskartleggingen *Oss i Østfold 2019*. Befolkningskartleggingen ble gjennomført av Østfold fylkeskommune (ØFK), og hensikten med spørreundersøkelsen var å undersøke endringer over tid i innbyggernes helsetilstand, sammenlignet med tidligere spørreundersøkelser.

4.2 Studiepopulasjon og utvalg

Målgruppen for undersøkelsen *Oss i Østfold 2019* var den voksne befolkningen mellom 18-79 år som var bosatt i Østfold. Med denne aldersbegrensningen var det 220 699 innbyggere som kunne få tilsendt invitasjon til undersøkelsen. Befolkningssammensetningen var relativt jevnt fordelt mellom aldersgruppene; 18-34 år, 35-49, 50-66 og 67 år og eldre. Folkeregisteret ble tatt i bruk som utvalgskilde. For å få sendt spørreundersøkelsen på epost ble det samarbeidet med Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi). Her ble utvalget koblet mot kontakt- og reservasjonsregisteret (KRR) og sendt på e-post til deltakerne. Det ble i alt sendt ut 89 740 invitasjoner. Av de inviterte fullførte 16 558 hele undersøkelsen. Responsen var på 18.5 % og var nokså lik i alle kommunene. Den laveste responsen lå på 16 % og gjaldt to av kommunene (Østfold fylkeskommune, 2019).

Det var forventet høyes frafall blant den yngste aldersgruppen, og samtidig frafall hos den eldste aldersgruppen som følge av at undersøkelsen var nettbasert (Østfold fylkeskommune, 2019).

I denne masteroppgaven var målpopulasjonen hele den voksne befolkningen i Østfold, og utvalget ble dermed alle respondentene i befolkningsundersøkelsen. Utvalget besto således av 16 558 respondenter i alderen 18-79 år.

For å analysere datamaterialet ble respondenter som ikke hadde besvart eller hadde svart «vet ikke» eller «ønsker ikke å svare» på ett eller flere av spørsmålene som ble benyttet i denne studien fjernet. Det endelige analytiske utvalget besto da av 12 815 respondenter.

4.3 Spørreskjema

ØFK utarbeidet spørreskjemaet i samarbeid med Kantar. Spørreskjemaet inneholdt 57 spørsmål med hensikt å få kunnskap om ulike aspekter ved levekår, helse og livskvalitet i befolkningen (vedlegg 1). I store trekk baserte spørreskjemaet seg på å kartlegge egenvurdert fysisk og psykisk helse, samt determinanter i omgivelsen som kunne tenkes å ha betydning for livskvalitet. Kategoriene i spørreskjemaet var helse, arbeid, kosthold og levevaner, fysisk aktivitet, støtte, nærområdet og bakgrunn (Østfold fylkeskommune, 2019). Nedenfor presenteres aktuelle variabler og spørsmål for problemstillingen til denne oppgaven.

4.4 Variabler

4.4.1 Avhengig variabel

Global livskvalitet var utfallsvariabelen i denne masteroppgaven og ble målt ved bruk av spørsmålene «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden», hvor svaralternativene var på en skala fra 0-10 der 0 = «Ikke fornøyd i det hele tatt» og 10 = «Svært fornøyd», og «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» med svaralternativ på en skala fra 0-10, hvor 0 = «Ikke meningsfylt i det hele tatt» og 10 = «Svært meningsfylt». Disse to variablene ble slått sammen og det ble laget en gjennomsnittsskår for global livskvalitet (Nes, Nilsen, et al., 2020). Videre ble variabelen dikotomisert til lav og høy global livskvalitet på bakgrunn av medianskåren, som var 8. Lav global livskvalitet ble dermed satt for respondenter med en skår under 8, mens en skår mellom 8-10 ble betegnet som høy global livskvalitet.

4.4.2 Uavhengige variabler

4.4.2.1 Sosial kapital

Sosial kapital var en av eksponeringsvariablene i denne oppgaven. Mål på sosial kapital ble undersøkt ved bruk av spørsmål om de fire indikatorene tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet. Spørsmålene var som følger:

Tillit ble målt ved spørsmålet «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?», hvor svaralternativene var på en skale fra 0-10, der 0 = «Kan ikke være for forsiktig» og 10 = «Folk flest er til å stole på». Denne variabelen ble benyttet som en kontinuerlig variabel.

Sosial støtte ble undersøkt med spørsmålene fra Oslo Social Support Scale (OSSS-3), som inneholder tre spørsmål som omhandler personens opplevde støtte. WHO og EU har anbefalt

bruk av OSSS-3 for mål på sosial støtte (Nes & Clench-Aas, 2011). Spørsmålene som ble benyttet for å undersøke sosial støtte var derfor: «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer», med svaralternativene 1 = «Ingen», 2 = «1-2», 3 = «3-5», 4 = «6 eller flere». «Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det...» 1 = «Svært vanskelig», 2 = «Vanskelig», 3 = «Verken lett eller vanskelig», 4 = «Lett», 5 = «Svært lett». «Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? Vil du si...» 1 = «Ingen deltagelse og interesse», 2 = «Liten deltagelse og interesse», 3 = «Usikker», 4 = «Noe deltagelse og interesse», 5 = «Stor deltagelse og interesse». Det ble beregnet en sumskår for de som svarte på to eller flere spørsmål. Sumskåren ble beregnet ved å lage et gjennomsnitt for de spørsmålene som var besvart, for så å multiplisere opp med tre. Sumskåren ble deretter kategorisert ved at en skår på 3-8 ble betegnet som 1 = «Lav støtte», skår 9-11 ble regnet som 2 = «Middels støtte» og en skår fra 12-14 utgjorde 3 = «Høy støtte» (Bøen et al., 2012; Nes & Clench-Aas, 2011; Nes et al., 2018).

Deltakelse ble målt med spørsmålet «Deltar du i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller lignende i fritiden?», hvor svaralternativene var 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 skulle det ses på om det var forskjell på gruppen som deltok på slike aktiviteter på fritiden og de som ikke deltok. Variablene ble derfor dikotomisert til 1 = «Nei» (nei, deltar aldri) og 2 = «Ja» (ja, daglig, ja, 1-2 ganger i uken, ja, 1-2 ganger i måneden og ja, men sjelden).

Tilhørighet ble målt ut fra spørsmålet «I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?» med svaralternativ på en skala fra 0-10, hvor 0 = «Føler ikke tilhørighet i det hele tatt» og 10 = «Føler sterk grad av tilhørighet». Denne variabelen ble benyttet som en kontinuerlig variabel.

4.4.2.2 Sosiodemografiske variabler

Som et mål på de sosiodemografiske faktorene ble variablene kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidsdeltakelse/hovedaktivitet og opplevd økonomi brukt.

Kjønn var inndelt i 1 = «Mann» og 2 = «Kvinne».

Alder på deltakerne strakk seg fra 18-79 år. Alder ble delt inn i 4 grupper, og ble inndelt slik SSB gjorde i levekårsundersøkelsen fra 2021. Aldersinndelingen til SSB var 16-24 år, 25-44 år, 45-66 år, 67-79 år og 80 år og eldre (Dalen & Pettersen, 2021; SSB, 2001). Siden alderen i

datamaterialet fra *Oss i Østfold 2019* kun strakk seg fra 18-79 år, ble alderen i datasettet rekodet og kategorisert til aldersgruppene 1 = «18-24», 2 = «25-44», 3 = «45-66» og 4 = «67+».

Sivilstatus ble undersøkt med spørsmålet «Er du gift/samboer eller enslig», hvor svaralternativene var 1 = «Gift/registrert partner», 2 = «Samboende», 3 = «Har kjæreste (som du ikke bor samme med)», 4 = «Enslig». Variablene ble dikotomisert til 1 = «Enslig» og 2 = «Partner» (Gift/registrert partner, samboende, kjæreste (som du ikke bor sammen med)).

Utdanning ble målt med spørsmålet «Hva er din høyeste fullførte utdanning?» hvor svaralternativene var 1 = «Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år», 2 = «Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år», 3 = «Høyskole/universitet mindre enn 4 år» og 4 = «Høyskole/universitet 4 år eller mer». Høyest fullført utdanning ble rekodet til 1 = «Grunnskole ((Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år), 2 = «Videregående» (Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år) og 3 = «Høyskole/universitet» (Høyskole/universitet mindre enn 4 år og Høyskole/universitet 4 år eller mer).

Arbeidsdeltakelse/hovedaktivitet ble undersøkt med spørsmålet «Hva er din nåværende hovedaktivitet?» hvor svaralternativene var 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 = «Skolelev eller student», 10 = «Vernepliktig, sivilarbeider», 11 = «Hjemmearbeidende» og 12 = «Annet». Nåværende arbeidsdeltakelse/hovedaktivitet ble rekodet til 3 kategorier, hvor 1 = «Ikke sysselsatt» (sykemeldt, arbeidsledig, uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger, og mottar sosialstønad), 2 = «Sysselsatt» (yrkesaktiv heltid, yrkesaktiv deltid, selvstendig næringsdrivende, skoleelev/student, vernepliktig/sivilarbeider, hjemmearbeidende og annet) og 3 = «Pensjonist» (alders- eller førtidspensjonist).

Opplevd økonomi ble undersøkt ved spørsmålet «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?» med svaralternativene 1 = «Svært vanskelig», 2 = «Vanskelig», 3 = «Forholdsvis vanskelig», 4 = «Forholdsvis lett», 5 = «Lett» og 6 = «Svært lett». Opplevd økonomi ble rekodet til 1 = «Svært vanskelig/vanskelig», 2 = «Forholdsvis vanskelig», 3 = «Forholdsvis lett» og 4 = «Svært lett/lett».

4.4.2.3 Konfunderende variabler

Som konfunderende variabler til global livskvalitet ble det sett på ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom.

Ensomhet ble målt med spørsmålet «Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?» svaralternativene var 1 = «Aldri», 2 = «Sjelden», 3 = «Av og til», 4 = «Ofte» og 5 = «Svært ofte». Svaralternativene ble rekodet til 1 = «Ofte/svært ofte» ensom (etter svaralternativene «Aldri» og «Sjelden» noen å være sammen med), 2 = «Av og til» og 3 = «Sjelden/svært sjelden» ensom (etter svaralternativene «Ofte» og «Svært ofte» noen å være sammen med).

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

Langvarig sykdom ble målt med spørsmålet «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», hvor svaralternativene var 1 = «Ja» og 2 = «Nei».

4.5 Dataanalyse og statistiske metoder

De statistiske analysene ble utført ved bruk av programmet IBM® SPSS® Statistics Standard GradPack, versjon 28 for Windows og Mac.

Innledningsvis ble det brukt deskriptiv statistikk for å gi en beskrivelse av utvalget og kartlegge forekomsten av høy og lav global livskvalitet. De kategoriske variablene ble beregnet og beskrevet ved bruk av prosentfordeling, mens kontinuerlige variabler ble beregnet ved bruk av gjennomsnitt og standardavvik.

Sammenhengen mellom global livskvalitet og hver av de uavhengige kategoriske variablene, ble undersøkt ved bruk av Pearson kji-kvadrat test. En uavhengig t-test ble brukt for å se på sammenheng mellom global livskvalitet og de to uavhengige kontinuerlige variablene.

Det ble gjennomført en trinnvis logistisk regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengen mellom global livskvalitet, sosial kapital, sosiodemografiske variabler og konfunderende variabler. Den trinnvise analysen ble gjennomført i tre trinn (blokker). Det første trinnet (blokk 1) inneholdt variablene for sosial kapital (tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet), i neste trinn (blokk 2) ble de sosiodemografiske variablene (kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidsdeltakelse/hovedaktivitet og opplevd økonomi) inkludert. I det tredje og siste trinnet (blokk 3) ble de konfunderende variablene (ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig

sykdom/helseproblem) lagt til i analysen. Resultatene ble beregnet med odds ratio (OR), 95 % konfidensintervall (95 % CI) og p-verdi. Signifikansnivået ble satt til $p < 0.05$. Nagelkerke R Square ble brukt for å forklare variasjonen i global livskvalitet innen hver blokk. Omnibus Test of Block Coefficients ble brukt for å beregne signifikans for hver av blokkene.

4.6 Etske retningslinjer og vurderinger

Ved gjennomføring av medisinsk forskning skal det følges visse etiske retningslinjer, slik at personene som deltar blir behandlet på en etisk forsvarlig måte og ivaretar deres helse og rettigheter (Malterud, 2017). Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet med hensikt å ivareta etiske prinsipper i medisinsk forskning som involverer mennesker, samt forskning som omhandler identifiserbart datamateriale (World Medical Association, 2018). Retningslinjene er tatt i bruk over store deler av verden (Førde, 2014). Helsinkideklarasjonen har særlig lagt vekt på å beskytte de sårbare gruppene mot uetisk forskning (Førde, 2014; World Medical Association, 2018). I Norge er også forskningsetikkloven styrende for forskere og forskning hovedsakelig i Norge. Forskningsetikkloven skal sørge for at forskere opptrer «...med aktsomhet for å sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer» (Forskningsetikkloven, 2017, § 4). Dette gjelder under hele forskningsprosessen, fra forberedelse til avslutning. Hensikten med loven er å «...bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer» (Forskningsetikkloven, 2017, § 1).

Sammen med invitasjonen om å delta i befolkningsundersøkelsen *Oss i Østfold 2019*, lå det vedlagt informasjon om selve undersøkelsen (vedlegg 2), lenke til hvor deltakerne kunne finne ytterligere informasjon og kontaktinformasjon til blant annet folkehelseseksjonen i Østfold ved eventuelle spørsmål, samt hvor de kunne lese om funnene av undersøkelsen. Det ble videre informert om at deltakelse i undersøkelsen var frivillig og at Østfold fylkeskommune var ansvarlig for oppbevaring av opplysninger, at alle opplysninger ville bli anonymisert og skulle behandles konfidensielt i tråd med personvernregelverk.

Til denne oppgaven var det ikke behov for å søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) fordi datamaterialet i spørreundersøkelsen ikke inneholder medisinsk helsedata. Personopplysninger regnes som materiale som direkte eller indirekte kan kobles til en person. Dette kan være navn, e-postadresse, fødselsnummer eller lydopptak, men også bosted, nøyaktig alder og studieretning (NSD, u.å.). Datamateriale i spørreundersøkelsen inneholder opplysninger om bostedskommune, alder, kjønn, utdanning, sivilstatus og inntekt. Slike opplysninger regnes som indirekte personidentifiserende opplysninger (NSD, u.å.).

Prosjektet ble derfor fremlagt for NSD (Norsk Senter for Forschungsdata). Meldeskjema for behandling av personopplysninger ble sent inn til NSD den 03.11.2021 med referansenummer 628169. Søknaden ble behandlet den 17.11.2021 med følgende vurdering: *«Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 17.11.2021 med vedlegg. Behandlingen kan starte»* (vedlegg 3).

5 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra oppgavens kvantitative analyse bli presentert gjennom tekst og tabeller. Deskriptiv statistikk av studiepopulasjonen og det analytiske utvalget vil bli presentert først. Videre vil de bivarierte sammenhengene mellom den avhengige variabelen global livskvalitet og de ulike uavhengige variablene presenteres. Til slutt vil resultatene fra den logistiske regresjonsmodellen bli presentert.

5.1 Deskriptiv statistikk

Det analytiske utvalget inneholdt litt flere respondenter som opplevde høy sosial støtte, var deltakende i foreningsliv, kveldsskole eller lignende på fritiden, sammenlignet med studiepopulasjonen (tabell 1). I det analytiske utvalget var gjennomsnitt for global livskvalitet 7.5 (SD = 2.2) og medianen var 8. Tabell 1 viser at gjennomsnittsverdien av tillit var relativt høy med et gjennomsnitt på 7.1. Nesten en fjerdedel av respondentene opplevde lav sosial støtte, mens nærmere halvparten opplevde middels sosial støtte og litt over en fjerdedel opplevde høy sosial støtte. Over halvparten av respondentene (59 %) oppga at de deltok på aktiviteter som foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskoler eller lignende på fritiden. Tilhørighet var den kontinuerlige variabelen med høyest gjennomsnittsverdi (7.6) (tabell 1).

Tabell 1: Deskriptiv statistikk for studiepopulasjon og det analytiske utvalget for global livskvalitet og sosial kapital (tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet)

Variabler	Studiepopulasjon n = 16558 n (%)	Analytisk utvalg n = 12815 n (%)
Global livskvalitet		
Lav global livskvalitet	7497 (46.8%)	5795 (45.2)
Høy global livskvalitet	8519 (53.2%)	7020 (54.8)
Manglende data	542 (3.3)	-
Tillit^a		
Tillit ^a	6.99 (2.56)	7.09 (2.49)
Manglende data	361 (2.2)	-
Sosial støtte		
Lav støtte	3961 (23.9)	3005 (23.4)
Middels støtte	7861 (47.5)	6346 (49.5)
Høy støtte	4169 (25.2)	3464 (27.0)
Manglende data	567 (3.4)	-
Deltakelse		
Nei	7026 (42.4)	5311 (41.4)
Ja	9220 (55.7)	7504 (58.6)
Manglende data	312 (1.9)	-
Tilhørighet^a		
Tilhørighet ^a	7.57 (2.56)	7.61 (2.52)
Manglende data	345 (2.1)	-

^aGj.sn. (SD)

Tabell 2 viser at det analytiske utvalget inneholdt en noe høyere andel respondenter i aldersgruppen 45-66 år, de som hadde partner, de som hadde tatt høyskole- eller universitetsutdanning, var sysselsatt, opplevde den økonomiske situasjonen som forholdsvis lett og lett eller svært lett, samt de som sjelden eller svært sjelden var ensomme, sammenlignet med studiepopulasjonen. I tillegg var det noe lavere andel respondenter i aldersgruppen 18-24 år i det analytiske utvalget (tabell 2). Videre i oppgaven vil det kun bli beskrevet data fra det analytiske utvalget.

I det analytiske utvalget var det en litt større andel kvinner (56 %) enn menn (44 %) (tabell 2). Aldersgruppen med høyest andel respondenter var 45-66 år, mens det var færrest respondenter i aldersgruppen 18-24 år. Flestparten av respondentene hadde en partner (78 %). Respondenter med høyskole- eller universitetsutdanning utgjorde nesten halve utvalget, etterfulgt av videregående med 38 % av respondentene og grunnskole med 12 % (tabell 2). Det var også størst andel sysselsatte, som utgjorde to tredjedeler av utvalget. Litt over tre fjerdedeler opplevde sin økonomiske situasjon (å få penger til å strekke til) som forholdsvis lett og lett eller svært lett. Resterende fjerdedel opplevde det å få penger til å stekke til som forholdsvis vanskelig og svært vanskelig eller vanskelig (tabell 2).

Det var bare en av ti som oppga at de ofte eller svært ofte var ensomme, mens en av fire var ensomme av og til. Nesten tre av fire drev med en eller annen form for sport, mosjon eller annen fysisk aktivitet og omtrent halvparten oppga at de hadde en sykdom eller et helseproblem som hadde vedvart eller var forventet å vare i 6 måneder eller lengre (tabell 2).

Tabell 2: Deskriptiv statistikk av studiepopulasjon og det analytiske utvalget for de sosiodemografiske variablene (kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidsdeltakelse og opplevd økonomi) og konfunderende variablene (ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom eller helseproblem)

Variabler	<i>Studiepopulasjon</i> n = 16558	<i>Analytisk utvalg</i> n = 12815
	n (%)	n (%)
Kjønn		
Mann	7143 (43.1)	5644 (44.0)
Kvinne	9415 (56.9)	7171 (56.0)
Aldersgruppe SSB		
18-24	1693 (10.2)	1027 (8.0)
25-44	4898 (29.6)	3952 (30.8)
45-66	6346 (38.3)	5158 (40.2)
67+	3621 (21.9)	2678 (20.9)
Sivilstatus		
Enslig	3567 (21.5)	2774 (21.6)
Partner	12477 (75.4)	10041 (78.4)
Manglende data	514 (3.1)	-
Høyest fullført utdanning		
Grunnskole	2218 (13.4)	1568 (12.2)
Videregående	6160 (37.2)	4856 (37.9)
Høyskole/universitet	7557 (45.6)	6391 (49.9)
Manglende data	623 (3.8)	-
Arbeidsdeltakelse/hovedaktivitet		
Ikke sysselsatt	2259 (13.9)	1703 (13.3)
Sysselsatt	10676 (64.5)	8573 (66.9)
Pensjonist	3395 (20.5)	2539 (19.8)
Manglende data	228 (1.4)	-
Opplevd økonomi		
Svært vanskelig/vanskelig	1631 (9.9)	1281 (10.0)
Forholdsvis vanskelig	2079 (12.6)	1744 (13.6)
Forholdsvis lett	5082 (30.7)	4330 (33.8)
Svært lett/lett	6359 (38.4)	5460 (42.6)
Manglende data	1407 (8.5)	-
Ensomhet		
Ofte/svært ofte	1935 (11.7)	1400 (10.9)
Av og til	4406 (26.6)	3347 (26.1)
Sjelden/svært sjelden	10016 (60.5)	8068 (63.0)
Manglende data	201 (1.2)	-
Fysisk aktivitet		
Nei	4387 (26.5)	3340 (26.1)
Ja	11791 (71.2)	9475 (73.9)
Manglende data	380 (2.3)	-
Langvarig sykdom/helseproblem		
Ja	7818 (47.2)	6205 (48.4)
Nei	8127 (49.1)	6610 (51.6)
Manglende data	613 (3.7)	-

5.2 Global livskvalitet og bivariante sammenhenger

De fire variablene som ble benyttet som mål på sosial kapital viste alle signifikante assosiasjoner med global livskvalitet (tabell 3). Uavhengig t-test viste at både tillit og tilhørighet hadde en sammenheng med global livskvalitet hvor respondenter med høy grad av tillit viste høyere forekomst av høy global livskvalitet, det samme viste tilhørighet (tabell 3). En fjerdedel av respondentene som opplevde lav sosial støtte rapporterte høy global livskvalitet, mens for respondenter som opplevde høy sosial støtte rapporterte tre fjerdedeler det samme (tabell 3). To av fem av de som ikke var deltakende i foreningsliv, møtevirksomhet eller liknende oppga høy global livskvalitet, for de som var deltakende oppga nesten to av tre dette (tabell 3).

Tabell 3: Assosiasjoner mellom sosial kapital og global livskvalitet. Gruffeforskjeller er analysert med Pearsons Kji-kvadrat test (kategoriske variabler) og uavhengig t-test (kontinuerlige variabler)

Variabler	Global livskvalitet n = 12815		p
	Lav global livskvalitet	Høy global livskvalitet	
	%	%	
Tillit^a	6.15 (2.54)	7.88 (2.16)	<0.001
Sosial støtte			
Lav støtte	73.4 %	26.6 %	
Middels støtte	43.1 %	56.9 %	<0.001
Høy støtte	24.5 %	75.5 %	
Deltakelse			
Nei	57.3 %	42.7 %	<0.001
Ja	36.7 %	63.3 %	
Tilhørighet^a	6.60 (2.72)	8.45 (1.98)	<0.001

^aGj.sn. (SD)

Det var ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner i gjennomsnittsskår på global livskvalitet (tabell 4). For alle de andre variablene ble det funnet en signifikant bivariat sammenheng med global livskvalitet ($p = <0.001$) (tabell 3 og 4). For alder ble det funnet en klar trend der andelen med høy global livskvalitet økte med økende alder, i aldersgruppen 18-24 år var det bare 35 % som rapporterte høy global livskvalitet, mens hele 67 % rapporterte dette i aldersgruppen over 67 år (tabell 4).

Den samme tendensen ble sett med utdanning, dog med en del mindre variasjoner mellom de ulike utdanningsgruppene (tabell 4). For respondenter med grunnskoleutdanning som høyest fullførte utdanning rapporterte 47 % høy global livskvalitet, mens 59 % av de med høyskole- eller universitetsutdanning rapporterte det samme (tabell 4). Kun 36 % av respondentene uten partner rapporterte høy global livskvalitet, mens 60 % av respondentene med partner rapporterte det samme. For respondenter som ikke var sysselsatt rapporterte kun en fjerdedel høy global livskvalitet, hos sysselsatte rapporterte over halvparten det samme, mens to tredjedeler av

pensjonistene rapporterte høy global livskvalitet (tabell 4). For økonomisk situasjon ble det vist en stigende andel respondenter som oppga høy global livskvalitet jo bedre de opplevde økonomien sin. For gruppen som opplevde økonomien som mest utfordrende rapporterte kun en av fem høy global livskvalitet, mens for de som opplevde økonomien som lett eller svært lett rapporterte to av tre dette (tabell 4).

Konfunderende variabler viste en signifikant assosiasjon med global livskvalitet ved bivariate analyser (tabell 4). Hos respondenter som ofte eller svært ofte opplevde ensomhet viste kun 17 % høy global livskvalitet, mens for de som sjelden eller svært sjelden opplevde ensomhet rapporterte 69 % dette (tabell 4). To av fem som ikke var fysisk aktive og tre av fem som var fysisk aktive rapporterte høy global livskvalitet (tabell 4). For respondenter med langvarig sykdom eller helseproblem rapporterte 44 % høy global livskvalitet, mens 65 % av respondentene uten langvarig sykdom eller helseproblem rapporterte det samme (tabell 4).

Tabell 4: Assosiasjon mellom sosiodemografiske variabler og global livskvalitet, samt konfunderende variabler og global livskvalitet. Analysert med Pearsons Kji-kvadrat test

Global livskvalitet n = 12815			
Variabler	Lav global livskvalitet	Høy global livskvalitet	p
	%	%	
Alle	45.2 %	54.8 %	
Kjønn			
Mann	44.9 %	55.1 %	0.561
Kvinne	45.4 %	54.6 %	
Aldersgruppe SSB			
18-24	64.7 %	35.3 %	<0.001
25-44	54.0 %	46.0 %	
45-66	40.8 %	59.2 %	
67+	33.4 %	66.6 %	
Sivilstatus			
Enslig	64.0 %	36.0 %	<0.001
Partner	40.0 %	60.0 %	
Høyest fullført utdanning			
Grunnskole	53.5 %	46.5 %	<0.001
Videregående	48.5 %	51.5 %	
Høyskole/universitet	40.7 %	59.3 %	
Arbeidsdeltakelse/hovedaktivitet			
Ikke sysselsatt	76.4 %	23.6 %	<0.001
Sysselsatt	42.5 %	57.5 %	
Pensjonist	33.4 %	66.6 %	
Opplevd økonomi			
Svært vanskelig/vanskelig	77.4 %	22.6 %	<0.001
Forholdsvis vanskelig	65.2 %	34.8 %	
Forholdsvis lett	45.4 %	54.6 %	
Svært lett/lett	31.2 %	68.8 %	
Ensomhet			
Svært ofte/ofte	83.1 %	16.9 %	<0.001
Av og til	63.1 %	36.9 %	
Svært sjelden/sjelden	31.2 %	68.8 %	
Fysisk aktivitet			
Nei	56.8 %	43.2 %	<0.001
Ja	41.1 %	58.9 %	
Langvarig sykdom/helseproblem			
Ja	56.2 %	43.8 %	<0.001
Nei	34.9 %	65.1 %	

5.3 Trinnvis logistisk regresjonsanalyse

I tabell 5 vises resultatene av den trinnvise logistiske regresjonsanalysen for sammenhengen mellom sosial kapital, sosiodemografiske variabler, konfunderende variabler og global livskvalitet. Blokk 1 viste at de fire variablene som ble brukt som mål på sosial kapital var signifikant assosiert med global livskvalitet og forklarte 30.7 % av variansen i global livskvalitet, med en blokk signifikans på $p < 0.001$ (tabell 5). Med økende grad av tillit økte odds for å rapportere høy global livskvalitet med 22 %. Det var også en positiv sammenheng mellom

grad av sosial støtte og livskvalitet, og sammenlignet med gruppen som opplevde lav sosial støtte var det over to ganger så høy odds for å oppleve høy global livskvalitet for de med middels støtte og nesten fire ganger så høy odds for de som rapporterte høy grad av sosial støtte. Deltakelse i møtevirksomhet, kveldsskole eller lignende økte oddsen for å rapportere høy global livskvalitet med 59 % og med økende grad av tilhørighet økte oddsen med 27 % (tabell 5).

Blokk 2 viste at variablene for sosial kapital og sosiodemografi var signifikant assosiert med global livskvalitet og forklarte 38 % av variansen i global livskvalitet, med en blokksignifikans på $p < 0.001$ (tabell 5). Kvinner hadde noe høyere sannsynlighet for å rapportere høy global livskvalitet enn menn. Økende alder viste også en positiv effekt på global livskvalitet, hvor aldersgruppen over 67 år hadde 2.6 ganger så høy odds for å rapportere høy global livskvalitet sammenlignet med den yngste aldersgruppen 18-24 år (tabell 5). Å ha en partner økte odds for høy global livskvalitet med 78 %. Både for videregående og høyskole- og universitetsutdanning vistes en negativ sammenheng med høy global livskvalitet, hvor det var nesten 0.9 ganger lavere odds for å oppleve høy global livskvalitet sammenlignet med grunnskole som høyest fullført utdanning (tabell 5). Sammenlignet med gruppen som ikke var sysselsatte var det 3.6 ganger så høy odds for å rapportere høy global livskvalitet for sysselsatte og tre ganger så høy odds for pensjonister (tabell 5). Gruppen som rapporterte økonomien som forholdsvis vanskelig hadde ingen signifikant sammenheng med høy global livskvalitet når det ble sammenlignet med referansegruppen (svært vanskelig eller vanskelig), mens for gruppen som opplevde det som forholdsvis lett var det nesten to ganger så høy odds for å rapportere høy global livskvalitet, og for gruppen med lett eller svært lett opplevd økonomi var oddsen over to ganger så høy som for gruppen med svært vanskelig eller vanskelig opplevd økonomi (tabell 5).

Det ble vist en liten endring i oddsen for variablene som ble benyttet som mål på sosial kapital da de sosiodemografiske variablene ble lagt til i analysen, men alle de fire variablene var fortsatt signifikante, selv om de hadde sunket noe. Tilhørighet var den variabelen som sank minst da de sosiodemografiske variablene ble inkludert i analysen (tabell 5).

I blokk 3 ble de konfunderende variablene ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom eller helseproblemer inkludert (tabell 5). Forklart varians økte da til 42.4 % og blokk signifikansen var $p < 0.001$. Respondenter som sjelden eller svært sjelden opplevde ensomhet hadde over tre ganger så høy odds for å rapportere høy global livskvalitet som referansegruppen (ofte eller svært ofte ensom) (tabell 5). Fysisk aktivitet økte odds for å rapportere høy global livskvalitet med 32 % sammenlignet med de som ikke var fysisk aktive, mens respondenter uten langvarig

sykdom eller helseproblem rapporterte høy global livskvalitet nesten to ganger så ofte som de med slike plager (tabell 5).

I den fulle modellen hadde variablene som målte sosial kapital fortsatt en signifikant assosiasjon med global livskvalitet (tabell 5). De andre variablene i modellen viste også en signifikant sammenheng med global livskvalitet, med unntak av gruppen som opplevde sin økonomiske situasjon som forholdsvis vanskelig (tabell 5). Videregående og høyskole eller universitetsutdanning viste en negativ assosiasjon til høy global livskvalitet. For kjønn hadde oddsen for at kvinner skulle rapportere høy global livskvalitet økt fra 10 % i blokk 2 til 21 % i blokk 3, sammenlignet med menn (tabell 5).

Tabell 5: Trinnsvis logistisk regresjonsanalyse av assosiasjonen mellom global livskvalitet og sosial kapital, sosiodemografiske variabler og de konfunderende variablene; ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom/helseproblemer

Variabler	Blokk 1			Blokk 2			Blokk 3		
	OR	95 % CI	p	OR	95% CI	p	OR	95 % CI	p
Tillit (Gj.snitt (SD))	1.22	1.19-1.24	<0.001	1.16	1.14-1.18	<0.001	1.15	1.12-1.17	<0.001
Sosial støtte									
Lav støtte	1.00			1.00			1.00		
Middels støtte	2.23	2.01-2.48	<0.001	2.00	1.79-2.23	<0.001	1.66	1.48-1.86	<0.001
Høy støtte	3.89	3.44-4.39	<0.001	3.66	3.21-4.18	<0.001	2.68	2.34-3.08	<0.001
Deltakelse									
Nei	1.00			1.00			1.00		
Ja	1.59	1.47-1.73	<0.001	1.34	1.22-1.46	<0.001	1.33	1.21-1.45	<0.001
Tilhørighet (Gj.snitt (SD))	1.27	1.24-1.29	<0.001	1.25	1.22-1.27	<0.001	1.22	1.20-1.25	<0.001
Kjønn									
Mann	-	-	-	1.00			1.00		
Kvinne	-	-	-	1.10	1.01-1.20	0.024	1.21	1.11-1.32	<0.001
Aldersgruppe SSB									
18-24	-	-	-	1.00			1.00		
25-44	-	-	-	1.53	1.29-1.81	<0.001	1.50	1.25-1.78	<0.001
45-66	-	-	-	2.25	1.90-2.66	<0.001	2.22	1.86-2.64	<0.001
67+	-	-	-	2.60	2.04-3.31	<0.001	2.57	1.99-3.31	<0.001
Sivilstatus									
Enslig	-	-	-	1.00			1.00		
Partner	-	-	-	1.78	1.60-1.98	<0.001	1.30	1.16-1.46	<0.001
Høyest fullført utdanning									
Grunnskole	-	-	-	1.00			1.00		
Videregående	-	-	-	0.87	0.75-1.00	0.050	0.83	0.72-0.96	0.014
Høyskole/universitet	-	-	-	0.89	0.78-1.03	0.122	0.82	0.71-0.95	0.008
Arbeidsdeltakelse/hovedaktivitet									
Ikke sysselsatt	-	-	-	1.00			1.00		
Sysselsatt	-	-	-	3.59	3.10-4.14	<0.001	2.71	2.33-3.16	<0.001
Pensjonist	-	-	-	2.91	2.32-3.64	<0.001	2.39	1.89-3.01	<0.001
Opplevd økonomi									
Svært vanskelig/vanskelig	-	-	-	1.00			1.00		
Forholdsvis vanskelig	-	-	-	1.08	0.90-1.31	0.414	1.02	0.84-1.24	0.873
Forholdsvis lett	-	-	-	1.65	1.39-1.95	<0.001	1.45	1.22-1.73	<0.001
Svært lett/lett	-	-	-	2.27	1.91-2.69	<0.001	1.90	1.60-2.27	<0.001

Ensomhet										
Ofte/svært ofte	-	-	-	-	-	-	-	1.00		
Av og til	-	-	-	-	-	-	-	1.42	1.19-1.70	<0.001
Sjelden/svært sjelden	-	-	-	-	-	-	-	3.33	2.80-3.97	<0.001
Fysisk aktivitet										
Nei	-	-	-	-	-	-	-	1.00		
Ja	-	-	-	-	-	-	-	1.32	1.19-1.46	<0.001
Langvarig sykdom/helseproblem										
Ja	-	-	-	-	-	-	-	1.00		
Nei	-	-	-	-	-	-	-	1.87	1.70-2.05	<0.001
Nagelkerke R²								0.307	0.380	0.424
Significance of block^a								<0.001	<0.001	<0.001

n = 12815, OR = Odds Ratio, CI = Konfidensintervall, ^aOmnibus Test of Model Coefficients

6 Diskusjon

Dette kapittelet består av 3 hoveddeler, hvor det først vil det bli gitt en kort oppsummering av resultatene. Deretter vil resultater og funn ved global livskvalitet bli sammenlignet med andre studier og diskutert før det blir sett på sammenhengen mellom hver av eksponeringsvariablene innunder sosial kapital, sosiodemografi og konfunderende variabler opp mot global livskvalitet. Til slutt kommer en metodediskusjon hvor det blir sett på styrker og svakheter ved studien.

6.1 Oppsummering av resultatene

Problemstillingen for masteroppgaven var å undersøke om det var en assosiasjon mellom sosial kapital og global livskvalitet hos voksne i Østfold og om sosiodemografi påvirket denne sammenhengen. Gjennomsnittet for global livskvalitet lå på 7.5 (SD = 2.2) i dette utvalget og medianen var 8. Det ble funnet signifikante bivariate sammenhenger mellom det å være kvinne, økende alder, ha partner, være sysselsatt, å oppleve en lett økonomisk situasjon og høy global livskvalitet. For gruppen med høy global livskvalitet var det også en signifikant lavere andel som opplevde ensomhet, hadde langvarig sykdom og ikke var fysisk aktive sammenlignet med lav global livskvalitet. Alle de fire variablene som ble benyttet for å måle sosial kapital; tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet, viste en signifikant sammenheng med global livskvalitet, også etter at det ble kontrollert for sosiodemografiske variabler og konfunderende variabler, selv om odds ratio ble noe redusert for de fire variablene. Det å oppleve høy sosial støtte, være sysselsatt og sjelden eller svært sjelden oppleve ensomhet var de tre enkeltvariablene som ga høyest sannsynlighet for høy global livskvalitet. Sosial kapital forklarte 30.7 % av variansen i global livskvalitet, mens den fulljusterte modellen forklarte til sammen 42.4 % av variansen i global livskvalitet hos den voksne befolkningen i Østfold.

6.2 Diskusjon av global livskvalitet

I denne studiens utvalg var gjennomsnittet for global livskvalitet 7.5 på en skala fra 0-10. Global livskvalitet var dermed nokså likt sammenlignet med folkehelseundersøkelsene i Troms, Finnmark og Agder 2019, hvor gjennomsnittet lå på rundt 7.6 sammenlagt (Nes, Nilsen, et al., 2020). Dersom resultatet sammenlignes med livskvalitet i Norge, hvor gjennomsnittet lå på 7.1 i 2020 og 6.7 i 2021 for både mening og tilfredshet med livet, var global livskvalitet i Østfold 2019 en god del høyere (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det må allikevel nevnes at spørsmålene for mening i 2020 og 2021 besto av to spørsmål, hvorav ett samsvarte med spørsmålet om mening som ble benyttet i denne oppgaven som ett av spørsmålene for global livskvalitet. Dette kan ha ført til et annet gjennomsnitt for mening enn dersom kun det ene

spørsmålet hadde blitt brukt, og det er derfor ikke helt sammenlignbart med global livskvalitet i Østfold. Sammenlignet med tall fra folkehelseprofilen for Viken 2020 hvor fornøydhets med livet ble målt til 7.3, var global livskvalitet i Østfold noe høyere (Folkehelseinstituttet, 2017). For Viken ble kun spørsmålet om fornøydhets med livet benyttet som mål på livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2017). Det er vanskelig å si hvordan resultatene for både livskvalitetsundersøkelsen og folkehelseprofilen hadde vært dersom variablene som ble brukt for global livskvalitet i denne oppgaven også hadde blitt benyttet i disse undersøkelsene. Når dette er sagt kan det antas at gjennomsnittet for livskvalitet ville vært noenlunde det samme som vist over siden spørsmålene er nokså like. Samtidig har livskvaliteten i Norge gradvis sunket de siste årene (Folkehelseinstituttet, 2017; Hellevik & Hellevik, 2021; Støren & Rønning, 2021). Det har i tillegg vært flere omfattende smittevernstiltak i forbindelse med koronapandemien som kan ha hatt innvirkning på faktorer som påvirker livskvaliteten, som psykiske plager (Nes, Aarø, et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Det er derfor ikke overraskende at global livskvalitet i Østfold 2019 var høyere enn landsgjennomsnittet på livskvalitet i 2021 og folkehelseprofilen i Viken. I tillegg er det vanskelig å sammenligne tidligere Østfold fylke med Viken, hvor flere fylker har blitt sammenslått, noe som kan tenkes å ha ført til en noe annen befolkningssammensetning.

6.3 Diskusjon av sosial kapital og global livskvalitet

Sosial kapital er en viktig dimensjon i denne studien. Det er ulike vinklinger på hvordan man forklarer begrepet, men sosial kapital kan ses på som en ressurs for både samfunnet og enkeltindivider blant annet ved å bidra til tillitsfulle, sosiale relasjoner innad og på tvers av ulike grupper i samfunnet (Bourdieu, 1986; Putnam et al., 1993; Szreter & Woolcock, 2004; Wollebæk & Seggaard, 2011). De indikatorene som ble brukt for å måle sosial kapital i denne oppgaven; tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet har alle blitt funnet å vise sammenheng med livskvalitet i tidligere studier (Cuypers et al., 2012; Helliwell & Wang, 2011; Lambert et al., 2013; Siedlecki et al., 2014; Yip et al., 2007), og dette ble også bekreftet i denne masteroppgaven der alle indikatorene viste en sammenheng med global livskvalitet hos den voksne befolkningen i Østfold. Nedenfor vil hver av de fire indikatorene for sosial kapital bli nærmere diskutert og sammenhengen med global livskvalitet vil bli belyst.

Tillit er et begrep som handler om å stole på en annen person og de avgjørelsene denne personen tar, og Norge er blant landene i verden som ligger på toppen når det kommer til tillitsnivå (Elgar et al., 2011; Grimen, 2009; Holmberg & Rothstein, 2017). Funnene i denne masteroppgaven viste at tillit lå på gjennomsnittet 7.1, som er det samme sammenlignet med resten av landet i

2019 (Nes, Nilsen, et al., 2020). Det er derimot litt lavere enn hva som ble funnet som landsgjennomsnitt i Norge i 2020, hvor gjennomsnittet var 7.3 (SSB, 2020). Denne studien viste at det var en klar sammenheng mellom det å ha høy tillit til personer rundt seg og det å rapportere høy global livskvalitet. Dette er i samsvar med hva studier fra andre land har funnet (Helliwell & Wang, 2011; Yip et al., 2007). Høy tillit ga en signifikant økt odds for å rapportere høy global livskvalitet, også etter at de sosiodemografiske og konfunderende variablene ble inkludert i analysen, og selv om odds ratio ble noe lavere så var det fortsatt en signifikant sammenheng. Tillit til medmennesker generelt gir mulighet for å skape nye relasjoner ved å samhandle med fremmede (Wollebæk & Seggaard, 2011). Det kan derfor tenkes at et høyt nivå av tillit gir mulighet for å skape sosiale nettverk hvor man kan oppnå sosial støtte, økt deltakelse og følelse av tilhørighet, og kan bidra til økt global livskvalitet. Opplevs derimot mistillit til andre mennesker vil dette føre til ekstra forsiktighet rundt personer man ikke kjenner (Grimen, 2009). Det kan dermed tenkes at lav grad av tillit kan være til hinder for å skape nye relasjoner og utarbeide et tilstrekkelig sosialt nettverk hvor man kan oppleve sosial støtte, noe som igjen kan tenkes å påvirke livskvaliteten. Høy grad av tillit kan dermed ses på som en viktig faktor i sosial kapital for å oppnå høy global livskvalitet.

En annen faktor innen sosial kapital er sosial støtte. Sosial støtte kan være både emosjonell, instrumentell, bekreftende og informerende (Berkman & Krishna, 2014). Høy sosial støtte var den indikatoren innenfor sosial kapital som hadde den sterkeste sammenhengen til global livskvalitet. I denne studiens utvalg oppga 27 % å ha høy sosial støtte og 23 % lav sosial støtte. Andelen som opplevde høy sosial støtte i Østfold 2019 var dermed lavere sammenlignet med nasjonale målinger i 2020 og 2021 hvor andelen med høy sosial støtte var henholdsvis 34 % (2020) og 30 % (2021) (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Andelen med lav sosial støtte var derimot nokså likt som på nasjonalt nivå, hvor det i 2020 var 22 % som rapporterte lav sosial støtte og 24 % i 2021 rapporterte det samme (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Her må det påpekes at spørsmålet om sosial støtte i livskvalitetsundersøkelsene fra 2020 og 2021 handlet om respondentene opplevde at de hadde sosiale relasjoner som var givende og støttende (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020), og blir dermed noe annerledes enn spørsmålene som ble benyttet i denne studien hvor OSSS-3 ble brukt. I denne masteroppgaven ble det funnet at respondenter med middels sosial støtte hadde større odds for å rapportere høy global livskvalitet sammenlignet med de som opplevde lav sosial støtte, og for de som opplevde høy sosial støtte var det over dobbelt så høy odds for å rapportere høy global livskvalitet. Disse funnene samsvarer med andre studier som også har funnet at opplevelsen av å ha høy sosial

støtte har en sammenheng med høy livskvalitet (Nes, Nilsen, et al., 2020; Siedlecki et al., 2014; Stronge et al., 2019; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det er i tillegg vist at høyere livskvalitet i form av positive følelser og lykke kan fremme kvaliteten og økt kvantiteten ved sosiale relasjoner (De Neve et al., 2013; Diener & Seligman, 2002; Lyubomirsky et al., 2005). For eksempel omtalte en systematisk litteraturstudie funn som tydet på at personer som opplevde positive følelser og lykke var mer tilfredse med sine sosiale relasjoner og sosiale aktiviteter, og var i tillegg mer sannsynlig å delta i givende aktiviteter, og da særlig aktiviteter som innebar sosial kontakt (Lyubomirsky et al., 2005). Siden det i denne masteroppgaven har blitt benyttet et tverrsnittsdesign er det ikke mulig å si om sosial støtte bidro til høy global livskvalitet eller omvendt. Det er heller ikke mulig å si i denne oppgaven om sosial støtte og global livskvalitet påvirker hverandre, men det som er sikkert er at det er en sammenheng mellom disse, hvor høy sosial støtte henger sammen med høy global livskvalitet. Sosial støtte kan også fungere som en buffer for blant annet stress (Cohen & Wills, 1985). Stress kan påvirke helsen både fysisk og psykisk samt direkte og indirekte (Dahl et al., 2014; Dimsdale, 2008; Gallo et al., 2014). Det kan dermed antas at høy sosial støtte bidrar til å redusere eller til en viss grad beskytte mot stress, noe som igjen bidrar til ivaretagelse av fysisk og psykisk helse. Psykisk helse henger som tidligere nevnt tett sammen med livskvalitet og det kan dermed tenkes at sosial støtte som en buffer mot stress også ivaretar global livskvalitet. En opplevelse av lav sosial støtte eller mangel på andre sosiale faktorer kan føre til ensomhet, som har vist å ha en negativ assosiasjon med livskvalitet (Domènech-Abella et al., 2017; Grav et al., 2011; Liu et al., 2016; Støren & Rønning, 2021). Det er derfor ikke overraskende at funnene i denne oppgaven viste at dess høyere sosial støtte en person opplever, dess høyere odds er det også for å rapportere høy global livskvalitet. Det er flere ting som kan påvirke muligheten til å oppleve sosial støtte. For eksempel er det vist at lav inntekt kan redusere sannsynligheten for å ha mer enn fem personer å stole på sammenlignet med de med høy inntekt. Det gir derimot ikke høyere sannsynlighet for å ha få personer å stole på (Barstad & Sandvik, 2015). Det kan tenkes at inntekt kan være en faktor som hindrer personer å delta på ulike sosiale aktiviteter på fritiden, noe som igjen kan føre til at nettverket ikke utvides og kan føre til lav sosial støtte og ensomhet. Som ved tillit, vises en sammenheng mellom sosial støtte og global livskvalitet, og sosial støtte kan tenkes å påvirkes av andre komponenter innen sosial kapital, som deltakelse.

Deltakelse i ulike fritidsaktiviteter og møtevirksomhet kan utvide sosiale nettverk, føre til tillit, tilhørighet og sosial støtte (Barstad & Sandvik, 2015). I denne studien svarte nesten 60 % at de deltok på aktiviteter som møtevirksomhet, kveldsskoler eller lignende. På landsbasis i 2020

oppgå hele 88 % at de deltok på kulturelle aktiviteter, som teater, kino, konserter eller liknende, mens i 2021 hadde andelen gått ned til 62 % (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det må nevnes at smitteverntiltak førte til begrensede muligheter for å delta på arrangementer, særlig i 2021 (Støren & Rønning, 2021). I tillegg er heller ikke tallene fra Østfold og de nasjonale undersøkelsene helt sammenlignbare når det ses på andelen som deltar fordi det ble sett på ulike typer aktiviteter. Det kan derimot tenkes at selve virkningen som deltakelse i aktiviteter har på livskvalitet er lik så lenge aktiviteten er betydningsfull for deltakerne. Deltakelse i betydningsfulle aktiviteter har tidligere vist å ha en positiv innvirkning på livskvalitet (Pressman et al., 2009). Regresjonsanalysen viste også her at deltakelse hadde en signifikant sammenheng med høy global livskvalitet. Dette var i samsvar med flere andre studier (Cuypers et al., 2012; Helliwell & Putnam, 2004; Nes, Nilsen, et al., 2020; Pressman et al., 2009; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Etter kontroll for sosiodemografiske variabler gikk sammenhengen mellom deltakelse og global livskvalitet ned med 25 %, mens den bare gikk ned 1 % ved inkludering av konfunderende variabler. Som nevnt påvirker sosioøkonomiske faktorer muligheten til å delta på ulike aktiviteter på fritiden (Barstad & Sandvik, 2015). Det kan derfor tenkes at dette også var tilfellet i denne studien, og at de som ikke deltok på aktiviteter, som møtevirksomhet, kveldsskoler eller lignende, opplevde økonomien sin som utfordrende. Samtidig er det funnet at innvirkningen på livskvaliteten blir påvirket av hyppigheten og antallet aktiviteter (Cuypers et al., 2012; Pressman et al., 2009). Det kan tenkes de som ofte deltok på ulike aktiviteter hadde høyere sannsynlighet for høy global livskvalitet sammenlignet med de som sjelden deltok, men det kan ikke sies sikkert da denne studien kun så på hvem som deltok og ikke deltok. Det er også vist at høyere livskvalitet kan bidra til sterkere og flere sosiale relasjoner (Diener & Seligman, 2002; Lyubomirsky et al., 2005). Det kan derfor tenkes at høy global livskvalitet i seg selv kan bidra til mer deltakelse og flere gode relasjoner, som igjen bidrar til høyere global livskvalitet. Dette underbygger funnene som er gjort i denne studien, som viser at det er en sammenheng mellom deltakelse, og andre variabler for sosial kapital, og global livskvalitet. Samtidig er det ikke mulig å si noe om årsakssammenhengen.

Den fjerde faktoren som ble benyttet i denne oppgaven som mål på sosial kapital var tilhørighet. Følelsen av å høre til et sted og identifisere seg med andre kalles tilhørighet, og har blitt sett på som et fundamentalt behov (Ainsworth, 1989; Axelrod & Hamilton, 1981; Bowlby, 1969; Carlquist, 2015). I denne studien var gjennomsnittet for tilhørighet 7.6. Dette var nokså likt som landsgjennomsnittet som lå på 7.5 i 2019 (Nes, Nilsen, et al., 2020). Denne studiens resultater

viste at en høyere følelse av tilhørighet ga økt sannsynlighet for å rapportere høy global livskvalitet. Dette samsvarer med funn fra andre studier (Lambert et al., 2013; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Tilhørighet holdt seg nokså stabil da de sosiodemografiske og konfunderende variablene ble lagt til i regresjonsanalysen, hvor odds ratio ble redusert med kun 2 % da det ble kontrollert for sosiodemografiske faktorer og ytterligere 3 % ved kontroll for konfunderende variabler. Dette var den variabelen som inngikk i sosial kapital som endret seg minst for hver blokk i regresjonsanalysen. Det var overraskende at sosiodemografiske variabler ikke hadde mer innvirkning på tilhørighet da det på landsbasis ble vist at opplevd økonomi og utdanning påvirket grad av tilhørighet (Nes, Nilsen, et al., 2020). Det kan antas at det har noe med at de som er friskest og føler seg mest vel også er de som deltar i slike undersøkelser. Samtidig er det 2 % og 3 % for hvert trinn opp eller ned på «stigen» av tilhørighet, slik at dersom man ser på ulikheten for de med lavest og de med høyest tilhørighet så vil forskjellen være større.

6.3.1 Diskusjon av de sosiodemografiske faktorenes innvirkning på sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet

En del av problemstillingen i denne masteroppgaven var å undersøke hvordan sosiodemografi påvirket sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet. Denne studien fant at sammenhengen mellom global livskvalitet og sosial kapital, målt gjennom tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet, ble noe redusert da de sosiodemografiske variablene ble presentert i regresjonsanalysen. Det var ikke overraskende at variablene endret seg da de sosiodemografiske variablene ble lagt til. Tidligere har det blant annet blitt funnet en sammenheng mellom grad av tillit og sosiodemografiske variabler (Nieminen et al., 2008). Blant gruppene som har hatt høyere tillit til andre mennesker er kvinner, yrkesaktive, personer med høyere utdanning og høyere inntekt (Barstad & Sandvik, 2015). Derimot viste en annen studie at menn hadde høyere grad av tillit enn kvinner og at de med partner var mer tillitsfulle (Nieminen et al., 2008). For menn ble det også funnet at høyere inntekt ga høyere grad av tillit, men det ble ikke funnet samme tendens hos kvinner (Nieminen et al., 2008). Sosiodemografiske faktorer har også vist å ha en innvirkning på det sosiale nettverket (Barstad & Sandvik, 2015). Det har for eksempel blitt sett en sammenheng mellom sosial støtte, kjønn og utdanning. Spesielt hos kvinner har høyere utdanning vist en høyere sannsynlighet for å få et større nettverk (Barstad & Sandvik, 2015). Det kan antas at et større sosialt nettverk gir økt mulighet for å oppleve høy sosial støtte. I tillegg er det funnet en sammenheng for både menn og kvinner mellom inntekt og sosial støtte, hvor høy inntekt ga større sjans for høy sosial støtte (Nieminen et al., 2008). Samme studie fant

også at høyere utdanning kunne gi et større nettverk (Nieminen et al., 2008). Motsatt har lav inntekt vist å gi større sannsynlighet for å ikke ha mer enn fem personer å stole på (Barstad & Sandvik, 2015). Det er også vist at særlig inntekt, men også i noen grad utdanning påvirker tilgang til informerende og instrumentell støtte (Barstad & Sandvik, 2015). For deltakelse er det funnet at alder kunne påvirke deltakelse i fritidsaktiviteter, hvor den yngre befolkningen deltok mindre på fritidsaktiviteter enn tidligere (Helsedirektoratet, 2021). Samtidig er helseproblemer en utfordring for deltakelse, og øker med alderen (Barstad & Sandvik, 2015). Særlig hos de eldste kan det derfor tenkes at helsen kan være til hinder for deltakelse, men allikevel ble det i denne masterstudien rapportert høyere global livskvalitet med økende alder, både før og etter at sosiodemografiske variabler ble inkludert i analysen. I tillegg er det funnet at sosioøkonomi påvirker deltakelse i aktiviteter (Barstad & Sandvik, 2015; Cuypers et al., 2012; Nieminen et al., 2008), og det kan tenkes at særlig opplevd økonomi spiller en stor rolle for mulighet for deltakelse. Tillit til mennesker generelt gir mulighet for å komme i kontakt med nye mennesker og utvide det sosiale nettverket (Wollebæk & Seggaard, 2011). Samtidig gir sosial støtte og deltakelse mulighet for å føle tilhørighet (Barstad & Sandvik, 2015). Det kan derfor tenkes at sosiodemografiske faktorer påvirker tilhørighet indirekte gjennom tillit, sosial støtte og deltakelse, og ved at sosiodemografi påvirker disse fire indikatorene, påvirkes også sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet. Nedenfor vil det bli gått nærmere inn på hver av de sosiodemografiske variablene og sammenheng med global livskvalitet. Også her vil de fire elementene i sosial kapital; tillit, sosial støtte, deltakelse og tilhørighet bli trukket inn i diskusjonen.

6.4 Diskusjon av sosiodemografiske faktorer og global livskvalitet

Sosiodemografiske faktorer er blant helsedeterminantene som har blitt sett å kunne påvirke helse og livskvalitet (Naidoo & Wills, 2016). De sosiodemografiske variablene det ble kontrollert for i denne studien var kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidsdeltakelse og opplevd økonomi.

I denne studien ble det funnet at kvinner hadde en 20 % høyere odds for å oppleve høy global livskvalitet sammenlignet med menn. Dette samsvarer med noen studier, men avviker fra andre. Tidligere forskning har vist at kjønn har varierende grad av innvirkning på livskvalitet, hvor kvinner i enkelte studier har rapportert noe høyere livskvalitet enn menn, mens i andre studier har menn rapportert noe høyere livskvalitet enn kvinner, samtidig har andre studier gjort funn ikke viste noen signifikant sammenheng mellom kjønn og livskvalitet (Batz & Tay, 2018; Meisenberg & Woodley, 2015; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020; Tesch-Römer et

al., 2008). Én av grunnene som kan forklare forskjellige funn i forskningen rundt sammenhengen mellom kjønn og livskvalitet kan være de ulike tilnærmingene til livskvalitetsbegrepet og at livskvalitet dermed måles med ulike spørsmål ut fra hvilken type livskvalitet som undersøkes (Batz & Tay, 2018). Samtidig kan forhold som likestilling, holdninger til likestilling og hvilke grad kvinner er vanskeligstilt i landene hvor undersøkelsen utføres påvirke utfallet (Tesch-Römer et al., 2008). I tillegg viste tall fra 2019 at kvinner oppga støttende og nære relasjoner hyppigere enn menn (Nes, Nilsen, et al., 2020). Således kan det tenkes at sosial støtte kan være noe av årsaken til at kvinner rapporterte høyere global livskvalitet enn menn. Funnene i denne studien samsvarer ved sammenligning med tall fra Norge i 2019, med unntak av Buskerud fylke hvor det ble funnet en lavere fornøydhet med livet for kvinner enn for menn, mens for spørsmål om man opplevde det man gjorde som meningsfylt hadde samtlige fylker i undersøkelsen høyere andel kvinner enn menn (Nes, Nilsen, et al., 2020). Samtidig fant livskvalitetsundersøkelsene fra 2020 og 2021 derimot ingen sammenheng når det ble sett på kjønn opp mot fornøydhet med livet, men kvinner hadde en noe høyere opplevd mening sammenlignet med menn i 2020, mens det i 2021 var ingen signifikant forskjell mellom kjønn (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Funnene i denne studien avviker dermed fra resultatene i Norge i 2020 og 2021, med unntak av opplevelse av mening for kvinner i 2020 som var noe høyere enn menn. Samtidig samsvarer funnene i denne masteroppgaven med tallene fra 2019.

Denne studien fant at andelen som rapporterte høy global livskvalitet gradvis økte med alderen. Dette samsvarer med resultater fra resten av landet (Nes, Nilsen, et al., 2020; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det må nevnes at aldersinndelingen var noe annerledes i denne studien sammenlignet med inndelingen i rapporten fra Nes et al. (2020), hvor de fant at global livskvalitet flatet ut fra 70 års alderen. Studier fra andre land har derimot gjort funn som tydet på en U-formet kurve hvor de yngre og eldre aldersgruppene rapporterte høyest livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2008; Stone et al., 2010). Deltakelse i aktiviteter på fritiden har sunket blant den yngre befolkningen i Norge (Helsedirektoratet, 2021). I tillegg har livskvalitet sunket jevnt siden 2009, særlig hos den yngre befolkningen (Hellevik & Hellevik, 2021; Støren & Rønning, 2021). Lavere deltakelse ved fritidsaktiviteter for yngre kan muligens forklare den noe av den synkende livskvaliteten i samme gruppe (Helsedirektoratet, 2021). Det kan antas at lite deltakelse, har ført til et mindre nettverk som igjen har gitt lavere sosial støtte, og at dette kan føre til ensomhet. Alle disse faktorene har i denne studien vist å ha en sammenheng med global livskvalitet. Dette kan underbygges med at deltakelse i

fritidsaktiviteter kan gi et større nettverk hvor personene kan utvikle sine ferdigheter og kunnskap og gi flere positive følelser, som igjen gir høyere livskvalitet (Brajša-Žganec et al., 2011). Det skal derimot ikke glemmes at en god del andre faktorer påvirker livskvalitet (Dahlgren & Whitehead, 1991; Naidoo & Wills, 2016). Slike faktorer kan være bekymring for fremtiden, stress på skolen og for å prestere, samt psykisk helse (Hellevik & Hellevik, 2021; Støren & Rønning, 2021). Disse faktorene kan antas å være særlig aktuelle for de yngre aldersgruppene (Hellevik & Hellevik, 2021). Det skal også nevnes at spørsmål om deltakelse i foreningsliv, møtevirksomhet, styrer, kveldsskole eller lignende kanskje ikke er helt treffende for mange i den yngste aldersgruppen. Funnene i denne studien viste at global livskvaliteten økte med alderen. Det kan tenkes at noe av grunnen til det var at den eldste aldersgruppen som hadde e-post og dermed kunne delta i undersøkelsen var den gruppen av eldre som var friskest, og ikke nødvendigvis representerte den faktiske befolkningen.

Det ble funnet en sammenheng mellom sivilstatus og høy global livskvalitet, hvor det å ha en partner, som kjæreste, samboer eller ektefelle, ga økt sannsynlighet for høy global livskvalitet sammenlignet med de som var enslige. Disse funnene samsvarte med funn fra resten av landet, hvor det også ble sett at de som hadde partner var mindre ensomme, bekymret og nedstemt sammenlignet med de som var enslige (Nes, Nilsen, et al., 2020). Samtidig er det vist at ekteskap kan ha negativ innvirkning på livstilfredsheten dersom det er store forskjeller i parets utdanningsnivå (Stutzer & Frey, 2006). Det er vanskelig å si om det å se på variablene kjæreste, samboer eller ektefelle hver for seg ville hatt stor betydning for resultatet i denne studien. Det er i tillegg vanskelig å si om enslige hadde andre aspekter ved livet som kunne være mer utfordrende for dem sammenlignet med de som var i parforhold. For eksempel vil en tøff skilsmisse eller det å være aleneforelder kunne ha innvirkning på livskvaliteten (Næss et al., 2007; Støren & Rønning, 2021).

For variabelen utdanning ble det i den bivariate analysen funnet en sammenheng mellom utdanning og global livskvalitet. Analysen viste at litt over 45 % av respondentene med grunnskole som høyest fullførte utdanning rapporterte høy global livskvalitet, mens litt over 50 % av respondentene med videregående utdanning rapporterte det samme. For respondenter med høyskole eller universitetsutdanning rapporterte nesten 60 % høy global livskvalitet. Denne sammenhengen samsvarer med hva andre norske livskvalitetsundersøkelser har funnet, hvor økende utdanning viste økt grad av livskvalitet (Nes, Nilsen, et al., 2020; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Da regresjonsanalysen ble utført og utdanning ble introdusert i modellen sammen med de andre sosiodemografiske variablene ble derimot denne

sammenhengen borte og til dels negativ, noe som da ikke samsvarer med de andre norske livskvalitetsundersøkelsene. Det kan være at særlig variabelen sysselsatt har påvirket denne sammenhengen, men det er vanskelig å forklare med sikkerhet hva som er årsaken til at denne studien fant en slik assosiasjon. Det er også mulig at noe i konteksten i Østfold har ført til disse resultatene, uten at denne oppgaven har avdekket årsaken.

Det å være sysselsatt var den indikatoren, etter ensomhet og høy sosial støtte, som ga størst sannsynlighet for høy global livskvalitet, og hadde en odds ratio på 2.7. I tillegg hadde pensjonister en odds ratio på 2.4 sammenlignet med dem som ikke var sysselsatt. Både det å være sysselsatt og pensjonist har også i tidligere studier vist å ha en sammenheng med høy livskvalitet (Helliwell, Layard, et al., 2017; Nes, Nilsen, et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Å være i arbeid kan skape sosiale relasjoner og nettverk (Kirkeberg et al., 2012). Det kan derfor antas at for gruppen som var sysselsatt var arbeidsplassen, skolen eller liknende mulige arenaer hvor sosiale relasjoner ble opprettholdt og skapt. Slik kan også helse ha en indirekte påvirkning på sammenhengen mellom arbeidsdeltakelse og global livskvalitet, ved at sykdom og helseplager kan føre til flere sykedager og begrenset mulighet for deltakelse i arbeidslivet (Dahl et al., 2014). Det kan tenkes at gruppen som ikke var sysselsatt hadde dårligere helse som i seg selv kan ha bidratt til lavere global livskvalitet, og dette kan ha påvirket sammenhengen selv om det ble kontrollert for langvarig sykdom og helseproblem. Samtidig har det å ikke være sysselsatt negativ påvirkning på økonomien (Kirkeberg et al., 2012). Å ikke være sysselsatt ser derfor ut til å påvirke mange aspekter ved livet, og kan ha bidratt til dårligere opplevd økonomi, lavere deltakelse, lavere sosial støtte og hatt innvirkning på andre viktige faktorer som kan ha betydning for høy global livskvalitet.

Denne studien fant at gruppene som opplevde økonomien sin som lett rapporterte høyere global livskvalitet sammenlignet med gruppene som opplevde økonomien som svært vanskelig eller vanskelig. For gruppen som opplevde økonomien sin som forholdsvis vanskelig var det ingen signifikant sammenheng sett i forhold til gruppen som opplevde økonomien sin som mest utfordrende. Den norske levekårsundersøkelsen i 2021 viste at gruppen med lav inntekt var en av gruppene som rapporterte lavest livskvalitet (Støren & Rønning, 2021). Det er vist at opplevelse av egen økonomi er en viktig faktor for livskvalitet, og en tilfredshet med egen økonomi vil derfor kunne ha en positiv innvirkning på livskvalitet (Netemeyer et al., 2018). Grunnen til dette kan være at opplevd dårlig økonomi kan føre til stress og bekymringer for å få pengene til å strekke til for å ivareta grunnleggende behov, som igjen kan ha negativ innvirkning på livskvaliteten (Cummins, 2000). Det kan derfor antas at for gruppene som

opplevde økonomien som forholdsvis lett og lett eller svært lett hadde høyere global livskvalitet blant annet på grunn av mindre stress og bekymring rundt sin økonomi. I tillegg har det tidligere blitt diskutert at økonomi kan påvirke mulighet for deltakelse. Det kan dermed tenkes at de som opplevde god økonomi også hadde mulighet til å delta på flere ønskede aktiviteter enn de som opplevde økonomien sin som dårlig.

Det kan virke som at de sosiodemografiske faktorene som ble benyttet i denne masteroppgaven hadde innvirkning på både sosial kapital og global livskvalitet, og dermed også innvirkning på relasjonen mellom sosial kapital og global livskvalitet hos den voksne befolkningen i Østfold. Det kan tenkes at særlig sosioøkonomisk posisjon har innvirkning på mulighet for deltakelse og dermed også å skape sosiale relasjoner hvor man kan oppleve sosial støtte og føle tilhørighet. I Norge har det vært en økende forskjell i befolkningens inntekt (Arntzen et al., 2019; Kinge et al., 2019). Økende inntektsforskjeller kan føre til større forskjell mellom rik og fattig, og det er også sett at gapet mellom rik og fattig har blitt større i Norge (Kinge et al., 2019). Det er i tillegg vist at sosial likhet gir høyere livstilfredshet blant innbyggerne (Di Martino & Prilleltensky, 2020). I denne studien ble det funnet at sosioøkonomiske faktorer har en betydning for global livskvalitet, og det er derfor bekymringsfullt at det blir stadig økende sosioøkonomiske ulikheter i Norge.

6.5 Diskusjon av konfunderende variabler og global livskvalitet

I denne oppgaven ble det kontrollert for ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom eller helseproblem. Odds ratio for samtlige variabler innenfor sosial kapital og sosiodemografi, med unntak av kjønn, ble redusert da de konfunderende variablene ble inkludert i regresjonsanalysen. For kvinner økte derimot oddsen for å rapportere høy global livskvalitet. I dette kapittelet vil det bli diskutert hvilken sammenheng de konfunderende variablene hadde med global livskvalitet.

Ensomhet er en følelse som oppstår når man opplever færre relasjoner enn ønskelig og/eller at relasjonene ikke oppleves som like nære som hva som er ønskelig (De Jong-Gierveld, 1987; Svendsen, 2015). Ensomhet kan forklares som en følelse av smerte eller tristhet, og er helt normalt å føle fra tid til annen (Nes, Nilsen, et al., 2020; Svendsen, 2015). Nesten to av tre i denne studien oppga at de sjelden eller svære sjelden var ensomme. Gruppen som sjelden eller svært sjelden var ensomme var den gruppen i regresjonsanalysen som hadde størst positiv innvirkning på global livskvalitet sammenlignet med sin referansegruppe. Livskvalitetsundersøkelsene fra 2020 og 2021 viste også at ensomhet påvirket livskvaliteten

negativt (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Det er sett at ensomhet kan være en indikasjon på mangelfulle sosiale relasjoner og bidrar til lav livskvalitet (Baumeister & Leary, 1995; Nes, Nilsen, et al., 2020). Det samsvarer med funn i denne studien som viste at gruppene som var mindre ensomme hadde høyere sannsynlighet for å oppleve høy global livskvalitet, med en odds ratio på 3.3. Flere faktorer virker inn på ensomhet. Deriblant kan både sosioøkonomiske faktorer, fysisk helse, sosiale relasjoner og personlighet virke inn på om en person føler seg ensom eller ikke (von Soest et al., 2020). Det ble også nevnt tidligere i oppgaven at sosial støtte og tillit er viktige komponenter for å muliggjøre forebygging av ensomhet fordi de skaper rom for en følelse av tilhørighet, som er en faktor som må være til stede for å hindre ensomhet (Barstad & Sandvik, 2015).

I denne studien oppga nesten tre av fire at de drev med fysisk aktivitet. Dette er en del færre enn hva som er vist i livskvalitetsundersøkelsene fra 2020 og 2021, hvor hele 95 % rapporterte å være fysisk aktive (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). Regresjonsanalysen viste at det var større sannsynlighet for å oppleve høy global livskvalitet for de som drev med fysisk aktivitet sammenlignet med de som ikke gjorde det. Disse funnene var i tråd med hva som ble funnet på landsbasis da det ble sett på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og tilfredshet med livet (Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020). På landsbasis ble det derimot ikke sett på sammenhengen mellom fysisk aktivitet og opplevelse av mening, som er en av indikatorene på global livskvalitet, men det kan allikevel antas at fysisk aktivitet og mening kan ha en sammenheng siden denne studien viste en sammenheng i tråd med landsundersøkelsen. Studier har også funnet at fysisk aktivitet i grupper kunne redusere ensomhet ved at personene fikk mulighet til å knytte kontakt med hverandre (McAuley et al., 2000; Pels & Kleinert, 2016). Samtidig kan personer som er ensomme være mindre aktive enn de som ikke er ensomme (Pels & Kleinert, 2016). Moderat til høy fysisk aktivitet på fritiden kan også bidra til å øke personers arbeidsevne (Calatayud et al., 2015; Grabara et al., 2018). Andre studier har funnet at fysisk aktivitet hadde en positiv innvirkning på livskvalitet gjennom bedre psykisk velvære og fysisk helse (Bahr, 2008; Netz et al., 2005; Pawlowski et al., 2011; Wiese et al., 2018). I tillegg har det blitt gjort funn som viste at høy livskvalitet bidro til bedre fysisk og psykisk helse (Fredrickson et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2005; Sin, 2016). Det er vanskelig å vite hva som var tilfellet i denne studien, men det kan antas at fysisk aktivitet, ensomhet, fysisk og psykisk helse og global livskvalitet også her henger tett sammen og har en innvirkning på hverandre.

Langvarig sykdom kan ha negativ innvirkning på livskvaliteten (Fortin et al., 2004; Ryan et al., 2015). Om lag halvparten av respondentene i denne undersøkelsen rapporterte at de hadde

langvarig sykdom eller helseproblem. Det å ikke ha slike helseplager ga en signifikant høyere sannsynlighet for høy global livskvalitet sammenlignet med referansegruppen. Livskvalitetsundersøkelsen i 2021 fant at gruppen med langvarig sykdom, helseproblem eller plager som følge av sykdom eller skade, og som i tillegg oppga å ha begrensninger i hverdagsaktiviteter som følge av helseplagene var mindre fornøyde og opplevde redusert mening med livet sammenlignet med resten av befolkningen (Støren & Rønning, 2021). Dette stemmer overens med funnene i denne studien, selv om denne studien undersøkte de med langvarig sykdom eller helseproblem generelt og ikke bare de som opplevde utfordringer i hverdagen knyttet til sin sykdom eller helseproblem. Det kan derimot antas at å undersøke sykdom eller helseproblemer som var til hinder i hverdagen ville hatt en enda større innvirkning på global livskvalitet enn hva målingen av langvarig sykdom og helseproblem i denne studien ga. Som studien av Fugelli og Ingstad (2001) viste var det ikke nødvendigvis en diagnose i seg selv som gjorde utslag for hva folk betegnet som god helse, men en blanding av flere faktorer, deriblant fysisk funksjon og det å fungere i hverdagen (Fugelli & Ingstad, 2001). Det er også funnet at dårlig fysisk og psykisk helse kan skape mindre mulighet for sosial deltakelse, og kan føre til isolasjon og ensomhet (Bahr, 2008). Dermed kan det tenkes at det å ha en langvarig sykdom eller helseproblem ikke nødvendigvis har utslag for global livskvalitet med mindre de er til hinder for andre viktige aspekter ved individets liv, som sosiale sammenkomster, arbeid eller liknende.

6.6 Metodediskusjon

I avsnittene nedenfor vil det være en metodediskusjon, hvor styrker og svakheter ved studien blir drøftet. Siden datamaterialet som ble benyttet i denne studien ble samlet inn på forhånd, ga det noe begrensning for hvilke type spørsmål og variabler som kunne brukes. På den andre siden ga det tilgang til et stort datamateriale. Selv om datamaterialet var innsamlet på forhånd, er allikevel viktig at de metodiske valgene vurderes. Det vil bli sett på valg av studiedesign og metode, databehandling, intern validitet og reliabilitet og til slutt generaliserbarhet og skjevheter i utvalget.

6.6.1 Valg av studiedesign og metode

Hensikten med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet hos voksne i Østfold. Det skulle også undersøkes om sosiodemografiske variabler hadde en innvirkning på denne sammenhengen. Kvantitativ metode er en metode som egner seg godt til undersøkelser som ser på sammenhenger mellom fenomener, og er den metoden som har blitt benyttet i denne oppgaven. For å kartlegge sammenhengen ble det brukt et

tvversnittdesign, som er en av de vanligste studiedesignene innen epidemiologisk forskning (Webb et al., 2017). Ved tvversnittstudier foregår datainnsamlingen av studiepopulasjonen på et gitt tidspunkt og av et tvversnitt av befolkningen, og gjerne ved bruk av spørreskjemaer (Webb et al., 2017). Datamaterialet vil dermed kun gi informasjon om de ulike variablene på akkurat det tidspunktet. Siden tvversnittstudier ikke foregår over tid blir det ikke mulig å si noe om årsakssammenhengen mellom eksponering og utfall (Webb et al., 2017). I denne studien vil det for eksempel ikke være mulig å si om høy sosial kapital har ført til høy global livskvalitet eller om høy global livskvalitet har ført til høy sosial kapital, eller om begge påvirker hverandre. Studiedesignet gir derimot god mulighet for å undersøke store populasjoner, beskrive befolkningsgruppen i form av hvor mange som for eksempel har høy og lav global livskvalitet og for å analysere sammenhenger for mange ulike eksponeringsvariabler i et tvversnitt av befolkningen (Webb et al., 2017).

Det er viktig å være klar over at selv om resultatene i en studie er signifikante, vil det alltid være en usikkerhet rundt funnene og en risiko for type I og type II feil (Webb et al., 2017). Type I feil er når funnene viser at det er en sammenheng, selv om det i realiteten ikke er det (Webb et al., 2017). For å redusere sannsynligheten for type I feil kunne det i denne oppgaven blitt satt et lavere signifikansnivå, som <0.01 . Det ble allikevel benyttet et signifikansnivå på <0.05 , siden det er vanlig ved helseforskning (Webb et al., 2017). Ved et signifikansnivå på <0.05 er sannsynligheten for at de signifikante resultatene er feil 5 % eller lavere. Det betyr også at muligheten for at resultatene skyldes tilfeldigheter er oppimot 5 % ved enkelte variabler i denne studien. Type II feil er derimot når funnene viser at det ikke er noen sammenheng når det i realiteten er en sammenheng (Webb et al., 2017). Ved å bruke et stort utvalg slik som ved denne studien, reduseres risikoen for type II feil (Webb et al., 2017). De fleste funnene i denne studien var signifikante og i samsvar med annen forskning, men det var noen unntak. For variabelen utdanning samsvarte ikke resultatene i denne studien med funn fra andre studier. Signifikansnivåene for utdanning i den fulljusterte modellen lå på 0,014 for videregående skole og 0.008 for høyskole- eller universitetsutdannelse. Det vil si at det er rundt 1 % sjans for hver av variablene at det er en type I feil, altså at det vises en sammenheng selv om det ikke er det i realiteten.

Tidligere i oppgaven ble det beskrevet at det er mange ulike faktorer som påvirker livskvalitet, noe også resultatene i denne studien bekrefter. Regresjonsanalysen viste at sosial kapital, sosiodemografi, ensomhet, fysisk aktivitet og langvarig sykdom eller helseproblemer forklarte 42.4 % av variansen i global livskvalitet hos voksne i Østfold. Dermed er det nær 58 % av

variansen som ikke forklares av indikatorene i denne studien, noe som bekrefter at det er mange andre faktorer som ikke ble inkludert i denne masteroppgaven som påvirker global livskvalitet.

6.6.2 Databehandling

Dikotomisering er en vanlig måte å dele inn en variabel på i tverrsnittstudier, og enkelte av variablene som ble benyttet i denne oppgaven har blitt dikotomisert. Det er allikevel viktig å vite at dikotomisering kan føre til tapt informasjon eller en sterkere sammenheng enn det ellers ville vært og er derfor ikke anbefalt (Fedorov et al., 2008; MacCallum et al., 2002). Ved dikotomisering transformeres en variabels utfall til et binært utfall, som for eksempel gruppene ja/nei eller høy/lav. Det er vanlig å dikotomisere ved først å regne ut en median, som så blir benyttet som utgangspunkt når det skal dannes et skille mellom hva som er høyt og lavt (MacCallum et al., 2002; Skovlund, 2017). Samtidig kan det være hensiktsmessig å dikotomisere ved skjevfordeling i utvalget og at det forenkler analysen, presentasjon og fortolkning av resultatet (Skovlund, 2017). I denne oppgaven ble global livskvalitet dikotomisert til høy og lav global livskvalitet ved bruk av median. Variabelen for global livskvalitet var svært skjevfordelt, og dikotomisering ble derfor sett på som hensiktsmessig. Ved å benytte median som grenseverdi for dikotomiseringen ble det en jevn fordeling av respondenter for høy og lav global livskvalitet, noe som ses på som en fordel (Skovlund, 2017). Dikotomisering av global livskvalitet kan samtidig ha ført til tapt informasjon eller gitt en sterkere sammenheng enn hva som var reelt. I tillegg kan man ikke vite om medianen var det korrekte skillet mellom høy og lav livskvalitet, og bruk av median vil kunne gi utfordringer med å sammenligne funn direkte med andre studier (Skovlund, 2017).

For to av variablene som ble brukt som mål på sosial kapital ble kategoriene endret. Disse variablene var sosial støtte og deltakelse. OSSS-3 er et standardisert måleverktøy for sosial støtte som har blitt benyttet i flere levekårsundersøkelser og er anbefalt å bruke (Meltzer, 2003; Nes & Clench-Aas, 2011; Nes et al., 2018). Det er også dette måleverktøyet som ble benyttet i denne oppgaven. Verdiene som ble brukt for inndelingen av lav, middels og høy sosial støtte er de samme som ble trukket frem i rapporten til Nes og Clench-Aas (2011). En svakhet ved OSSS-3 som trekkes frem i rapporten til Nes et al. (2018) er at det spørres om respondentenes opplevelse av tilgangen til praktisk hjelp fra naboer, og ikke mulighet for slik hjelp fra andre. Det avdekker dermed ikke hele spekteret man kan få av praktisk hjelp og mangler i tillegg andre former for støtte, som informasjonsstøtte (Nes et al., 2018). Det kan bli sett på som en styrke at det i denne oppgaven ble valgt å ta med respondenter som hadde svart på minst to av de tre spørsmålene i OSSS-3, selv om det kun er krav om at minst ett av spørsmålene skal være med

(Nes et al., 2018). Dersom det kun var svart på to spørsmål ved OSSS-3, ble det beregnet en sumskår av gjennomsnittet på de to spørsmålene for så å gange dem med tre. Dermed vil det være mulige målefeil for de som kun svarte på to spørsmål, hvor sumskåren er antatt og ikke et reelt tall. Deltakelse, som også var en variabel i sosial kapital, ble dikotomisert fra fem til to kategorier; «Nei» og «Ja». Dikotomiseringen kan ha bidratt til tap av informasjon eller en forsterket sammenheng.

Videre ble sivilstatus dikotomisert fra fire kategorier til to; «Enslig» og «Partner», noe som også her kan ha ført til tap av informasjon eller forsterket sammenheng. Alder ble inndelt fra en kontinuerlig variabel til fire grupper. Aldersinndelingen var den samme som SSB sin inndeling, med unntak av den øverste aldersgruppen som hos SSB var 80 år og eldre, mens den høyeste alderen i datamaterialet for denne oppgaven var 79 år. Samtidig var den laveste alderen i datamaterialet for denne oppgaven 18 år og gruppen ble dermed 18-24 år istedenfor 16-24 år, slik som hos SSB (Dalen & Pettersen, 2021; SSB, 2001).

I denne oppgaven ble utdanning inndelt fra fire til tre kategorier, hvor grupperingen ble slått sammen til grunnskole, videregående skole og høyskole- eller universitetsutdanning. Denne tredelingen ble benyttet i livskvalitetsundersøkelsene i Norge i 2020 og 2021 og er en av standardgrupperingene som kan benyttes for utdanning (Barrabés & Østli, 2016; Støren & Rønning, 2021; Støren et al., 2020).

Variabelen arbeidsdeltakelse/hovedaktivitet besto opprinnelig av 12 kategorier i datasettet. Det ble sett på som hensiktsmessig å slå sammen til tre kategorier. Det er viktig å være klar over at en annen kategorisering av gruppene kunne gitt andre resultater enn vist i denne studien. Dette fordi det kan være mange forskjellige respondenter med ulike bakgrunner i hver gruppe, for eksempel inneholdt gruppen som ikke var sysselsatt alle respondentene som var sykemeldte over en kortere perioder i tillegg til de som var uføretrygdet. Gruppen for sysselsatte inneholdt alle respondentene som blant annet var studenter eller arbeidet enten heltid eller deltid. Det kan antas at en slik inndeling kan ha bidratt til tap av informasjon i og med at variasjonene innenfor sysselsatt og ikke-sysselsatt, kunne være såpass stor. For eksempel rapporterte studenter i 2021 lavere mening og tilfredshet med livet sammenlignet med yrkesaktive (Støren & Rønning, 2021).

Antall kategorier for opplevd økonomi ble slått sammen fra seks til fire kategorier, mens kategoriene for ensomhet ble lagt sammen fra fem til tre kategorier. Det kan derfor tenkes at noe informasjon gikk tapt eller at sammenhengen ble noe forsterket enn hva som var reelt.

Informasjonstapet antas derimot å være redusert sammenlignet med dikotomisering (Skovlund, 2017).

Videre ble det benyttet regresjonsanalyse for å analysere sammenhengen mellom sosial kapital, global livskvalitet og sosiodemografi. Regresjonsanalyse er hyppig brukt i helseforskning hvor man ser på risikoen for at noe skjer (Thoresen, 2017). I denne oppgaven ble det sett på odds for å ha høy global livskvalitet gjennom indikatorer for sosial kapital og sosiodemografi.

6.6.3 Intern validitet og reliabilitet

Validitet handler om man måler det man ønsker å måle, og om dataen som er samlet inn er gyldig (Wahl & Hanestad, 2004; Webb et al., 2017). Validitet kan deles inn i intern eller ekstern validitet. Intern validitet handler om hvilken grad funnene er gjeldende for utvalget (Webb et al., 2017). Ekstern validitet, som også kan kalles generaliserbarhet, handler om funnen kan overføres til andre sammenhenger (Webb et al., 2017), og dette vil bli diskutert under. Validitet på måleinstrumenter, som på spørreskjemaer, er viktig fordi det gir en større sikkerhet for at spørreskjemaet måler det det faktisk skal måle (Wahl & Hanestad, 2004). Reliabilitet går ut på om man kan stole på resultatet i analysen og dermed om dataene er pålitelige. Reliabilitet handler sådan om flere målinger ville gitt samme resultat (Wahl & Hanestad, 2004).

Spørreskjemaet fra *Oss i Østfold 2019* ble utarbeidet slik at det skulle være mulig å sammenligne resultatene med kartlegging fra Østfold i 2011/2012 og et oversiktsdokument om helsetilstanden i fylket i 2016 (Østfold fylkeskommune, 2019). Blant spørsmålene i spørreundersøkelsen var spørsmål om hvor fornøyde respondentene var med livet og hvilken grad de opplevde livet som meningsfylt. Disse to spørsmålene ble sammenstilt og deretter benyttet som mål på global livskvalitet i denne oppgaven. Det er de samme spørsmålene som har blitt benyttet i andre nasjonale livskvalitetsundersøkelser og er oppgitt i minimumslisten for spørsmål om livskvalitet (Nes, Nilsen, et al., 2020; Østfold fylkeskommune, 2019). Ved å sammenstille disse to spørsmålene mister man lite informasjon (Nes, Nilsen, et al., 2020). For sosial støtte ble Oslo Social Support Scale benyttet. Spørsmålene i OSSS-3 er standardiserte og har blitt brukt i flere levekårsundersøkelser, og er anbefalt å bruke (Bøen et al., 2012; Meltzer, 2003; Nes & Clench-Aas, 2011; Nes et al., 2018). OSSS-3 består av spørsmål som er lette å svare på for respondentene i tillegg til at analysen av svarene er enkel (Kocalevent et al., 2018). Når det kommer til de andre spørsmålene som ble benyttet i denne studien, har disse blitt brukt i andre undersøkelser på landsbasis og i fylker, og kan dermed antas å være valide og reliable (Nes et al., 2018; Nes, Nilsen, et al., 2020). I tillegg styrkes denne studiens validitet og

reliabilitet ved at tidligere forskning støtter funnene (Webb et al., 2017). Når dette er sagt, er det ofte ikke mulig å fullt bevise at måleinstrumenter som blir benyttet i livskvalitetsforskning er valide (Wahl & Hanestad, 2004).

6.6.4 Generaliserbarhet og skjevheter i utvalget

Generaliserbarhet går ut på om utvalget representerer befolkningen som skal studeres (Webb et al., 2017). For at utvalget i denne studien skal være generaliserbart, må utvalget representere hele den voksne befolkningen i Østfold. Siden utvalget ble tatt ut fra en større befolkningsgruppe, kan man ikke være sikker på at resultatene gjenspeiler den faktiske befolkningen i Østfold fylkeskommune.

Skjevheter kan være relatert til utvalget av respondenter eller målefeil av eksponering og/eller utfall (Webb et al., 2017). Disse skjevhetene kan være systematiske eller tilfeldige. Ved systematiske feil skiller resultatet seg fra realiteten, men skjevheten er ikke tilfeldig. Man ønsker å forebygge skjevheter så godt det lar seg gjøre. Allikevel vil det alltid være tilfeldige skjevheter i et utvalg fordi det er tilfeldig hvem som deltar. For å forebygge tilfeldige skjevheter i utvalget kan man benytte et stort antall respondenter og i tillegg randomiserte utvalg (Webb et al., 2017).

Seleksjonsskjevhet er når det er en systematisk skjevhet mellom hvem som er med i utvalget og hvem som ikke er med. Det kan forekomme dersom utvalget har en over- eller underrepresentasjon av enkelte grupper som deltar i undersøkelsen, og som ikke representerer studiepopulasjonen (Webb et al., 2017). Det kan være at de som velger å delta i studien skiller seg fra de som ikke deltar (Staff, 2015; Webb et al., 2017). Frafallsskjevhet kan også forekomme (Staff, 2015). I tillegg vil responsen være noe som kan føre til seleksjonsskjevhet, for eksempel ved at de med best helse deltar (Webb et al., 2017). Det analytiske utvalget som ble benyttet i denne masteroppgaven var stort og besto av 12 815 respondenter, noe som styrker funnene i oppgaven med forbehold om at utvalget representerer befolkningen. I det opprinnelige utvalget fra *Oss i Østfold 2019* lå responsen på 18.5 %, noe som er en relativt lav svarprosent, selv om Østfold fylkeskommune rapporterte at man kunne tåle en respons ned mot 15-16 % (Østfold fylkeskommune, 2019). Det var noe høyere frafall i undersøkelsen blant deltakerne med dårlig helse (Østfold fylkeskommune, 2019). Både responsraten og frafallet kan ha ført til skjevheter i utvalget. I tillegg kan det tenkes at den eldste aldersgruppen som hadde e-post var av de friskeste eldre. Vi vet derimot at studiepopulasjonen stort sett var representativ for ØFK i kjønn, alder og bosted, men at kvinner og aldersgruppen 67 år og eldre var noe

overrepresentert, mens aldersgruppen 35-49 år noe underrepresentert (Østfold fylkeskommune, 2019). I denne studien var det noen små endringer mellom studiepopulasjonen og det analytiske utvalget for kjønn og alder. Andelen kvinner hadde sunket noe og menn hadde økt, mens de to midterste aldersgruppene 25-44 år og 45-66 år hadde økt noe mens gruppene 18-24 år og 67 år og eldre hadde sunket noe. Dette kan tyde på at det analytiske utvalget i denne studien stort sett representerte befolkningen i Østfold fylkes kommune ved mål av kjønn og alder, noe som er en styrke ved studien. De andre variablene som ble benyttet i denne oppgaven er derimot vanskelig å vurdere opp mot befolkningen. Det ble kontrollert for sosiodemografiske variabler i regresjonsanalysen for å minimere eventuelle skjevheter. Det er som nevnt alltid mulighet for skjevheter i en studie, men det kan allikevel antas at studien er generaliserbar i og med at tidligere studier har gjort lignende funn. Det må derimot poengteres at funnene om utdanning, hvor grunnskoleutdanning ga høyere odds for høy global livskvalitet sammenlignet med videregående og høyskole- eller universitetsutdanning ikke ser ut til å gjelde i andre studier, og det er usikkert hva som har ført til disse resultatene i denne studien.

Det vil alltid være mulighet for målefeil i en undersøkelse. Det som er viktig å finne ut er om det er en tilfeldig feil eller systematisk feil (Webb et al., 2017). Tilfeldige feil vil ikke føre til målefeil ved deskriptiv statistikk, slik som ved gjennomsnitt, men systematiske feil kan derimot påvirke et slikt utfall. Ved å se på sammenhengen mellom eksponering og utfall er det viktig å se på om en eventuell misklassifisering mest sannsynlig er differensiell eller ikke-differensiell. Det vil si at man må se på om slik misklassifiseringen mest sannsynlig har forekommet i ulik grad i ulike grupper (differensiell) eller i lik grad i alle studiegruppene (ikke-differensiell). Differensiell misklassifisering kan gi målefeil både ved at sammenhengen blir sterkere eller svakere enn den er i realiteten. Ikke-differensiell misklassifisering vil sannsynligvis gi en svakere sammenheng enn hva det egentlig er (Webb et al., 2017).

Hukommelsesskjevhet er en systematisk feil som kan forekomme i tverrsnittstudier, gjerne når det er snakk om sykdom (Webb et al., 2017). Dermed kan spørsmålet om langvarig sykdom eller helseproblem ha gitt skjevheter i utvalget ved at respondentene ikke husket hvor lenge de hadde vært syke, men antok at det hadde vart mer eller mindre enn 6 måneder. Slik kan denne undersøkelsen ha noe skjevheter i form av over- eller underrapportering av langvarig sykdom eller helseproblem. Det var derimot kun dette ene spørsmålet hvor faren for hukommelsesskjevhet forelå.

7 Konklusjon og implikasjoner

Masteroppgaven har gitt en oversikt over sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet, og hvordan sosiodemografi påvirker sammenhengen. Denne studien fant en signifikant sammenheng mellom sosial kapital og global livskvalitet hos den voksne befolkningen i Østfold. Det ble også funnet at sosiodemografiske faktorer virket inn på sammenhengen ved å gi en noe redusert odds ratio. De som oppga å ha høy grad av tillit, middels eller høy sosial støtte, deltakelse i foreningsliv, møtevirksomheter eller lignende og de med høy grad av tilhørighet hadde større sannsynlighet for å rapportere høy global livskvalitet sammenlignet med de som ikke oppga det samme.

Funnene i denne studien underbygger betydningen av fokus på sosial kapital og sosial ulikhet i folkehelsearbeidet, og flere sektorer vil være aktuelle i dette arbeidet. Sosial kapital og sosial likhet er viktige i utarbeidelsen av sosialt bærekraftige samfunn (Hofstad & Bergsli, 2017). Sosial likhet og rettferdighet kan ha positive følger på samfunnets økonomi og kan føre til lavere helseutgifter (Hofstad & Bergsli, 2017). Gjennom trygghet og tilhørighet kan sosial kapital fremme en bærekraftig utvikling, og skape rom for at folk skal kunne slå røtter (Hofstad & Bergsli, 2017; Yoo & Lee, 2016). Samtidig vil samfunnsutforming, i form av tilgjengelige møteplasser eller lignende, være viktig for hvordan sosial kapital utvikles (Hofstad & Bergsli, 2017; Yoo & Lee, 2016). God planlegging og utforming av samfunnet, hvor det tilrettelegges for ulike aspekter ved sosial kapital er derfor av stor betydning (Hofstad & Bergsli, 2017; Yoo & Lee, 2016). Slik utforming og planlegging er avgjørende både for å fremme folkehelsen og for å forebygge sosial ulikhet (Plan- og bygningsloven, 2008).

Denne studien var en tverrsnittstudie og kan dermed ikke si noe om årsakssammenhengen. For å forstå sammenhengen mellom sosial kapital og global livskvalitet, sammen med sosiodemografiske faktorer, kan det være nyttig å gjennomføre longitudinelle befolkningsundersøkelser. På denne måten kan det fremkomme mer helhetlig kunnskap rundt hvordan sosial kapital og sosiodemografiske faktorer påvirker og påvirkes av global livskvalitet. I tillegg kan det være behov for en dypere forståelse av hvordan sosial kapital og sosiodemografiske faktorer påvirker global livskvalitet gjennom kvalitative studier.

8 Litteraturliste

- 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. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-12-2019-0258>
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonsich, M. (2010). Searching for Belonging – An Analytical Framework. *Geography Compass*, 4(6), 644-659. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2009.00317.x>
- Arntzen, A., Bøe, T., Dahl, E., Drange, N., Eikemo, T. A., Elstad, J. I., Fosse, E., Krokstad, S., Syse, A., Sletten, M. A. & Strand, B. H. (2019). 29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 598-605. <https://doi.org/10.1177/1403494819851364>
- Axelrod, R. & Hamilton, W. D. (1981). The Evolution of Cooperation. *Science*, 211(4489), 1390-1396. <https://doi.org/10.1126/science.7466396>
- Bahr, R. (2008). *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (IS-1592). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf>
- Baker, E. H. (2014). Socioeconomic Status, Definition. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs395>
- Barrabés, N. & Østli, G. K. (2016). *Norsk standard for utdanningsgruppering 2016. Revidert 2000 Dokumentasjon. Oppdatert 2016* (2016/30). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/utdanning/attachment/283616?ts=1583e453200>
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet: vitenskapen om hvordan vi har det*. Cappelen Damm Akademisk.
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet - En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene* (2015/51). Statistisk sentralbyrå. <http://hdl.handle.net/11250/2445446>
- Batz, C. & Tay, L. (2018). Gender differences in subjective well-being. *Handbook of well-being*. <https://www.nobascholar.com/chapters/30/download.pdf>
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Berkman, L. F. & Krishna, A. (2014). Chapter 7: Social network epidemiology. I L. F. Berkman & I. Kawachi (Red.), *Social epidemiology* (2. utg., s. 234-289). Oxford University Press.
- Blanchflower, D. G. & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66(8), 1733-1749. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030>
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. I P. Bourdieu (Red.), *Cultural Theory* (s. 280-291). Blackwell Publishers Ltd.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Basic Books.
- Brajša-Žganec, A., Merkaš, M. & Šverko, I. (2011). Quality of Life and Leisure Activities: How do Leisure Activities Contribute to Subjective Well-Being? *Social Indicators Research*, 102, 81-91. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9724-2>
- Bøen, H., Dalgard, O. S. & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 12(27). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-27>
- Calatayud, J., Jakobsen, M. D., Sundstrup, E., Casaña, J. & Andersen, L. L. (2015). Dose-response association between leisure time physical activity and work ability: Cross-sectional study among 3000 workers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(8), 819-824. <https://doi.org/10.1177/1403494815600312>
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk* (IS-2344). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_/attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.12.018>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120. <http://www.jstor.org/stable/2780243>
- Cummins, R. A. (2000). Personal income and subjective well-being: A review. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 133-158. <https://doi.org/10.1023/A:1010079728426>
- Cuypers, K., Krokstad, S., Langaas Holmen, T., Skjei Knudtsen, M., Bygren, L. O. & Holmen, J. (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 698-703. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.113571>
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe* (2007:14). Institute for Futures Studies. EconPapers.
- Dalen, H. B. & Pettersen, A.-M. (2021). *Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2021* (2021/46). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/levkarsundersokelsen-2021/_/attachment/inline/4e734f1d-86e4-41a7-aa4f-6301d2f3517b:09c6c17b900b3e753491b461fa83febddae14cc4/NOT2021-46.pdf
- De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 119-128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119>

- De Jong-Gierveld, J., Van Tilburg, T. & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and Social Isolation. I D. Perlman & A. Vangelisti (Red.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (s. 485-500). Cambridge University Press.
<https://research.vu.nl/en/publications/loneliness-and-social-isolation>
- De Neve, J.-E. & Oswald, A. J. (2012). Estimating the influence of life satisfaction and positive affect on later income using sibling fixed effects. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(49), 19953-19958.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1211437109>
- De Neve, J. E., Diener, E., Tay, L. & Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. I J. Helliwell, R. Layard & J. Sachs (Red.), *World happiness report 2013*.
<https://deliverypdf.ssrn.com/delivery.php?ID=277088114073096113066118084069104102029075010065021082108068014081086095118001072093123061037002058104115002094111124120103118047042021051029126119013118016006077023035062073111104070020001126085078068087070012066124018127070007102085005122080100083&EXT=pdf&INDEX=TRUE>
- Di Martino, S. & Prilleltensky, I. (2020). Happiness as fairness: The relationship between national life satisfaction and social justice in EU countries. *Journal of Community Psychology*, 48(6), 1997-2012. <https://doi.org/10.1002/jcop.22398>
- Diener, E. & Seligman, M. E. P. (2002). Very Happy People. *Psychological Science*, 13(1), 81-84. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological Stress and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237-1246.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.12.024>
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J. & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381-390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>
- Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A. & Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - Population Health*, 8.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>
- Elgar, F. J., Davis, C. G., Wohl, M. J., Trites, S. J., Zelenski, J. M. & Martin, M. S. (2011). Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health & Place*, 17(5), 1044-1053. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.06.010>
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer* (IS-1282). Sosial- og helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad/Sosio%C3%B8konomiske%20ulikheter%20i%20helse%20Teorier%20og%20forklaringer.pdf/_attachment/inline/dd9ac09e-a418-4998-9d23-c106344cd969:ff13a106c65903f65cb8a932db54ce069fa1d931/Sosio%C3%B8konomiske%20ulikheter%20i%20helse%20Teorier%20og%20forklaringer.pdf
- Fedorov, V., Mannino, F. & Zhang, R. (2008). Consequences of dichotomization. *Pharmaceutical Statistics: The Journal of Applied Statistics in the Pharmaceutical Industry*, 8(1), 50-61. <https://doi.org/10.1002/pst.331>
- FN-Sambandet. (u.å.-a, 07.10.2021). *Bærekraftig utvikling*. FN. Hentet 08.10.2021 fra <https://www.fn.no/tema/fattigdom/baerekraftig-utvikling>
- FN-Sambandet. (u.å.-b, 16.04.2021). *Bærekraftige byer og lokalsamfunn*. FN. Hentet 17.09.2021 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/baerekraftige-byer-og-lokalsamfunn>
- FN-Sambandet. (u.å.-c, 13.09.2021, 23.02.2022). *FNs bærekraftsmål*. FN. Hentet 16.09.2021, 08.03.2022 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>

- FN-Sambandet. (u.å.-d, 07.03.2021). *God helse og livskvalitet*. FN. Hentet 17.09.2021 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- FN-Sambandet. (u.å.-e, 05.07.2021). *Mindre ulikhet*. FN. Hentet 17.09.2021 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/mindre-ulikhet>
- Folkehelseinstituttet. (2005, 11.03.2015). *Definisjoner: sosial ulikhet i helse*. FHI. Hentet 11.03.2022 fra <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Hent folkehelseprofil eller oppvekstprofil for kommuner, bydeler og fylke*. FHI. Hentet 08.03.2022 fra <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. L. & Maltais, D. (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(51). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-51>
- Fredrickson, B. L., Grewen, K. M., Coffey, K. A., Algoe, S. B., Firestine, A. M., Arevalo, J. M., Ma, J. & Cole, S. W. (2013). A functional genomic perspective on human well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(33), 13684-13689. <https://doi.org/10.1073/pnas.1305419110>
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 30(121), 3600-3604. <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det#article>
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 07.10.2021 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gallo, L. C., Roesch, S. C., Fortmann, A. L., Carnethon, M. R., Penedo, F. J., Perreira, K., Birnbaum-Weitzman, O., Wassertheil-Smoller, S., Castañeda, S. F., Talavera, G. A., Sotres-Alvarez, D., Daviglius, M. L., Schneiderman, N. & Isasi, C. R. (2014). Associations of chronic stress burden, perceived stress, and traumatic stress with cardiovascular disease prevalence and risk factors in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos Sociocultural Ancillary Study. *Psychosomatic Medicine*, 76(6), 468-475. <https://doi.org/10.1097/PSY.000000000000069>
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W. & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7-12. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023531>
- Grabara, M., Nawrocka, A. & Powerska-Didkowska, A. (2018). The Relationship Between Physical Activity And Work Ability - A Cross-Sectional Study of Teachers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 31(1), 1-9. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01043>
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U. & Stordal, E. (2011). Association between social support and depression in the general population: The HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 21(1-2), 111-120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x>
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Universitetsforlaget.
- Grøgaard, J. B. & Aamodt, P. O. (2006). Veksten i høyere utdanning: noen drivkrefter og konsekvenser. I J. B. Grøgaard (Red.), *Kunnskapssamfunnet tar form* (s. 17-54). Cappelen Damm Akademiske.

- Götz, F. M., Gosling, S. D. & Rentfrow, P. J. (2021). Small Effects: The Indispensable Foundation for a Cumulative Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 205-215. <https://doi.org/10.1177/1745691620984483>
- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, T. & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1565>
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hellevik, O. & Hellevik, T. (2021). Hvorfor ser færre unge lyst på livet? Utviklingen for opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne i Norge. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 2(2), 104-128. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-8162-2021-02-02>
- Helliwell, J., Aknin, L., Shiple, H., Huang, H. & Wang, S. (2017). Social capital and prosocial behaviour as sources of well-being. *NBER Working Paper Series*. <https://doi.org/10.3386/w23761>
- Helliwell, J., Layard, R. & Sachs, J. (2017). *World Happiness Report 2017* SDSN. [https://www.tgcom24.mediaset.it/binary/documento/83.\\$split/C_2_documento_1063_upfDocumento.pdf#page=10](https://www.tgcom24.mediaset.it/binary/documento/83.$split/C_2_documento_1063_upfDocumento.pdf#page=10)
- Helliwell, J., Layard, R., Sachs, J. D., De-Neve, J.-E., Aknin, L. & Wang, S. (2021). *World Happiness Report 2021*. SDSN. <https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2021/WHR+21.pdf>
- Helliwell, J. & Putnam, R. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1435–1446. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1522>
- Helliwell, J. & Wang, S. (2011). Trust and Wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 42-78. https://www.researchgate.net/publication/49615205_Trust_and_Wellbeing
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv - Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029* (I-1196 B). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å., 01.06.2021). *Folkehelseloven*. Regjeringen. Hentet 15.01.2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet* (IS-2263). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf/_/attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Sosial ulikhet påvirker helse - tiltak og råd*. Helsedirektoratet. Hentet 13.09.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
- Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. Helsedirektoratet. Hentet 22.01.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse>

- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I P. E. Lorentzen, T. Berge & J. Åker (Red.), *Helsepolitikk og helseadministrasjon* (s. 11-31). Tanum-Norli.
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2017). *Folkehelse og sosial bærekraft - En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger* (NIBR-rapport 2017:15). NIBR.
<https://www.statsforvalteren.no/contentassets/39fa0364feca496fa13f95e600525f1e/rapport-nibr---folkehelse-og-sosial-barekraft.pdf>
- Holmberg, S. & Rothstein, B. (2017). Trusting other people. *Journal of Public Affairs*, 17(1-2). <https://doi.org/10.1002/pa.1645>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. v. d., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- 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(3). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>
- Israel, G. D., Beaulieu, L. J. & Hartless, G. (2009). The Influence of Family and Community Social Capital on Educational Achievement. *Rural Sociology*, 66(1), 43-68.
<https://doi.org/10.1111/j.1549-0831.2001.tb00054.x>
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollånes, M. C., Knudsen, A. K., Skirbekk, V., Strand, B. H., Håberg, S. E. & Vollset, S. E. (2019). Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 321(19), 1916-1925. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4329>
- Kirkeberg, M. I., Epland, J. & Normann, T. M. (2012). *Økonomi og levkår for ulike lavinntektsgrupper 2011* (8/2012). Statistisk sentralbyrå.
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201208/rapp_201208.pdf
- Kocalevent, R.-D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U. & Brähler, E. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychology*, 6(31).
<https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). *Voluntary National Review 2021 Norway - Report on the Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development* (H-2501 E). Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/cca592d5137845ff92874e9a78bdadea/no/pdfs/voluntary-national-review-2021.pdf>
- Krieger, N., Williams, D. R. & Moss, N. E. (1997). Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines. *Annual Review of Public Health*, 18(1), 341-378. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.18.1.341>
- Lambert, N. M., Stillman, T. F., Hicks, J. A., Kamble, S., Baumeister, R. F. & Fincham, F. D. (2013). To Belong Is to Matter: Sense of Belonging Enhances Meaning in Life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(11), 1418-1427.
<https://doi.org/10.1177/0146167213499186>
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F. & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 538-547.
<https://doi.org/10.1007/s10865-011-9379-8>
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P. & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>

- Lee, J. K., Lin, L. & Magee, C. (2020). Investigating the relationships between social capital, chronic health conditions and health status among Australian adults: findings from an Australian national cohort survey. *BMC Public Health*, 20(329).
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8370-0>
- Liu, L., Gou, Z. & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758.
<https://doi.org/10.1177/1359105314536941>
- Lucumí, D. I., Gomez, L. F., Brownson, R. C. & Parra, D. C. (2015). Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older adults in Bogotá (Colombia). *Journal of Aging and Health*, 27(4), 730-750.
<https://doi.org/10.1177/0898264314556616>
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- MacCallum, R. C., Zhang, S., Preacher, K. J. & Rucker, D. D. (2002). On the practice of dichotomization of quantitative variables. *Psychological methods*, 7(1), 19-40.
<https://doi.org/10.1037/1082-989x.7.1.19>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlag.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.015>
- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32, 537-546. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0286-3>
- McAuley, E., Blissmer, B., Marquez, D. X., Jerome, G. J., Kramer, A. F. & Katula, J. (2000). Social Relations, Physical Activity, and Well-Being in Older Adults. *Preventive Medicine*, 31(5), 608-617. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0740>
- Meisenberg, G. & Woodley, M. A. (2015). Gender differences in subjective well-being and their relationships with gender equality. *Journal of Happiness Studies*, 16, 1539-1555.
<https://doi.org/10.1007/s10902-014-9577-5>
- Meld. St. 40 (2020–2021). (2021). *Mål med mening - Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bcbcac3469db4bb9913661ee39e58d6d/no/pdfs/stm202020210040000dddpdfs.pdf>
- Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. I A. Nosikov & C. Gudex (Red.), *Developing common instruments for health surveys* (Bd. 57, s. 35-60). IOS Press. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/eurohis-developing-common-instruments-for-health-surveys>
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (4. utg.). Elsevier.
- Nes, R. B. (2016, 23.09.2019). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. Hentet 21.09.2021 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Nes, R. B. & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge - Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (Rapport 2011:2). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-2011-2-psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrapport-med-internasjonale-sammenligninger..pdf>
- Nes, R. B., Hansen, T. & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem* (IS-2727). Helsedirektoratet.
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20E2%80%9320Anbefalinger%20for%20et%20bedre%](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20E2%80%9320Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20)

- [20m%C3%A5lesystem.pdf/attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf](#)
- Nes, R. B., Nilsen, T. S., Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E. & Røysamb, E. (2020). *Fra nord til sør: Livskvalitet i Norge 2019* (Rapport 2020). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/21c14cb7d5924b779a0d6e26c4064af4/livskvalitet-i-norge-2019-rapport.pdf>
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T. & Nilsen, T. S. (2021). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 06.01.2022 fra
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- Nes, R. B., Aarø, L. E., Vedaa, Ø. & Nilsen, T. S. (2020). *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020*. Folkehelseinstituttet. Hentet 21.01.2022 fra <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>
- Netemeyer, R. G., Warmath, D., Fernandes, D. & Lynch, J. G., Jr. (2018). How Am I Doing? Perceived Financial Well-Being, Its Potential Antecedents, and Its Relation to Overall Well-Being. *Journal of Consumer Research*, 45(1), 68-89.
<https://doi.org/10.1093/jcr/ucx109>
- Netz, Y., Wu, M.-J., Becker, B. J. & Tenenbaum, G. (2005). Physical Activity and Psychological Well-Being in Advanced Age: A Meta-Analysis of Intervention Studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272-284. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.272>
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinen, S., Simpura, J., Alanen, E., Härkänen, T. & Aromaa, A. (2008). Measurement and socio-demographic variation of social capital in a large population-based survey. *Social Indicators Research*, 85, 405-423.
<https://doi.org/10.1007/s11205-007-9102-x>
- NOU 2009: 10. (2009). *Fordelingsutvalget*. Finansdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/8aeb49e1528f414091fc1cc36ec1137b/no/pdfs/nou200920090010000dddpdfs.pdf>
- NSD. (u.å.). *Hva er personopplysninger*. Norsk Senter for Forskningsdata. Hentet 02.10.2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/hva-er-personopplysninger/>
- Næss, Ø., Rognerud, M. & Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse - En faktarapport* (Rapport 2007:1). Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/sosial_ulikhet_i_helse_fhirapport2007_1.pdf
- OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. OECD Publishing.
<https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264191655-en>
- Pawlowski, T., Downward, P. & Rasciute, S. (2011). Subjective well-being in European countries—on the age-specific impact of physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity*, 8, 93-102. <https://doi.org/10.1007/s11556-011-0085-x>
- Pels, F. & Kleinert, J. (2016). Loneliness and physical activity: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 9(1), 231-260.
<https://doi.org/10.1080/1750984X.2016.1177849>
- Penedo, F. J. & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193. https://journals.lww.com/psychiatry/Fulltext/2005/03000/Exercise_and_well_being_a_review_of_mental_and_13.aspx

- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling* (LOV-2008-06-27-71). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71/*#*
- Portela, M., Neira, I. & del Mar Salinas-Jiménez, M. (2013). Social Capital and Subjective Wellbeing in Europe: A New Approach on Social Capital. *Social Indicators Research*, 114(2), 493-511. <http://www.jstor.org/stable/24720260>
- Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M., Baum, A. & Schulz, R. (2009). Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosomatic Medicine*, 71(7), 725-732. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181ad7978>
- Putnam, R. (1993). The prosperous community. *The american prospect*, 4(13). <http://faculty.washington.edu/matsueda/courses/590/Readings/Putham%201993%20Am%20Prospect.pdf>
- Putnam, R., Leonardi, R. & Nanetti, R. Y. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.
- Read, S., Grundy, E. & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & Mental Health*, 20(5), 529-542. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rothon, C., Goodwin, L. & Stansfeld, S. (2012). Family social support, community “social capital” and adolescents’ mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 697-709. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0391-7>
- Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P. & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26467295/>
- Sandstrom, G. M. & Dunn, E. W. (2014). Social Interactions and Well-Being: The Surprising Power of Weak Ties. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(7), 910-922. <https://doi.org/10.1177/0146167214529799>
- Scannell, L. & Gifford, R. (2010). Defining place attachment: A tripartite organizing framework. *Journal of Environmental Psychology*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.09.006>
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S. & Jeswani, S. (2014). The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age. *Social Indicators Research*, 117, 561-576. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>
- Sin, N. L. (2016). The Protective Role of Positive Well-Being in Cardiovascular Disease: Review of Current Evidence, Mechanisms, and Clinical Implications. *Current Cardiology Reports*, 18(106). <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0792-z>
- Skovlund, E. (2017). Dikotomisering av målevariabler – hva er prisen? *Tidsskriftet Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0972>
- SSB. (2001). *Standard for gruppering av familier og husholdninger*. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/nos_c677/nos_c677.pdf
- SSB. (2020). *Organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk, levekårsundersøkelsen - 09158: Kjønn, alder og mellommenneskelig tillit for personer 16 år og over 2011 - 2020*. Statistisk sentralbyrå. Hentet 20.01.2022 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09158/tableViewLayout1/>
- Staff, A. (2015). *Bias*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet 30.03.2022 fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>

- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E. & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985-9990. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003744107>
- Stronge, S., Overall, N. C. & Sibley, C. G. (2019). Gender differences in the associations between relationship status, social support, and wellbeing. *Journal of Family Psychology*, 33(7), 819-829. <https://doi.org/10.1037/fam0000540>
- Stutzer, A. & Frey, B. S. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married? *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 326-347. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2005.11.043>
- Støren, K. S. & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021* (2021/27). Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/ artikler/livskvalitet-i-norge-2021/_/attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27_web.pdf
- Støren, K. S., Rønning, E. & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020* (2020/35). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/433414?ts=17554096418
- Svendsen, L. F. H. (2015). *Ensomhetens filosofi*. Universitetsforlaget.
- Szreter, S. & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650-667. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh013>
- Tani, M., Cheng, Z., Piracha, M. & Wang, B. Z. (2022). Ageing, Health, Loneliness and Wellbeing. *Social Indicators Research*, 160, 791-807. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02450-4>
- Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A. & Tomasik, M. J. (2008). Gender Differences in Subjective Well-Being: Comparing Societies with Respect to Gender Equality. *Social Indicators Research*, 85, 329-349. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9133-3>
- Thoresen, M. (2017). Logistisk regresjon – anvendt og anvendelig. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 137(19). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0309>
- Toikko, T. & Pehkonen, A. (2018). Community belongingness and subjective well-being among unemployed people in a Finnish community. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 38(9/10), 754-765. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-01-2018-0010>
- United Nations. (1987). *Report of the world commission on environment and development: Our common future*. UN Documents. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5987our-common-future.pdf>
- von Soest, T., Luhmann, M., Hansen, T. & Gerstorf, D. (2020). Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 118(2), 388-406. <https://doi.org/10.1037/pspp0000219>
- Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Fagbokforlaget.
- Webb, P., Bain, C. & Page, A. (2017). *Essential Epidemiology - An Introduction for Students and Health Professionals* (3. utg.). Cambridge University Press.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. (WHOLIS E89383). World Health Organization. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
- WHO. (1948). *Basic documents: Forty-ninth edition (Including amendments adopted up to 31 May 2019)*. World Health Organization; 2020. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization. <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- WHO. (1998). *Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision* (WHO/HIS/HSI Rev.2012.03). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- Wiese, C. W., Kuykendall, L. & Tay, L. (2018). Get active? A meta-analysis of leisure-time physical activity and subjective well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(1), 57-66. <https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1374436>
- Wollebæk, D. & Seggaard, S. B. (2011). Sosial kapital - hva er det og hvor kommer det fra? I D. Wollebæk & S. B. Seggaard (Red.), *Sosial kapital i Norge* (1. utg., s. 25-49). Cappelen Damm Akademisk.
- World Medical Association. (2018). *WMA Declaration og Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association. Hentet 07.10.2021 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yip, W., Subramanian, S. V., Mitchell, A. D., Lee, D. T. S., Wang, J. & Kawachia, I. (2007). Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. *Social Science & Medicine*, 64(1), 35-49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.027>
- Yoo, C. & Lee, S. (2016). Neighborhood Built Environments Affecting Social Capital and Social Sustainability in Seoul, Korea. *Sustainability*, 8(12). <https://doi.org/10.3390/su8121346>
- Yuval-Davis, N. (2006). Belonging and the politics of belonging. *Patterns of Prejudice*, 40(3), 197-214. <https://doi.org/10.1080/00313220600769331>
- Østfold fylkeskommune. (2019). *Oss i Østfold 2019 - Befolningskartlegging*. Østfold fylkeskommune. <https://www.rade.kommune.no/f/p1/ibee2022f-8a61-42f9-aaaf-0daa2a23cd7d/rapport-oss-i-ostfold-2019-final-lr-oppslag2-002.pdf>

Vedlegg 1

Oss i Østfold 2019 – Om undersøkelsen og spørreskjema

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 muligjgjøres 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 svakeste fysiske helsen / høyeste tilfredsheten med livet i sin alminnelighet. Tilsvarende vil estimerer basert på et rent digitalt utvalg kunne gi inntrykk av at helsetilstanden i *hele* befolkningens er bedre enn den faktisk er. Tidligere kartlegginger basert på både web- og ordinær postal datainnsamling indikerer dessuten at den eldste delen av befolkningen, som faktisk er tilgjengelig på nett, har bedre helse enn de ikke-tilgjengelige. I så måte vil utvalget blant de eldste heller ikke uten videre kunne etterstratifiseres ved vekting.

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

3. BRUTTO UTVALG

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

Utvalgsstørrelse

Ved elektronisk utsending legger utsendingskostnadene ingen vesentlig begrensning på utvalgsstørrelsen. Samtidig bør utsendingen ikke belaste befolkningen 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 befolknings-grunnlag for tilrettelegging av den ønskede utvalgsstørrelsen i de minste kommunene /bydelene.

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

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-postkoplet utvalg, samt forventet- og faktisk netto utvalg, etter fylke. Antall og prosent.

Kommune / fylke	Befolkning 18-79 år (N)	%	Antall soner	Folkeregistrert utvalg	%	E-postkoplet utvalg	%	Estimert netto utvalg (20%)	Faktisk netto utvalg	Responss %	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 folkeregistrert 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-postkoblede respondenter i Østfold utgjorde 89.740 stykk (83% av det folkeregistrerte utvalget). Det e-postkoblede 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 folkeregisterkoplingen ingen ytterligere utvalgsavgrensninger. Etter e-postkoplingen 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-postkoplingen er betydelig. Spørsmålet er da hvilke konsekvenser kravet om e-posttilgang har for utvalgets alders- og kjønnsfordeling (Tabell V1.2).

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

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

Bruttoutvalgets sammensetning etter kjønn og alder er som følger, når vi tar høyde for informasjonen i de respektive 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 folkeregistrerte utvalget er i det store og hele i tråd med bestillingen, samtidig som enkelte av de yngste under 35 år faller fra da det ikke er befolkningsgrunnlag for å fylle disse kategoriene.
- Frafallet etter E-postkoplingen hos KRR tilskrives i det vesentligste de eldste over 67 år, som følge av manglende registrering, dels fordi de er uten nettilgang.

Utvalgsdesignet frem til utsending er da i første rekke å betrakte som et anslag på det endelige utvalget, da responsen i en befolkningskartlegging ikke kan 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 Difi'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 sammenliknbart med det tidligere postale- og andre nyere web-baserte undersøkelser.

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

Respons og frafall

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

Tabell V1.3 Respons og frafall. Antall.

Status	Antall
Utsendinger	97.641
Ugyldig adresse ("Bounce")	-
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 varslingsystemer 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 utvalgskvaliteten, 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
Befolkning (N=220.699)	Kvinne	5,2	7,7	13,2	14,9	8,6	49,6
	Sum	11,0	15,8	26,7	30,0	16,5	100,0
Utvalg (n=16.559)	Mann	3,7	5,7	9,1	13,1	11,5	43,1
	Kvinne	6,5	9,9	13,6	16,5	10,4	56,9
	Sum	10,2	15,6	22,7	29,5	21,9	100,0
		Alder - kategorier					
	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
Befolkning (N=456.288)	Kvinne	5,3	8,0	14,9	14,2	7,2	49,6
	Sum	11,1	16,1	30,1	28,8	13,8	100,0
Utvalg (n=1.523)	Mann	3,9	5,0	6,2	12,8	18,5	46,4
	Kvinne	7,8	6,4	10,7	14,6	14,1	53,6
	Sum	11,8	11,4	16,9	27,4	32,5	100,0
		Alder - kategorier					
	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
Befolkning (N=211.361)	Kvinne	5,1	8,0	13,7	14,4	8,2	49,4
	Sum	10,8	16,4	28,0	29,0	15,7	100,0
Utvalg (n=1.431)	Mann	4,5	4,5	8,1	12,1	14,7	43,9
	Kvinne	7,8	9,2	11,7	14,3	13,1	56,1
	Sum	12,3	13,8	19,8	26,3	27,8	100,0

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 kompensere 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: Vektens størrelse etter fylke, alder og kjønn. Gjennomsnitt.

Report					
Vekt			Mean	N	Std. Deviation
Mann	Østfold	18-24	1,56	616	1,490
		25-34	1,42	942	1,201
		35-49	1,48	1514	1,039
		50-66	1,16	2165	,875
		67-79	,68	1906	,567
		Total	1,17	7143	1,016
	Akershus	18-24	1,47	60	,000
		25-34	1,63	76	,000
		35-49	2,46	94	,000
		50-66	1,14	195	,000
		67-79	,36	281	,000
		Total	1,09	706	,712
	Buskerud	18-24	1,27	64	,000
		25-34	1,86	65	,000
		35-49	1,77	116	,000
		50-66	1,21	173	,000
		67-79	,52	210	,000
		Total	1,15	628	,509
	Total	18-24	1,53	740	1,362
		25-34	1,46	1083	1,125
35-49		1,58	1724	1,001	
50-66		1,16	2533	,809	
67-79		,63	2397	,518	
Total		1,16	8477	,965	
Kvinne	Østfold	18-24	,80	1077	,765
		25-34	,78	1644	,594
		35-49	,97	2251	,764
		50-66	,90	2728	,667
		67-79	,83	1715	,662
		Total	,87	9415	,694
	Akershus	18-24	,68	119	,000
		25-34	1,25	98	,000
		35-49	1,39	163	,000
		50-66	,97	223	,000
		67-79	,51	214	,000
		Total	,92	817	,332
	Buskerud	18-24	,65	112	,000
		25-34	,87	132	,000
		35-49	1,17	167	,000
		50-66	1,01	204	,000
		67-79	,62	188	,000
		Total	,88	803	,212
	Total	18-24	,78	1308	,696
		25-34	,81	1874	,566
35-49		1,01	2581	,722	
50-66		,91	3155	,621	
67-79		,78	2117	,606	
Total		,88	11035	,650	
Total	Østfold	18-24	1,08	1893	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	16558	,861
	Akershus	18-24	,95	179	,374
		25-34	1,41	174	,190
		35-49	1,78	257	,516
		50-66	1,05	418	,088
		67-79	,43	495	,075
		Total	1,00	1523	,548
	Buskerud	18-24	,88	176	,296
		25-34	1,19	197	,467
		35-49	1,42	283	,291
		50-66	1,10	377	,102
		67-79	,57	398	,054
		Total	1,00	1431	,397
	Total	18-24	1,05	2048	1,053
		25-34	1,05	2957	,875
35-49		1,23	4305	,885	
50-66		1,02	5888	,721	
67-79		,70	4514	,566	
Total		1,00	19512	,814	

Statistisk usikkerhet

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

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

A. Hele fylket

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

B- Kommune med 500 respondenter

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

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

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

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

Og tilsvarende – når en egenskap måles med eksempelvis 5% usikkerhet, må forskjellen i denne egenskapen mellom to kommuner være om lag 10% for at forskjellene skal kunne sies å være statistisk signifikante.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 Moyhnahan, 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 sosialstønning
- 8 Alders- eller førtidspensjonist
- 9 Skoleelev eller student
- 10 Vernepliktig, sivilarbeider
- 11 Hjemmearbeidende
- 12 Annet
- 13 Ønsker ikke svare

Q008 - Q008: Arbeid

Single coded

[Not back](#)

Hvordan vurderer du arbeidsevnen din i forhold til din helsetilstand?

[Normal](#)

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

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

Q009 - Q009: Arbeid

Single coded

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

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

[Normal](#)

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

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

Q010 - Q010: Arbeid

Matrix

Answer not required | Not back | Number of rows: 3 | Number of columns: 5

Hvor sjelden eller ofte forekommer følgende forhold i arbeid ditt?

Rows: Normal | Columns: Normal

Rendered as Dynamic Grid

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

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

Q011 - Q011: Arbeid

Matrix

Answer not required | Not back | Number of rows: 3 | Number of columns: 6

Hvor sjelden eller ofte skjer følgende i arbeidssituasjonen din?

Rows: Normal | Columns: Normal

Rendered as Dynamic Grid

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

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

Q012 - Q012: Arbeid

Matrix

Answer not required | Not back | Number of rows: 1 | Number of columns: 6

Hvor enig eller uenig er du i følgende:

Rows: Normal | Columns: Normal

Rendered as Dynamic Grid

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

Q013 - Q013: Kosthold og levevaner

Matrix

Answer not required | Not back | Number of rows: 5 | Number of columns: 7

KOSTHOLD OG LEVEVANER

Hvor ofte...?

Rows: Normal | Columns: Normal

Rendered as Dynamic Grid

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

Q014 - Q014: Levevaner

Single coded

Answer not required | Not back

Røyker du?

Normal

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

Q015 - Q015: Levevaner

Single coded

Answer not required | Not back

Snuser du?

Normal

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

Q016 - Q016: Levevaner

Single coded

Not back

Hvor ofte drikker du alkohol?

Normal

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

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

Q017 - Q017: Levevaner

Single coded

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

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

Normal

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

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

Q018 - Q018: Levevaner

Single coded

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

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

Normal

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

Q019 - Q019: Levevaner

Matrix

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

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

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

[Rendered as Dynamic Grid](#)

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

Q020 - Q020: Fysisk aktivitet

Single coded

[Not back](#)

FYSISK AKTIVITET

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

Normal

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

Ask only if Q020 - Q020,1

Q021 - Q021: Fysisk aktivitet

Single coded

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

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

Normal

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

Q022 - Q022: Støtte

Single coded

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

STØTTE

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

Normal

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

Q023 - Q023: Støtte

Single coded

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

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

Normal

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

Q024 - Q024: Støtte

Single coded

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

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

Normal

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

Q025 - Q025: Støtte Single coded

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

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

Normal

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

Q026 - Q026: Støtte Single coded

[Not back](#)

Deltar du i foreningsliv, møtevirkosomhet, 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 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, deprimeret 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/folkehøyskole inntil 10 år
- 2 Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år
- 3 Høyskole/universitet mindre enn 4 år
- 4 Høyskole/universitet 4 år eller mer
- 5 Ønsker ikke svare

Q050 - Q050: Bakgrunn

Single coded

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

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

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

[Normal](#)

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

Q051 - Q051: Bakgrunn

Single coded

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

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

[Normal](#)

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

Q052 - Q052: Bakgrunn

Single coded

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

Eier eller leier du boligen din?

[Normal](#)

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

Q053 - Q053: Bakgrunn Single coded

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

Er du gift/samboer eller enslig?

Normal

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

Q054 - Q054: Bakgrunn Numeric

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

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

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q055 - Q055: Bakgrunn Numeric

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

Hvor mange personer under 18 år bor i husstanden din?

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q056 - Q056: Bakgrunn Numeric

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

Hvor høy er du?

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)?

999 Ønsker ikke svare *Fixed *Exclusive

Q058 - Q058: Text

[Not back](#)

Tusen takk for at du fylte ut skjemaet!



Vedlegg 2

E-post invitasjon og informasjon til respondenter

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, 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

Vurdering på søknad fra NSD

Vurdering

Referansenummer

628169

Prosjekttittel

Sosial kapital, livskvalitet og sosioøkonomisk status i Østfold

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Camilla Martha Ihlebæk, camilla.ihlebak@nmbu.no, tlf: 99645017

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Thea Tollås Nørvåg, thea.tollas.norvag@nmbu.no, tlf: 90569425

Prosjektperiode

01.12.2021 - 31.12.2022

Vurdering (1)

17.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 17.11.2021 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!



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

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway