



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2022 30stp**  
Fakultet for landskap og samfunn

## **Sosial kapital og livskvalitet**

En tverrsnittstudie av sammenhenger mellom sosial kapital, sosiodemografi og global livskvalitet i Agder

Christine Mikkelsen  
Master i Folkehelsevitenskap

## Forord

Etter å ha jobbet med folkehelse i kommunal sektor i mange år, er jeg takknemlig for å ha fått gjennomført dette masterstudiet i folkehelsevitenskap ved NMBU. Det har vært svært inspirerende å dykke inn i den teoretiske folkehelsevitenskapen parallelt med jobbing i den praktiske hverdagen. Denne kombinasjonen har gitt en ytterligere dimensjon til læringen, da jeg har kunnet relatere til eksempler fra den kommunale virkelighet.

Jeg er glad for at jeg fikk oppleve det fysiske studentlivet ved campus høsten 2019, før pandemien i stor grad sendte oss ut i zoom tilværelsen vinteren 2020. Diskusjonene og møtene med både studenter og ansatte, og ikke minst inspirasjonen som oppstår ved å være i omgivelsene på campus, var svært viktig for motivasjonen til å gjennomføre et studieløp på toppen av full jobb og familieliv.

Takk til veileder Camilla Martha Ihlebæk, professor ved Institutt for folkehelsevitenskap ved NMBU. Jeg har aldri angret på at jeg valgte å gå for dette spennende tema som du introduserte meg for! Jeg er svært takknemlig for ditt engasjement og alle dine konstruktive og konkrete innspill! Takk også til Agder fylkeskommune og Folkehelseinstituttet, for tilrettelegging for bruk av data fra Folkehelseundersøkelsen i Agder. Å studere data fra fylket jeg bor og jobber i, har gitt arbeidet større mening. Takk ikke minst, til Grimstad kommune, som har tilrettelagt for at jeg kunne gjennomføre masterstudiet!

Takk til Hans! For tålmodig hjelp med excel og kommaregler og for at du aldri sluttet å tro på at jeg skulle klare dette! Takk til mine foreldre som stilte opp for å få hverdagen til å gå opp her hjemme de gangene jeg var på Ås. Til sist vil jeg takke jentene min, Ine, Lise og Silje, for tålmodig venting på mang en middag og kveldskos, og ikke minst for at dere har levd med kjøkkenet som mammas studieplass i snart tre år!

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Økt livskvalitet i befolkningen er et mål for folkehelsearbeidet. Generelt er livskvaliteten høy i Norge, men nivået av livskvalitet er skjevt fordelt i befolkningen. Internasjonal forskning viser at sosial kapital og sosiodemografi har sammenheng med livskvalitet. Men det er behov for kunnskap om hvordan sammenhengene er i en norsk kontekst.

**Hensikt:** Å undersøke sammenhengene mellom sosial kapital, sosiodemografi og global livskvalitet i Agder.

**Metode:** Denne masterstudien har et kvantitativt tverrsnittsdesign og er basert på et analytisk utvalg på 26.166 respondenter hentet fra Folkehelseundersøkelsen i Agder fra 2019. Logistisk regresjonsanalyse ble benyttet til å studere sammenhengene mellom global livskvalitet og sosial kapital, operasjonalisert ved indikatorene sosial støtte, deltakelse, tillit og tilhørighet. Det ble kontrollert for sosiodemografi, fysisk aktivitet, ensomhet og langvarige helseplager.

**Resultater:** Gjennomsnittlig skår for global livskvalitet ble funnet til 7,6 med standardavvik 1,9 og median 8,0. Alle faktorene som operasjonaliserte sosial kapital viste en signifikant sammenheng med global livskvalitet, og sammenhengen var konsistent også etter at det var kontrollert for sosiodemografi og konfunderende variabler. Sosial støtte og ensomhet var de to variablene som hadde sterkest sammenheng med global livskvalitet, fulgt av arbeidstilknytning og alder. Den fulle modellen forklarte 39 % av variansen i livskvalitet.

**Konklusjon:** I denne studien ble det funnet at sosial kapital var assosiert med livskvalitet i Agder uavhengig av sosiodemografi. Det blir dermed viktig at folkehelsearbeidet i Agder innrettes på en måte som fremmer utvikling av sosial kapital, på tvers av sosiodemografiske grupper.

**Nøkkelord:** Global livskvalitet, sosial kapital, sosiodemografi

## Abstract

**Background:** Increased wellbeing in the population is a goal for the public health work. Wellbeing is generally high in Norway, however the level of wellbeing is unevenly distributed. International research shows that social capital and sociodemography are closely related to wellbeing. However there is a need for knowledge of how it is related in a Norwegian context.

**Purpose:** To investigate the correlations between social capital, sociodemography and global wellbeing in Agder.

**Method:** This master study has a quantitative cross section design and is based on an analytic selection of 26.166 respondents gathered from the public health survey in Agder from 2019. Logistic regression analysis was used to study the correlations between global wellbeing and social capital, operationalized by the indicators social support, participation, trust and belonging. It was controlled for sociodemography, physical activity, loneliness, and long-lasting health issues.

**Results:** The average score for global wellbeing was found at 7,6 with a standard deviation of 1,9 and a median of 8,0. All factors operationalizing social capital showed significant correlation with global wellbeing, and the connection was consistent also after controlling for sociodemography and confounding factors. Social support and loneliness were the two variables with the strongest connection to global wellbeing, followed by work relations and age. The total model explained 39 % of the variance in global wellbeing.

**Conclusion:** In this study it was found that social capital was associated with wellbeing in Agder, not depending on sociodemography. It will be important that the public health work in Agder aligns itself in a way that promotes development of social capital, across different sociodemographic groups.

**Key words:** Global wellbeing, social capital, sociodemography

## Tabelloversikt:

**Tabell 1:** Deskriptiv statistikk for studiepopulasjon og analytisk utvalg, sosial kapital og konfunderende variabler

**Tabell 2:** Deskriptiv statistikk for studiepopulasjon og analytisk utvalg, sosiodemografiske variabler

**Tabell 3:** Assosiasjoner mellom sosial kapital, konfunderende variabler og global livskvalitet, analysert ved hjelp av Pearsons kji-kvadrat test og uavhengig t-test

**Tabell 4:** Assosiasjoner mellom sosiodemografi og global livskvalitet analysert ved Pearsons kji-kvadrat test

**Tabell 5:** Trinnvis logistisk regresjonsanalyse av sammenhenger mellom global livskvalitet (avhengig variabel) og sosial kapital, sosiodemografiske variabler og konfunderende variabler.

## Figuroversikt

**Figur 1:** Helsedirektoratets videreutvikling av Dahlgren og Whiteheads modell over helsedeterminanter fra 1991

## Forkortelser:

FN- Forente nasjoner

KI- Konfidens intervall

NSD- Norsk senter for forskningsdata

OECD- Organization for Economic Co-operation and Development

OR- Odds ratio

OSSS-3- Oslo-3 Social Support Scale

REK- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

SD- Standard deviation

SSB- Statistisk sentralbyrå

WHO- World Health Organization

## Innhold

Forord.....	1
Sammendrag .....	2
Abstract.....	3
Tabelloversikt: .....	4
Figuroversikt.....	4
Forkortelser:.....	4
1. Innledning .....	7
2. Bakgrunn.....	8
2.1 Helse .....	8
2.2 Livskvalitet .....	9
2.3 Sosial bærekraft.....	10
2.4 Folkehelse og folkehelsearbeid .....	11
2.5 Hersedeterminanter – faktorer som påvirker helse og livskvalitet .....	12
2.6 Sosial kapital.....	13
2.6.1 Sosial støtte .....	16
2.6.2 Deltakelse.....	17
2.6.3 Tillit.....	18
2.6.4 Tilhørighet.....	20
2.7 Sosiodemografiske variabler .....	21
2.7.1 Kjønn.....	21
2.7.2 Alder .....	21
2.7.3 Sivilstatus .....	22
2.7.4 Utdanning.....	23
2.7.5 Arbeidstilknytning og inntekt.....	23
2.8 Andre faktorer som påvirker livskvalitet.....	24
2.8.1 Fysisk aktivitet .....	25
2.8.2 Ensomhet.....	25
2.8.3 Langvarig sykdom og helseplager.....	25
2.9 Status folkehelse i Agder .....	26
3. Problemstilling.....	26
4. Metode .....	27
4.1 Studiedesign.....	28
4.2 Datainnsamling .....	28

4.3	Studiepopulasjon og analytisk utvalg.....	28
4.4	Spørreskjemaet.....	29
4.5	Avhengig variabel.....	29
4.6	Uavhengige variabler.....	30
4.6.1	Sosial kapital.....	30
4.6.2	Sosiodemografiske variabler.....	31
4.6.3	Konfunderende variabler.....	32
4.7	Statistiske analyser.....	32
4.8	Etiske vurderinger og retningslinjer.....	33
5.	Resultater.....	34
5.1	Deskriptiv statistikk.....	34
5.2	Global livskvalitet og bivariate sammenhenger.....	36
5.3	Logistisk regresjonsanalyse.....	38
6.	Diskusjon.....	43
6.1	Oppsummering av resultatene.....	43
6.2	Global livskvalitet i Agder.....	43
6.3	Sosial kapital og livskvalitet.....	44
6.4	Sosiodemografi og global livskvalitet.....	49
6.5	Fysisk aktivitet, ensomhet, langvarige helseplager og global livskvalitet.....	52
6.6	Metodediskusjon.....	54
6.6.1	Valg av studiedesign og forskningsmetode.....	54
6.6.2	Studieutvalg, mulige skjevheter og generaliserbarhet.....	55
6.6.3	Validitet og reliabilitet.....	57
6.6.4	Databehandling og analyse.....	58
7.	Konklusjon og implikasjoner for folkehelsearbeidet i Agder.....	60
	Litteratur.....	62
	Vedlegg.....	73
	Vedlegg 1 Spørreskjema Folkehelseundersøkelsen i Agder	
	Vedlegg 2 NSD vurdering	

## 1. Innledning

Folkehelseloven fra 2012 legger føringer for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid og flytter ansvaret for folkehelsearbeidet ut av helsetjenesten (Folkehelseloven, 2012). Loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale forskjeller. Økt livskvalitet i befolkningen er et mål for folkehelsearbeidet. Livskvalitet handler om det som gir livet verdi og mening og omhandler både subjektive og objektive sider ved livet. Begrepet er dagsaktuelt og gir nye muligheter i folkehelsearbeidet, da livskvalitet er et felles mål på tvers av befolkningsgrupper, samfunnssektorer og politiske skillelinjer (Nes et al., 2020). Livskvaliteten i Norge er generelt høy (Helliwell et al., 2020; Støren & Rønning, 2021), men sosialt skjevfordelt (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Det er også tegn til at den subjektive livskvaliteten har sunket noe siden 2010, og det er i de yngre aldersgruppene reduksjonen har funnet sted (Hellevik & Hellevik, 2021; Nes et al., 2021).

Et systematisk og fungerende folkehelsearbeid er også sentralt for å nå bærekraftsmålene (Helsedirektoratet, 2018). En bærekraftig utvikling består av tre pilarer: økonomisk bærekraft, miljømessig bærekraft og sosial bærekraft (Hofstad & Bergsli, 2017). Den sosiale siden av bærekraftsbegrepet har tradisjonelt fått minst oppmerksomhet (Helsedirektoratet, 2018). Et mye brukt mål på sosial bærekraft er sosial kapital. Sosial kapital handler om mellommenneskelige relasjoner, nettverk og normer (Hofstad & Bergsli, 2017) og er i internasjonale studier vist å ha stor betydning for livskvalitet (Calcagnini & Perugini, 2019; Elgar et al., 2011; Poortinga, 2012; Portela et al., 2013). Men man har fortsatt begrenset kunnskap om hvordan sosial kapital påvirker livskvalitet i en norsk kontekst. Det er samtidig behov for mer kunnskap om hvilken betydning de sosiodemografiske faktorer har.

Agder er en region med flere levekårsutfordringer (Agder Fylkeskommune, 2022) og folkehelseprofilen viser at Egdene skårer negativt på flere parametere knyttet til fysisk og psykisk helse sammenliknet med befolkningen i Norge for øvrig (Folkehelseinstituttet, 2021a). Samtidig er det vist at gjennomsnittlig livskvalitet i fylket er relativt høy (Nes et al., 2020). Dette gjør det spesielt interessant å studere disse sammenhengene i Agder.

Økt kunnskap om faktorer som påvirker livskvalitet vil være viktig for planlegging av det framtidige folkehelsearbeidet. I denne masterstudien vil derfor sammenhengen mellom sosial kapital og livskvalitet i Agder bli undersøkt, og hvilken betydning sosiodemografiske faktorer har for denne sammenhengen.



## 2. Bakgrunn

I dette kapittelet vil det gjøres rede for begrepene helse, livskvalitet, sosial bærekraft, folkehelsearbeid og helsedeterminanter. Deretter beskrives de helsedeterminantene denne oppgaven fokuserer på og hva tidligere forskning viser om deres sammenheng med livskvalitet. Til slutt gis en kort beskrivelse av folkehelsen i Agder fylke.

### 2.1 Helse

Helse kan forstås på mange ulike måter, og begrepet har hatt ulik betydning i ulike kulturer og tidsepoker (Naidoo & Wills, 2016). Det finnes ingen universelt anerkjent definisjon av helse, og betydningen varierer ut fra hvilken sammenheng begrepet brukes i (Garsjø, 2018; Øversveen & Rydland, 2021). I den vestlige verden har helse tradisjonelt vært sett på som fravær av sykdom og skade. Denne definisjonen er avgrenset til objektivt målbare biomedisinske forhold (Garsjø, 2018; Øversveen & Rydland, 2021). I motsetning til dette definerte WHO i 1946 helse som en komplett tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velbehag og slo fast at helse er en av de grunnleggende menneskerettighetene (WHO, 2020). WHOs definisjon er et eksempel på et utvidet helsebegrep og tilegner den subjektive, opplevelsen enkeltindividet har, stor vekt (Garsjø, 2018; Øversveen & Rydland, 2021). WHOs definisjon er viktig da den signaliserer at helse er et positivt begrep og knytter helse til velvære på alle plan i menneskelivet (Garsjø, 2018). Definisjonen er imidlertid kritisert for å være utopisk, da man i det virkelige liv alltid vil oppleve ulike former for stress og plager. Ottawa- charteret, som ble utarbeidet på den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i 1986 (WHO, 1987), tok den subjektive helsedefinisjonen et skritt videre. Helse beskrives her som en ressurs i dagliglivet som gir mennesker mulighet til å leve produktive liv på det personlige, økonomiske og sosiale plan (WHO, 1987).

Vektleggingen av den subjektive siden av helsebegrepet, har gitt økt fokus til livskvalitet. Helse og livskvalitet er nært koblet til hverandre, og sammenhengen kan gå begge veier slik at god helse gir økt livskvalitet, og god livskvalitet har positiv innvirkning på helse (Nes et al., 2020).

## 2.2 Livskvalitet

Livskvalitet handler om det som gir livet verdi og mening (Barstad et al., 2016) og er tett knyttet til positive sider av livet, både for enkeltindividet og samfunnet som helhet (Nes et al., 2020). WHO (1998) definerer livskvalitet som «individets oppfatning av livsposisjon, sett i sammenheng med samfunnet og kulturen de lever i og i forhold til sine mål og forventninger». Denne definisjonen omfatter både individets fysiske og psykiske helse, sosiale relasjoner, mulighet til selvstendighet, tro på egen påvirkningsmulighet og forhold ved lokalmiljøet. Definisjonen framhever i stor grad den subjektive dimensjonen av livskvalitet (WHO, 1998).

Livskvalitet kan beskrives som både et subjektivt og et objektivt begrep (WHO, 2013). De ulike sidene ved livskvalitet kan ifølge Carlquist (2015) vurderes ut fra et kontinuum fra de rent subjektive aspektene ved begrepet, til de rent objektive. På den subjektive siden finnes de klassiske hedoniske sidene ved livskvalitetsbegrepet. Dette er opplevelser som er basert på følelser og tilstedeværelse av velbehag, faktorer knyttet til livstilfredshet, som å være fornøyd med livet, og til slutt, faktorer knyttet til preferanser og mulighet til å oppnå det man ønsker (Carlquist, 2015). Det er også vanlig å skille ut tilstedeværelse av positive og negative følelser, affektiv livskvalitet, som en egen del av den subjektive livskvaliteten (Støren & Rønning, 2021). På den objektive siden ligger forhold knyttet til levekår og livsbetingelser. Faktorer knyttet til eudaimoniske teorier, det å kunne fungere godt og utnytte muligheter, plasseres vanligvis også under de objektive sidene av livskvalitet (Carlquist, 2015). Men eudaimonisk livskvalitet omfatter også subjektive forhold knyttet til opplevelse av mening og engasjement (Barstad, 2014).

Livskvalitet kan også operasjonaliseres i helsereelatert, sykdomsspesifikk og global livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2004). Denne masterstudien tar utgangspunkt i den globale livskvaliteten. Den globale livskvaliteten handler om individets opplevelse av at livet er meningsfullt og av å være tilfreds og lykkelig med livet i sin helhet (Nes et al., 2020). Global livskvalitet omfatter dermed både den eudaimoniske siden av livskvalitet, i form av opplevelse av mening, og hedonisk livskvalitet, i form av opplevelse av å være tilfreds og lykkelig.

Livskvalitet basert på lykkenivå i befolkningen og fornøydhet med livet er målt gjentatte ganger fra midten av 1900- tallet og fram til i dag (Nes et al., 2021). Befolkningen i Norge oppgir i stor grad å ha en høy livskvalitet (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). De nordiske landene, inkludert Norge, skårer også høyt både på subjektiv og

objektiv livskvalitet sammenliknet med de fleste land i verden. Det er imidlertid tegn på at livskvaliteten i Norge har sunket noe de senere årene, og at fallet i livskvalitet har skjedd i de yngre aldersgruppene (Hellevik & Hellevik, 2021; Nes et al., 2021). I den siste undersøkelsen fra 2021 har livskvaliteten gjennomgående sunket noe i hele befolkningen. Dette antas å ha sammenheng med pandemien og konsekvensene av denne (Støren & Rønning, 2021). Alle undersøkelsene peker imidlertid på at det er grupper som oppgir langt lavere livskvalitet enn befolkningen som helhet. Dette vil redegjøres for i kapittelet om helsedeterminanter.

Livskvalitet er et felles gode som kan fremme folkehelse i befolkningen og være et viktig bidrag til økt sosial bærekraft (Nes et al., 2020). Sosial bærekraft og folkehelsearbeid vil beskrives i de neste kapitlene.

### 2.3 Sosial bærekraft

Bærekraft og bærekraftig utvikling er et overordnet mål for samfunnsutvikling både i Norge og i verden som helhet. Definisjonen på bærekraftig utvikling fra FNs verdenskommisjon for miljø og utvikling fra 1987 (Brundtlandkommisjonen) er fortsatt gjeldende: «Bærekraftig utvikling er utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov» (Brundtland & Dahl, 1987).

En bærekraftig utvikling består av tre dimensjoner: miljømessig, økonomisk og sosial bærekraft. I denne oppgaven vil det bli særlig fokusert på faktorer som er knyttet til den sosiale bærekraften, men det er viktig å ikke glemme at de tre dimensjonene er gjensidig avhengige av hverandre (Hofstad & Bergsli, 2017). Sosial bærekraft innebærer å sikre at alle mennesker får et godt grunnlag til å leve et anstendig liv med utgangspunkt i menneskerettigheter som utdanning, arbeid, helsetilbud, likestilling og kulturtilbud (Hofstad & Bergsli, 2017). Rettferdighet er et sentralt element i sosial bærekraft. En jevnere fordeling av ressurser som sikrer at alle befolkningsgrupper får lik tilgang til ressurser, deltakelse og påvirkning, er nødvendig for å sikre et bærekraftig samfunn (Hofstad & Bergsli, 2017). Sosial kapital er et viktig element i sosial bærekraft og kan avhengig av virkemåte, både fremme og hindre utvikling av sosial bærekraft (Hofstad & Bergsli, 2017).

Sosial bærekraft er tett knyttet til og har mange likhetstrekk med folkehelsearbeid. Begge begrepene handler om å legge til rette for helse og søker å fremme likhet, sosial rettferdighet og medbestemmelse (Hofstad & Bergsli, 2017).

## 2.4 Folkehelse og folkehelsearbeid

Mens helsebegrepet er knyttet til enkeltindividet, handler folkehelse om helse i befolkningen som helhet. Folkehelsearbeidet har utviklet seg og endret seg de siste 200 årene, både i tråd med utvikling i befolkningens helsetilstand og i tråd med vår endrede forståelse av helsebegrepet. Infeksjonssykdommer og fattigdom var de største truslene mot folkehelsen på 1800- tallet og folkehelsearbeidet var i stor grad rettet inn mot å bekjempe dette (Folkehelseinstituttet, 2014b). Dersom vi ser bort fra koronapandemien som de siste årene har vært et viktig bidrag til sykdom og død (Fan et al., 2021), er det de ikke-smittsomme sykdommene som hjerte- kar sykdommer, kreft og diabetes, som dominerer sykdomsbildet i vestlige land i dag (WHO, 2022). I Norge er også muskel- og skjelett sykdommer og psykiske plager og lidelser en trussel mot folkehelsen, og de to viktigste årsakene til ikke dødelig helsetap og sykdomsbyrde (Kinge et al., 2017) .

Folkehelseloven § 3 (2011) definerer folkehelsearbeid som: «Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen». Folkehelsearbeid består dermed av tre pilarer, forebyggende arbeid, helsefremmende arbeid og utjevning av sosiale helseforskjeller. Forebyggende folkehelsearbeid søker å hindre eller redusere sykdom og skade. (Garsjø, 2018; Helgesen et al., 2014), mens helsefremmende arbeid handler om styrke faktorene som bidrar til bedre helse og livskvalitet (Eriksson & Lindström, 2007; Garsjø, 2018). Helsefremmende arbeid bygger på Antonovskys teorier om salutogenese som grunnlag for helse (Antonovsky, 1987). Salutogenese handler om det som gir god helse og hva som holder oss friske. Den salutogene tilnærmingen innebærer derfor å flytte fokus fra hvordan man skal unngå sykdom, til hvordan fremme helse (Garsjø, 2018). Antonovsky framhevet opplevelse av sammenheng som sentralt for at mennesker skal ha motstandskraft mot stress. Han lanserte begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som forutsetninger for opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 1987). Helsefremmende arbeid søker å styrke befolkningens opplevelse av sammenheng, for dermed å skape gode forutsetninger for helse og livskvalitet.

Den tredje pilaren i folkehelsearbeidet handler om utjevning av sosiale helseforskjeller. Helse er ulikt fordelt og følger en gradient der hvert trinn opp på den sosioøkonomiske stigen gir økt positiv effekt på helse og livskvalitet (Hall & Lamont, 2009; Whitehead & Dahlgren, 2006). Forskjellene er systematiske, sosialt produsert og urettferdige og kalles sosial ulikhet i helse

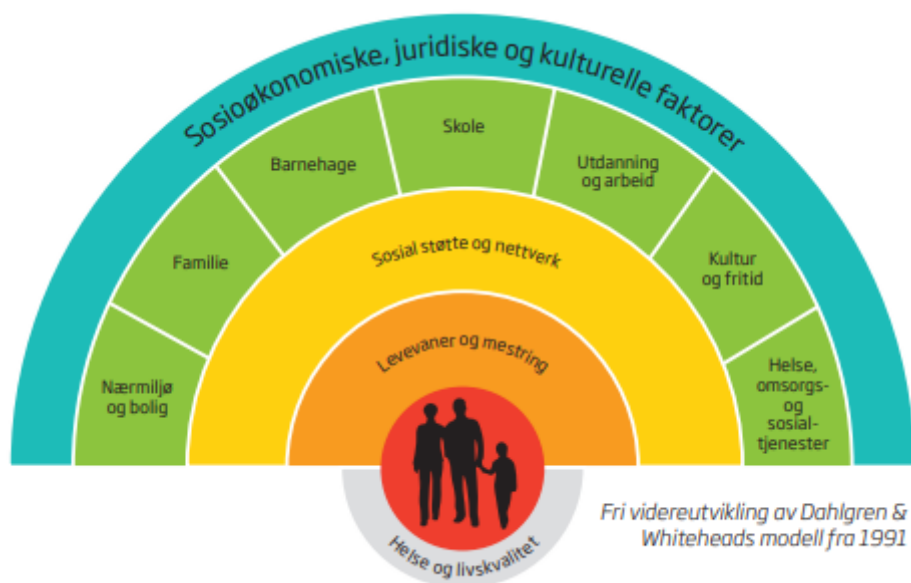
(Whitehead & Dahlgren, 2006). Det samme mønsteret innen helseforskjeller er funnet over hele verden (Hall & Lamont, 2009).

Det norske samfunnet er tradisjonelt sett på som egalitært, et samfunn med liten grad av forskjeller, med like muligheter for befolkningen til å skaffe seg utdanning, arbeid og helsehjelp og med små forskjeller i inntekt (Mackenbach, 2019; Regjeringen, 2019; Vike et al., 2001). Men i Norge finner man imidlertid store sosiale ulikheter i helse, og ulikhetene er økende, spesielt blant kvinner (Arntzen et al., 2019; Grøholt et al., 2018; Kinge et al., 2019; Mackenbach, 2019). De sosiale forskjellene i helse sees i alle aldersgrupper og omfatter de fleste mål på helse og livskvalitet (Grøholt et al., 2018). Forskjellene har bakgrunn i ulik fordeling av materielle og sosiale goder og at gruppene i de øvre sosioøkonomiske lag har lettere for å tilegne seg kunnskap om hva som gir god helse og nyttiggjøre seg denne (Mackenbach, 2019).

Sentralt i folkehelsearbeidet er de bakenforliggende faktorene som påvirker helse og livskvalitet, såkalte helsedeterminanter. Skal folkehelsearbeidet lykkes må arbeidet rettes inn mot disse faktorene. Helsedeterminanter vil beskrives i det neste kapitlet.

## 2.5 Helsedeterminanter – faktorer som påvirker helse og livskvalitet

Helse og livskvalitet hos enkeltindividet er et resultat av mange ulike påvirkningsfaktorer, såkalte helsedeterminanter. Faktorene kan være både individuelle og samfunnsrelaterte og kan knyttes til alt fra genetikk, levevaner, miljø og til tilgang til helsetjenester (Naidoo & Wills, 2016). Dahlgren og Whiteheads modell for helsedeterminanter gir et godt bilde av hvordan helse er et resultat av ulike dimensjoner som til sammen påvirker enkeltindividets helse (Dahlgren & Whitehead, 1991). Helsedirektoratets videreutvikling av modellen (figur 1) viser hvordan faktorene lagvis er med på å danne grunnlag for individets helse og livskvalitet. (Helsedirektoratet, 2014).



**Figur 1:** Helsedirektoratets videreutvikling av Dahlgren og Whiteheads modell over helse-determinanter fra 1991 (Helsedirektoratet, 2014).

De neste kapitlene vil beskrive de sosiale og sosiodemografiske helse-determinantene som står sentralt i denne oppgaven og hvordan litteraturen forklarer sammenhengene mellom de aktuelle helse-determinantene og livskvalitet.

## 2.6 Sosial kapital

Sosial kapital omfatter mellommenneskelige relasjoner, nettverk og normer, og er en dimensjon som de senere år har fått økt aktualitet innen folkehelsevitenskap (Hofstad & Bergsli, 2017). Tre av de mest kjente teoriene om sosial kapital er utviklet på slutten av 1900-tallet av henholdsvis Pierre Bourdieu, James Coleman og Robert Putnam. Bourdieu fokuserte på den individentsentrerte siden av begrepet og utforsket sammenhengene mellom kulturell, økonomisk og sosial kapital (Bourdieu, 1986). Bourdieu betraktet sosial kapital som en ressurs enkeltindividet oppnår ved å delta i det sosiale fellesskapet og argumenterer for at de tre kapitalformene (kulturell, økonomisk og sosial) er tett knyttet til hverandre (Bourdieu, 1986). James Coleman definerte sosial kapital som en kollektiv ressurs (Coleman, 1988). I Colemans beskrivelser er gjensidige forventninger og forpliktelser, sosiale nettverk og sosiale normer, samt effektive sanksjonsordninger, de viktigste elementene i sosial kapital (Coleman, 1988). Robert Putnam bygget videre på Colemans definisjoner av sosial kapital som et kollektivt begrep (Putnam, 1993). Putnam tilføyde en kulturell komponent til begrepet i form

av tillit og normer, og definerte sosial kapital til et kollektivt begrep, der sosial kapital omfatter samfunnets normer, tillit og sosiale nettverk (Putnam, 1993).

Sosial kapital kan således forstås både på individ og samfunnsnivå (Barstad & Sandvik, 2015). De fleste teoretikere i dag oppfatter sosial kapital som en kombinasjon av relasjonelle strukturer, som nettverk og tetthet i nettverk, og relasjonelt innhold, som normer og verdier (Eriksson, 2011; Onyx & Bullen, 2000; Portela et al., 2013). Wollebæk og Seggaard (2011) forenkler dette bilde ved å beskrive sosial kapital som forholdet mellom nettverk og tillit mellom mennesker.

Litteraturen bryter ofte begrepet sosial kapital opp i tre deler, bonding, bridging og linking (Claridge, 2018; Uphoff et al., 2013). Bonding omhandler de nære relasjoner mellom mennesker med felles sosial identitet, for eksempel venner og familier. Bridging innebærer relasjoner på tvers, mellom mennesker med ulik sosiodemografisk bakgrunn og identitet. Linking omhandler forhold som går på tillit til styresmakter, myndigheter og lokalsamfunn (Szreter & Woolcock, 2004; Uphoff et al., 2013). Szreter og Woolcock (2004) argumenterer for at disse tre dimensjonene av sosial kapital må sees i sammenheng. Dersom et lokalsamfunn skal oppleve en helsefremmende effekt av den sosiale kapitalen, som alltid vil finnes i et samfunn, er det nødvendig med en balanse mellom de tre ulike formene for sosial kapital. Dette vil gi et åpent og tolerant samfunn basert på gjensidig tillit, respekt og engasjement. Dersom det er mangel på en av formene for sosial kapital, vil dette kunne føre til utestengelse, mistro og økende ulikhet i befolkningen (Szreter & Woolcock, 2004).

Som beskrevet over, er imidlertid sosial kapital fremdeles et noe diffust begrep og forskere vektlegger ulike sider ved begrepet. Dette har gjort det utfordrende å forske på betydning og konsekvenser av sosial kapital (Hofstad & Bergsli, 2017). Tilsvarende er også livskvalitet et begrep som kan ha ulike betydninger i litteraturen (Carlquist, 2015). Tilsammen gjør dette det utfordrende å finne entydige svar på hvilken innvirkning sosial kapital har på livskvalitet. Studiene som omhandler denne sammenhengen ser ofte på ulike sider av sosial kapital og vektlegger ulike dimensjoner av begrepet (f. eks: skal begrepet forstås på et individuelt eller kollektivt nivå, eller fokuseres det på tillit, nettverk eller normer?) (Calcagnini & Perugini, 2019; Elgar et al., 2011; Sarkiunaite et al., 2012).

Det er imidlertid bred internasjonal enighet om at sosial kapital, både på individ og samfunnsnivå, er positivt assosiert med både helse og livskvalitet (Calcagnini & Perugini, 2019; Elgar et al., 2011; Inaba et al., 2015; Poortinga, 2012; Portela et al., 2013; Puntscher et

al., 2015). Elgar og medarbeidere gjennomførte i 2011 en omfattende undersøkelse av sammenhenger mellom sosial kapital, helse og livskvalitet basert på data fra innbyggere i 50 ulike land (Elgar et al., 2011). Studien viste at det er en tydelig positiv sammenheng mellom et lands sosiale kapital og innbyggernes helse og livskvalitet. Tilsvarende sammenhenger er funnet i gjennomgang av europeiske data (Portela et al., 2013; Puntscher et al., 2015) og også internt i land, bla i Italia der ulikheter i livskvalitet mellom regionene, viste en klar sammenheng med ulikheter i sosial kapital (Calcagnini & Perugini, 2019). Det er også vist at sosial kapital har større positiv effekt på individets livskvalitet i land der den sosiale kapitalen på samfunnsnivå er høy (Elgar et al., 2011). Norge og de nordiske landene scorer generelt høyt på livskvalitet og dette ser i stor grad ut til å ha sammenheng med at landene også scorer høyt på sosial kapital, spesielt i form av tillit og sosiale relasjoner (Barstad & Sandvik, 2015; Puntscher et al., 2015).

Flere studier viser at sosiodemografi har betydning for sosial kapital og for hvordan individer og samfunnet kan benytte kapitalen (Elgar et al., 2011; Uphoff et al., 2013) og at sosial kapital er ulikt fordelt mellom ulike sosiodemografiske grupper (Nieminen et al., 2008; Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014). Noen studier antyder at sosial kapital har en sterkere positiv effekt på helse og livskvalitet i lavere sosioøkonomiske grupper (Uphoff et al., 2013). Samtidig ser det ut til at grupper med lavere sosioøkonomisk status har vanskeligere tilgang på sosial kapital og at sosial kapital på denne måten kan bidra til å opprettholde ulikhet i helse og livskvalitet (Uphoff et al., 2013). Med andre ord, grupper med lavere sosioøkonomisk status, får det ytterligere vanskeligere, fordi de faller utenfor også med hensyn til sosial kapital. Dette samsvarer med funn fra europeiske innbyggerundersøkelser som viser at individer bare kan dra nytte av den sosiale kapitalen som er tilgjengelig for dem (Poortinga, 2006).

Forskningen viser til ulike forklaringsmodeller for hvordan sosial kapital virker inn på helse og livskvalitet. Sosial kapital kan fungere som en buffer mot stress og utfordringer (Uphoff et al., 2013) og kan motvirke negative helseforskjeller for personer med lav sosioøkonomisk status (Helliwell et al., 2016; Uphoff et al., 2013) Det er også vist at samfunn med høy grad av sosial kapital er bedre rustet til å takle ulike former for kriser (Helliwell et al., 2017). Mennesker i samfunn med høy grad av sosial kapital rapporterer mindre utslag i livskvalitet i forbindelse med økonomiske kriser (Helliwell et al., 2014) og samfunn med høy sosial kapital, spesielt i form av tillit, er vist å komme raskere tilbake til normal situasjon etter store naturkatastrofer (Aldrich, 2011). Det ser imidlertid ut til at den vanligste forklaringsmodellen



er at sosial kapital fungerer som en helsefremmende faktor, en direkte faktor for god helse og livskvalitet (Elgar et al., 2011; Portela et al., 2013). En norsk studie fra en mellomstor by med høyere sosioøkonomisk status, fant at sosial kapital på nabolagsnivå virket positivt på livstilfredshet bla gjennom å øke innbyggernes opplevelse av sammenheng (Maass et al., 2016). Dette knytter også sosial kapital direkte til det helsefremmende folkehelsearbeidet og teorier om salutogenese (Antonovsky, 1987).

Sosial kapital er i denne studien operasjonalisert i form av sosial støtte, deltakelse, tillit og tilhørighet. Disse variablene vil nå bli presentert.

### 2.6.1 Sosial støtte

Sosial støtte innebærer å oppleve kjærlighet og omsorg, å føle seg verdsatt og oppleve tilhørighet til gjensidig forpliktende fellesskap (Cobb, 1976; Folkehelseinstituttet, 2014a). Sosial støtte handler om kvaliteten på relasjonene individet har (Barstad & Sandvik, 2015). Sosial støtte kan defineres som nettverkets psykologiske og materielle ressurser som individet kan benytte for å takle stress (Cohen, 2004). Sosial støtte kan dermed virke som en beskyttelsesfaktor, en buffer, mot negative livshendelser (Cobb, 1976; Cohen, 2004). Sosial støtte kan imidlertid også virke positivt på livskvalitet uavhengig av utfordringer (Lahey & Cohen, 2000). For det første vil sosial støtte kunne påvirke livskvalitet gjennom økt selvfølelse og selvbevissthet. For det andre vil sosial støtte alltid ha en sammenheng med sosialt fellesskap, intimitet og lave konfliktnivåer, noe som igjen er positivt for livskvalitet (Lahey & Cohen, 2000).

Sosial støtte deles ofte inn i fire underkategorier, emosjonell støtte (basert på kjærlighet, empati og omsorg), informasjonsstøtte (informasjon om ressurser og bistand til å håndtere), instrumentell støtte (praktisk eller materiell hjelp) og bekreftende støtte (tilbakemelding på den man er og det man gjør) (House & Kahn, 1985).

Sosial støtte har stor betydning for livskvalitet på tvers av land og i alle aldersgrupper, både blant barn og unge (Arslan, 2018), voksne (Helliwell et al., 2017) og eldre (Appau & Churchill, 2020; Gyasi et al., 2019). Det å ha noen nære man kan stole på og gå til når man trenger hjelp, er vist å være den viktigste enkeltfaktor som forklarer ulikhet i livskvalitet mellom individer verden over (Helliwell et al., 2009). Det samme finner vi i norske undersøkelser der sosial støtte, i form av å ha noen man kan regne med dersom man får personlige problemer, har en sterk sammenheng med livskvalitet (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020). Sosial støtte har en avgjørende betydning for livskvalitet også på aggregert nivå.

Det er vist at sosial støtte kan forklare 37 % av variasjonen mellom lands livskvalitet, etter at det er kontrollert for andre kjente faktorer som påvirker livskvalitet (Helliwell et al., 2015).

Grad av sosial støtte er knyttet til flere sosiodemografiske variabler. Høy inntekt og utdanning (Barstad & Sandvik, 2015; Henriques et al., 2020) og det å leve i et parforhold, er positivt korrelert med sosial støtte (Barstad & Sandvik, 2015; Soulsby & Bennett, 2015). Det er også vist at kvinner, i større grad enn menn, opplever sine relasjoner som støttende og oppgir å ha flere personer de kan støtte seg på ved livsutfordringer (Nes et al., 2020) og at sannsynligheten for å oppleve sosial støtte synker med alder (Barstad & Sandvik, 2015; Bowling, 2011). Sosial støtte ser også ut til å kunne fungere som en moderator for negative konsekvenser av lav sosioøkonomisk status (Henriques et al., 2020; Read et al., 2016). Dette samsvarer godt med teoriene om at sosial støtte kan fungere som en beskyttelsesfaktor (Cobb, 1976; Cohen, 2004).

### 2.6.2 Deltakelse

Deltakelse i grupper eller organisasjoner er et av hovedelementene i begrepet sosial kapital (Abbott, 2010; Putnam, 1993). Deltakelse er et mangfoldig begrep som omfatter ulike arenaer, krever ulik innsats og gir ulik verdi for enkeltindivid og samfunn. Deltakelse kan deles i to hovedkategorier vurdert etter formål, sosial deltakelse og samfunnsdeltakelse (Abbott, 2010). Sosial deltakelse handler om å dele av ressurser, som tid, kunnskap og ferdigheter, og finnes i ulike kontekster og krever ulike ressurser fra individet (Bukov et al., 2002). Der sosial deltakelse har som hovedformål å tilføre glede og engasjement blant deltakerne, er samfunnsdeltakelse basert på et mål om å bedre forhold for allmennheten, for eksempel i form av økte rettigheter og bedre levekår (Abbott, 2010). Samfunnsdeltakelse kan innebære kollektive handlinger som deltakelse i organisasjoner, men kan også foregå individuelt, som i form av bruk av stemmerett (Abbott, 2010).

Arbeid, skole, frivillig arbeid, politisk aktivitet, religiøse organisasjoner og ulike organiserte og uorganiserte nettverk for fritidsaktivitet, er eksempler på arenaer for deltakelse (Abbott, 2010; Wollebæk & Segard, 2011), og de ulike formene for deltakelse vil kunne ha ulik innvirkning på helse og livskvalitet (Abbott, 2010). Samfunnsdeltakelse kan bidra til bedre forhold for allmennheten og derved øke livskvalitet i lokalmiljø (Abbott, 2010). Deltakelse kan styrke sosiale nettverk og gi økt tilgang på sosial støtte for enkeltindividet (betydningen av sosial støtte ble beskrevet i kapittel 2.6.1) og deltakelse kan samtidig gi økt følelse av kontroll og mestring (Abbott, 2010). Det er også vist at deltakelse kan gi økt opplevelse av tilhørighet (Nes et al., 2020) og at deltakelse i samfunnslivet gir økt tillit (Lezzi & Deriu,

2014). Tillit og tilhørighet blir beskrevet i kapitel 2.6.3 og 2.6.4 som variabler innen sosial kapital med stor betydning for livskvalitet. Deltakelse kan altså som beskrevet over ha innvirkning på livskvalitet både på individnivå, for enkeltindividet som deltar, og på samfunnsnivå, ved for eksempel å påvirke kvaliteter ved nærmiljø (Abbott, 2010) .

Studier som har sett på sammenhenger mellom deltakelse og livskvalitet og helse, har i liten grad differensiert mellom de ulike formene for deltakelse og sjelden vurdert de ulike virkningsmåtene deltakelse har. Dette gjør det utfordrende å fastslå hvordan deltakelse virker inn på livskvalitet (Abbott, 2010; Satariano, 2021). Det synes imidlertid å være bred enighet om at deltakelse i samfunnsliv og ulike sosiale nettverk, er positivt for helse og livskvalitet (Cuypers et al., 2012; Lee et al., 2008; Lezzi & Deriu, 2014). Det er imidlertid uklart om sammenhengen skyldes at deltakelse gir økt livskvalitet, eller om sammenhengen skyldes at friske, ressurssterke mennesker har større sannsynlighet for å delta (Fladmoe & Folkestad, 2017; Jenkinson et al., 2013; Kameråde et al., 2015).

Deltakelse har også sammenheng med flere sosioøkonomiske variabler. Grupper med lav utdanning og inntekt har mindre sannsynlighet for å være aktive i ulike former for organisasjoner (Bowling & Stafford, 2007; Enjolras & Wollebæk, 2010; Musick & Wilson, 2003) og grupper med høy utdanning, god økonomi (Kameråde et al., 2015; Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014) og store nettverk (Kameråde et al., 2015) har større sannsynlighet for å delta i ulike typer organisasjoner. .

De nordiske landene har en høy deltakelsesandel i frivillige organisasjoner sammenlignet med Europa for øvrig (Arnesen et al., 2013). Deltakelsen er imidlertid også i Norden ujevnt sosialt fordelt og utdanning og arbeidsstatus spiller en avgjørende rolle for deltakelse (Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014). Den sosiale skjevfordelingen i deltakelse er langt større i Norge enn i de øvrige nordiske land (Arnesen et al., 2013; Enjolras & Wollebæk, 2010).

### 2.6.3 Tillit

Tillit er et sentralt element i sosial kapital (Putnam, 1993; WHO, 2014). Tillit handler om opplevelsen av at andre mennesker er til å stole på (Fugelli, 2011) og kan finnes på mange nivåer og i ulike former (Helliwell et al., 2016). Tillit fremmer samarbeid, medvirkning og sosial interaksjon, og er dermed tett knyttet til deltakelse (Barstad & Sandvik, 2015). Tillit er en viktig faktor for å bygge samfunn som fremmer helse og livskvalitet og fungerer som limet som binder samfunnet sammen (Holmberg & Rothstein, 2017). Det er vanlig å kategorisere tillit i horisontal og vertikal tillit. Den horisontale tilliten handler om tillit til andre mennesker,

mens den vertikale tilliten omfatter forholdet til sentrale samfunnsinstitusjoner, som politi og styresmakter (Barstad & Sandvik, 2015). Tillit kan også kategoriseres i generalisert og partikulær tillit (Igarashi et al., 2008). Generalisert tillit handler om opplevelse av at folk flest er til å stole på, mens partikulær tillit dreier seg om tillit mellom individer som kjenner hverandre (Igarashi et al., 2008). I denne oppgaven er det generalisert tillit som vil bli benyttet. Denne typen tillit styrker forutsetninger for å etablere nye sosiale relasjoner og samarbeidsrelasjoner mellom ukjente, mens partikulær tillit bidrar til å vedlikeholde relasjoner som allerede eksisterer (Igarashi et al., 2008). Generalisert tillit er vist å ha en sterk positiv sammenheng med livskvalitet (Helliwell & Wang, 2011).

Tillit er imidlertid ujevnt fordelt i befolkningen og dette er gjeldene verden over (Holmberg & Rothstein, 2017). Høy sosioøkonomisk status i form av inntekt og utdanning, er forbundet med høy grad av tillit, mens mennesker utenfor arbeidslivet og grupper med lav inntekt, har lav tillit til andre mennesker og samfunnsstrukturer (Allum et al., 2010; Barstad & Sandvik, 2015; Holmberg & Rothstein, 2017). Utdanning er gjennomgående den viktigste variabel som påvirker tillit (Allum et al., 2010). Det er imidlertid sprikende internasjonale funn når det gjelder hvilken betydning kjønn og alder har for grad av tillit (Allum et al., 2010; Holmberg & Rothstein, 2017; Li & Fung, 2013; You, 2005). I Norge ser vi stort sett det samme mønsteret som i verden for øvrig. Tillit avhenger av utdanningsnivå og inntekt, de øvre sosioøkonomiske gruppene har de høyeste nivåene av tillit (Barstad & Sandvik, 2015; Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014). I Norge er det samtidig vist at kvinner har høyere tillit enn menn (Barstad & Sandvik, 2015; Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014), og at de eldste aldersgruppene skårer signifikant høyere på mellommenneskelig tillit (Barstad & Sandvik, 2015).

De nordiske landene har generelt høy grad av tillit både til fjerne og nære relasjoner, sammenlignet med de fleste andre land (Holmberg & Rothstein, 2017; Puntscher et al., 2015; Rothstein & Uslaner, 2005; Wollebæk & Seggaard, 2011), og Norge er et av de landene i verden med høyest nivå av tillit, uavhengig av hvilket mål man bruker på tillit (Barstad & Sandvik, 2015). Det er også funnet sammenheng mellom de ulike formene for tillit i de nordiske landene, noe som igjen legger forholdene til rette for kollektiv handling og et velfungerende samfunn (Wollebæk & Seggaard, 2011). Den høye graden av tillit i de nordiske velferdsstatene kan delvis forklares med at det er relativt små økonomiske skiller i befolkningen (Rothstein & Uslaner, 2005; Wollebæk & Seggaard, 2011). Med andre ord,

tilliten er høyere i samfunn preget av stor økonomisk likhet i befolkningen (Wollebæk & Seggaard, 2011).

#### 2.6.4 Tilhørighet

Sosial støtte, deltakelse og tillit er de vanligste faktorene som er benyttet for å operasjonalisere sosial kapital. Tilhørighet er imidlertid et begrep som har sterk overlapp med sosial kapital og som kan være lettere å måle og definere (Ahn & Davis, 2020). Tilhørighet handler om identitet og opplevelse av å være forbundet med andre mennesker (Carlquist, 2015). Det å oppleve tilhørighet er sett på som et grunnleggende menneskelig behov og er sterkt knyttet til livskvalitet (Barstad et al., 2016; Baumeister & Leary, 1995). Mennesker kan oppleve tilhørighet på mange ulike måter, på individ og gruppenivå og på abstrakte og konkrete nivåer (Yuval-Davis, 2006). Opplevelsen av tilhørighet kan skape identitet til individ og grupper. Tilhørighet er imidlertid ikke en statisk størrelse, men en kontinuerlig dynamisk prosess avhengig av individuelle forhold og omgivelser (Yuval-Davis, 2006). Tilhørighet gir forutsigbarhet og trygghet og en opplevelse av å høre hjemme (Carlquist, 2015).

I denne studien ble tilhørighet vurdert ut fra stedstilhørighet. Stedstilhørighet handler om det komplekse samspillet mellom det fysiske miljøet og menneskene som bor der (Hernández et al., 2020; Williams & Miller, 2020). Det dreier seg om koblingen mellom landskap, bygd fysisk miljø og den menneskelige aktiviteten som finner sted (Seamon, 2020) og hvordan dette skaper identitet til menneskene som bor der (Hernández et al., 2020). Tilhørighet til nærmiljø er også knyttet til sosialt engasjement og deltakelse (Nes et al., 2020).

Tilhørighet har sterk sammenheng med livskvalitet hos enkeltindividet (Nes et al., 2020) og det er også vist at tilhørighet har positiv innvirkning på både generell og mental helse (Kitchen et al., 2012; Wastler et al., 2020). Det ser imidlertid ut til at det er ulikheter i grad av tilhørighet knyttet til sosiodemografi (Nes et al., 2020; Shields, 2008). Som for de øvrige variablene innenfor sosial kapital, er økende alder, å være i et parforhold, tilknytning til arbeid og høyere inntekt assosiert med større grad av opplevd tilhørighet (Nes et al., 2020). Dette er også vist på aggregert nivå. Livskvalitet er høyere i samfunn der innbyggerne opplever stor grad av tilhørighet og tilhørighet har sammenheng med flere både objektive og subjektive livskvalitetsparametere på kommunenivå (Nes et al., 2020).

Som beskrevet i kapitlene over, er sosial kapital ujevnt fordelt mellom ulike sosiodemografiske grupper. De sosiodemografiske variablene har imidlertid også en direkte sammenheng med livskvalitet.

## 2.7 Sosiodemografiske variabler

Sosiodemografiske variabler beskriver kjennetegn ved individer og befolkning, og deres sosioøkonomiske situasjon. Sosiodemografi kan ha innvirkning på livskvalitet på ulike måter. Nedenfor gis en kort beskrivelse av hvordan forskningen viser at variablene kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidstilknytning og inntekt henger sammen med livskvalitet.

### 2.7.1 Kjønn

Internasjonal forskning spriker når det gjelder hvilken betydning kjønn har for livskvalitet (Batz-Barbarich & Tay, 2017; Portela et al., 2013). Resultater fra både enkeltstudier og kunnskapsoppsummeringer varierer fra å rapportere at kvinner har lavere livskvalitet enn menn (Pinquart & Sørensen, 2001; Stevenson & Wolfers, 2009), til at kvinner har høyere livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2004; Fleche et al., 2012; Graham & Chattopadhyay, 2012; Portela et al., 2013) og til at det ikke er noen signifikant forskjell (Batz-Barbarich & Tay, 2017). Årsaken til de sprikende resultatene kan ha bakgrunn i at ulike studier har lagt ulik betydning i livskvalitetsbegrepet og at det er kjønnsforskjeller innenfor deler av begrepet, men ikke innenfor andre (Batz-Barbarich & Tay, 2017). Det er også sannsynlig at levekår og kvinners muligheter til utdanning, arbeid og deltakelse, har betydning for om livskvalitet rapporteres ulikt mellom menn og kvinner. I følge denne forklaringsmodellen vil det rapporteres lavere livskvalitet hos kvinner enn menn, på steder der det er lav likestillingsfaktor, mens det vil finnes mindre forskjeller i miljøer der kvinner og menn er mer likestilte (Batz-Barbarich & Tay, 2017; Tesch-Römer et al., 2008). De norske livskvalitetsmålingene finner ingen signifikant forskjeller i subjektiv livskvalitet mellom kvinner og menn (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Kvinner skårer imidlertid noe høyere enn menn på den globale delen av livskvalitet som omhandler å være fornøyd med livet i sin helhet og opplevelse av mening i det daglige (Nes et al., 2020).

### 2.7.2 Alder

Sammenhengen mellom alder og livskvalitet ser ut til å variere mellom ulike land og verdensdeler (Steptoe et al., 2015). I vestlige høy inntektsland tar sammenhengen oftest form av en u-formet kurve, der livskvalitet er høyest i tidlig voksen alder, har et bunnpunkt rundt

40-50 års alder, for så å øke igjen med økende alder (Blanchflower & Oswald, 2004; Steptoe et al., 2015). Denne sammenhengen kan forklares med at andre parametere som vi vet virker på livskvalitet, som inntekt, arbeidstilknytning, helse og sosiale relasjoner, er ulikt fordelt mellom aldersgruppene (Easterlin, 2006). Den u-formede sammenhengen er ikke gjeldene for øst europeiske land eller lavinntektsland, der livskvalitet ser ut til å reduseres jevnt med økende alder (Steptoe et al., 2015).

I Norge viser undersøkelsene at livskvalitet stiger jevnt med økende alder til rundt 70 år for deretter å flate ut (Nes et al., 2020). SSB sine livskvalitetsundersøkelser viser at aldersgruppene 45-66 år og 67-79 år gjennomgående skårer høyere enn befolkningen for øvrig, på de fleste variabler innen livskvalitet (Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Livskvalitet i de yngste aldersgruppene (15-39 år) har ifølge Norsk Monitor sunket dramatisk i årene fra 2009 til 2019 (Hellevik & Hellevik, 2021). På ti år har de yngste aldersgruppene gått fra å skåre høyest på livskvalitet i Norge, til å skåre lavest. Bekymringer og lavere framtidstro pekes på som viktigste årsak til fallet i livskvalitet hos unge (Hellevik & Hellevik, 2021). Misnøye med egen kropp, helse og med sosiale relasjoner ser også ut til å ha betydning (Hellevik & Hellevik, 2021). Tilsvarende fall i livskvalitet i de yngste aldersgruppene finnes ikke i de øvrige nordiske landene (Hellevik & Hellevik, 2021; Helliwell et al., 2020).

### 2.7.3 Sivilstatus

Internasjonal forskning viser at det å leve i et parforhold har positiv innvirkning på livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2004; Helliwell et al., 2017; Portela et al., 2013; Stronge et al., 2019). Det ser imidlertid ut til at den positive effekten det å leve i et parforhold har, er størst blant menn og at kvinner i større grad enn menn får dekket dette behovet i andre relasjoner (Stronge et al., 2019). Den positive effekten er også større blant personer som rangerer partneren som sin nærmeste venn, noe som tyder på at de positive effektene det å leve i parforhold har på livskvalitet, har sammenheng med sosial støtte (Grover & Helliwell, 2019; Helliwell et al., 2017). Sosial støtte er beskrevet nærmere under kapittelet om sosial kapital (2.6.1). Samtidig som det å leve i et parforhold øker sannsynligheten for høy livskvalitet, er det å oppleve samlivsbrudd eller å miste sin partner, forbundet med lav livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2004). De norske livskvalitetsmålingene viser at det å leve i parforhold er positivt for livskvalitet, også i Norge (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021).

#### 2.7.4 Utdanning

Internasjonal forskning spriker også når det gjelder hvilken betydning utdanning har for livskvalitet (Dolan et al., 2008; Kristoffersen, 2018; Portela et al., 2013). Noen studier viser at utdanning har en positiv innvirkning på livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2004; Elgar et al., 2011). Det er dessuten vist at utdanning virker inn på sannsynligheten for å leve i parforhold, predikerer høyere inntekt og at utdanning gir bedre helse (Kristoffersen, 2018; Mackenbach, 2019; Powdthavee et al., 2015). Inntekt, helse og parforhold er kjente positive drivere for livskvalitet og kan dermed bidra til å forklare hvordan utdanning virker positivt inn på livskvalitet (Kristoffersen, 2018). Det er imidlertid store internasjonale studier som ikke finner en sammenheng mellom utdanning og livskvalitet (Flouri, 2004), og noen studier rapporterer en negativ effekt av utdanning på livskvalitet (Powdthavee et al., 2015). De ulike funnene kan henge sammen med at studiene i ulik grad har kontrollert for variablene som er assosiert med utdanning og som i seg selv virker positivt på livskvalitet (Dolan et al., 2008; Kristoffersen, 2018). Studier som finner en negativ effekt av utdanning peker på stort arbeidspress og økte forventninger til livet, som mulige forklaringsmekanismer (Kristoffersen, 2018). Det skal mer til for å «bli fornøyd» når forventningene til hva livet skal gi øker.

Livskvalitetsundersøkelsene fra Norge peker tydelig på utdanning som en positiv driver for livskvalitet (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). De norske undersøkelsene gir samtidig et bilde av at lav utdanning er negativt assosiert med livskvalitet.

#### 2.7.5 Arbeidstilknytning og inntekt

Arbeidstilknytning og inntekt henger tett sammen. Det å ikke være i arbeid har vist å ha en sterk negativ effekt på livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2004; Fleche et al., 2012; Nes et al., 2020; Portela et al., 2013; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Spesielt negativt ser det ut til å være for unge, enslige å stå utenfor arbeidslivet (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021).

Inntekt har en sterk sammenheng med livskvalitet (Lee et al., 2020; Portela et al., 2013; Sacks et al., 2010), og det er bred internasjonal enighet om at inntekt på individ nivå er avgjørende for livskvalitet (Bjørnskov et al., 2008; Fleche et al., 2012; Okulicz-Kozaryn, 2012; Portela et al., 2013; Sacks et al., 2010). Dette kan delvis forklares med at de objektive sidene av livskvalitetsbegrepet, knyttet til levekår, må være på plass for at mennesker skal oppleve god subjektiv livskvalitet (Okulicz-Kozaryn, 2012).



I alle land finnes det samme mønsteret, den rikeste gruppen, har høyest subjektiv livskvalitet (Easterlin, 1995). Sammenhengen mellom et lands BNP og landets totale livskvalitet, er noe mer uklar, men inntekt har avgjørende betydning for livskvalitet, også på aggregert nivå, vurdert ut fra et lands BNP per innbygger (Fleche et al., 2012; Lee et al., 2020). Det er også vist at stor økonomisk vekst ikke automatisk gir en tilsvarende vekst i landenes totale livskvalitet (Easterlin, 1995). Selv om BNP per innbygger i vestlige land er doblet i løpet av femti år, har befolkningens totale subjektive livskvalitet vært konstant. Dette kan ha sammenheng med at betydningen av inntekt for livskvalitet ser ut til å være relativ, individet vurderer seg selv og sine materielle ressurser i forhold til øvrig befolkning og i forhold til hvordan man har hatt det tidligere i livet (Clark et al., 2008; Easterlin, 2006).

Det synes imidlertid som ikke bare individuell inntekt, men også grad av inntektsulikhet har betydning for livskvalitet (Helliwell & Huang, 2008; Oishi et al., 2011; Winkelmann & Winkelmann, 2010). Land med høy grad av inntektsulikhet innad i befolkningen, skårer lavere på livskvalitet enn land med mindre forskjeller (Lee et al., 2020). Dette kan forklares med at lav grad av ulikhet i inntekt fører til at befolkningen opplever rettferdighet og at generell tillit øker (Oishi et al., 2011).

De norske livskvalitetsundersøkelsene viser at inntekt har en sterk sammenheng med livskvalitet på individnivå, også her i landet. Gruppene med de høyeste inntektsnivåene, skårer høyest på livskvalitet, samtidig som gruppene med de laveste inntektene, skårer lavest (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021).

Sosial kapital og sosiodemografiske variabler har som beskrevet, stor betydning for livskvalitet. Men det er flere andre faktorer som også påvirker global livskvalitet. Noen av disse vil beskrives i kapitlet som følger.

## 2.8 Andre faktorer som påvirker livskvalitet

Denne studien har utover sosial kapital og sosiodemografi, valgt å inkludere ytterligere tre sannsynlige påvirkningsfaktorer for livskvalitet, fysisk aktivitet, ensomhet og langvarige sykdommer/helseplager, som konfunderende faktorer. Avsnittene under vil kort beskrive disse og hva forskningen sier om sammenhengen mellom disse faktorene og livskvalitet.

### 2.8.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet innebærer all involvering av skjelettmuskulatur som resulterer i bevegelse og økt energiforbruk (Folkehelseinstituttet, 2014c). Fysisk aktivitet har positiv innvirkning på en rekke helseutfall og kan bidra både til å forebygge og behandle både fysisk og psykisk uhelse og sykdom (Folkehelseinstituttet, 2014c; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2008). Befolkningen i Norge er jevnt over for lite fysisk aktive og bare tre av ti voksne oppfyller de nasjonale minimumsanbefalingene om fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Fysisk aktivitet kan påvirke livskvalitet på mange måter. Fysisk aktivitet gir positiv helseeffekt og økt funksjonsnivå og er samtidig en arena for mestring, avkobling og sosial interaksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Det er bred enighet i forskningen om at fysisk aktivitet har positiv innvirkning på livskvalitet (Ellingson et al., 2018; Hyde et al., 2013; Ussher et al., 2007) og at lavt nivå av fysisk aktivitet har negativ innvirkning på livskvalitet (DeMello et al., 2018; Gibson et al., 2017).

### 2.8.2 Ensomhet

Selv om ensomhet kan synes å være nært relatert til sosial støtte, så er det noen vesentlige forskjeller mellom de to dimensjonene da ensomhet er en subjektiv opplevelse av at sosiale behov ikke tilfredsstilles (Hawkley & Cacioppo, 2010). Opplevelsen av ensomhet kan gjelde både kvantitet og kvalitet på sosial kontakt og kan forekomme både hos personer med større og mindre nettverk (Hawkley & Cacioppo, 2010). Vedvarende ensomhet er forbundet med mange negative helseutfall og lavere livskvalitet (Arslan, 2021; Barstad, 2021; Mushtaq et al., 2014), og ensomhet er derfor tatt med som en konfunderende variabel i denne masterstudien. I Norge er det få som opplever ensomhet sammenliknet med i verden for øvrig, men ensomhet følger en sosial gradient (Barstad, 2021). Det å ha økonomiske utfordringer, ikke være i arbeid, og ha store helseproblemer er forbundet med høyere forekomst av ensomhet. Det samme gjelder de yngste aldersgruppene, unge voksne opplever i større grad ensomhet enn befolkningen for øvrig og det har vært en økning i ensomhet blant unge de siste årene (Barstad, 2021).

### 2.8.3 Langvarig sykdom og helseplager

Langvarige, ikke-smittsomme sykdommer er en stor folkehelseutfordring i Norge og i vestlige land for øvrig (WHO, 2022; Øverland et al., 2018). Sykdomsbyrden, i form av tapte leveår, har for mange tilstander sunket de siste årene i Norge. En stor andel av befolkningen i Norge lever imidlertid med langvarige kroniske sykdommer (Øverland et al., 2018). Sykdomsbyrden er ujevnt sosialt fordelt i befolkningen (se kapittel 2.3 Helsedeterminanter) og øker med

økende alder, med unntak av for psykiske lidelser, der forekomsten også er høy blant unge (Grøholt et al., 2018). Kvinner rammes i større grad enn menn av de fleste langvarige sykdommer og plager (Folkehelseinstituttet, 2021b). Å leve med langvarige sykdommer er forbundet med lavere livskvalitet (Nes et al., 2021; Støren & Rønning, 2021). I Agder oppga 46,4 % av respondentene i Folkehelseundersøkelsen at de har langvarige sykdommer eller plager (Agder Fylkeskommune, 2022).

## 2.9 Status folkehelse i Agder

I denne studien ble befolkningsdata fra Agder fylke benyttet. Folkehelseprofilen viser at Agder har en rekke utfordringer innen helse og levekår (Folkehelseinstituttet, 2021a). Agder skårer høyt på parametere innen psykisk uhelse, har færre innbyggere med høyere utdanning enn landsnittet, flere innbyggere som står utenfor arbeid og utdanning og en høyere andel av befolkningen som lever med vedvarende lav inntekt (Folkehelseinstituttet, 2021a). Dette gjelder også den yngre delen av befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2021b). Samtidig er det i Agder en større ulikhet i forventet levealder mellom grupper med høy utdanning og grupper med lav utdanning enn i Norge for øvrig. Dette er et tegn på at fylket har en utfordring med sosial ulikhet i helse (Folkehelseinstituttet, 2021a). Utfordringene i Agder er satt på dagsorden siden tidlig 1990-tall (Røed, 1993). Men på tross av diverse satsinger for å snu de negative levekårsstatistikkene, er bildet det samme i dag (Agder Fylkeskommune, 2022; Folkehelseinstituttet, 2021a; Skåltveit Olsen & Jentoft, 2010).

Regionplan Agder 2030 er det overordnede politiske styringsdokumentet for Agder (Agder Fylkeskommune, 2019). Planen peker på utfordringene og beskriver visjoner for ønsket utvikling fram mot 2030, samt strategier for å nå målene. FNs bærekraftsmål er retningsgivende for planen. Bærekraft og gode levekår er løftet fram som hovedmål for regionen. Planen peker på stedsutvikling, i form av møteplasser, demokrati og medvirkning, boligpolitikk, miljø og kulturtilbud, sammen med arbeid i barnehager, skoler og innenfor næringsliv, som sentralt for å nå målene (Agder Fylkeskommune, 2019).

## 3. Problemstilling

Livskvalitet har stor betydning for folkehelse og økt livskvalitet er et mål på tvers av land og styresett. Kunnskap om hvilke faktorer som påvirker livskvalitet er dermed viktig for

folkehelsearbeidet. Litteraturgjennomgangen har vist at sosial kapital har sammenheng med livskvalitet. Det er imidlertid begrenset kunnskap om hvilken betydning sosial kapital har for livskvalitet i Norge og i ulike deler av Norge. Det er samtidig behov for mer kunnskap om hvilken rolle de sosiodemografiske variablene spiller i dette bildet.

Agder har kjente utfordringer knyttet til levekår og sosial ulikhet i helse. På tross av at innsats har vært iverksatt siden det først ble satt fokus på utfordringene på tidlig 1990- tallet (Røed, 1993), er utfordringsbildet i regionen uendret (Agder Fylkeskommune, 2019, 2022) .

Kunnskap om livskvalitet i Agder og om hvilke faktorer som påvirker denne er dermed viktig for å målrette folkehelsearbeidet i regionen. Regionplan Agder 2030 løfter blant annet fram stedsutvikling i form av møteplasser, demokrati og medvirkning, boligpolitikk, miljø og kulturtilbud, som sentralt for å nå målene om bærekraft og gode levekår (Agder Fylkeskommune, 2019). Dette har flere berøringspunkter med sosial kapital og økt kjennskap til hvordan sosial kapital henger sammen med livskvalitet i Agder, vil kunne gi nyttig kunnskap om hvordan Agder kan å sine mål.

Forskningsspørsmålene som vil bli undersøkt er derfor:

- Er det en sammenheng mellom sosial kapital og global livskvalitet hos voksne i Agder?
- Hvordan påvirker sosiodemografiske faktorer denne sammenhengen?

Sosial kapital vil bli operasjonalisert ved hjelp av faktorene sosial støtte, deltakelse, tillit og tilhørighet. De sosiodemografiske faktorene kjønn, alder, sivilstatus, arbeidsdeltakelse, opplevd økonomi og utdanning vil bli undersøkt. Det vil også bli kontrollert for konfunderende variabler.

## 4. Metode

I dette kapitlet vil det redegjøres for metoder og framgangsmåter som er benyttet for å besvare problemstillingen. Forskningsdesign, datainnsamling og variabler presenteres. I tillegg vil de statistiske analyser og metoder som er benyttet beskrives, før kapitlet avsluttes med en gjennomgang av etiske retningslinjer.

## 4.1 Studiedesign

Studien har en kvantitativ tilnærming og er basert på Folkehelseundersøkelsen i Agder fra 2019. Folkehelseundersøkelsen i Agder er en tverrsnittstudie gjennomført av Folkehelseinstituttet høsten 2019 på oppdrag fra Aust- og Vest-Agder fylkeskommuner.

## 4.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført av Folkehelseinstituttet i perioden 23. september til 18. oktober 2019. Det ble trukket stratifiserte tilfeldige utvalg fra folkeregisteret på kommunenivå. Utgangspunktet var en målsetning om at deltakelse i undersøkelsen skulle tilbys 25 % av befolkningen i hver kommune. For å sikre store nok utvalg etter vasking av data i Kontakt- og reservasjonsregisteret, ble det trukket et utvalg på 30 % i hver kommune og 60 % i de minste kommunene. Utvalget ble trukket fra folkeregisteret med forutsetninger om at deltakerne skulle være fast bosatt i Agder, ikke pendlere, at de ikke var bosatt ved institusjon og at de hadde gyldig fødselsnummer (Skogen et al., 2020).

Folkehelseinstituttets kommunikasjonsplan for folkehelseundersøkelsene i fylkene ble fulgt i hele datainnsamlingsprosessen (Skogen et al., 2020, s 15). Invitasjon til deltakelse ble sendt til deltakerne på e-post og sms 23. september 2019. Det ble sendt påminnelser 25. september og 8. oktober og det elektroniske svarskjemaet var åpent til 20. oktober. Informasjon til befolkningen ble gitt via aviser, på nettsider til kommuner og fylkeskommune og i filmsnutter på Fylkeskommunens og kommunenes facebook sider. Fylkeskommunen opprettet en egen telefontjeneste og svartjeneste på e- post for henvendelser i forbindelse med undersøkelsen. Det ble også utlovet gavekort som ble trukket blant respondentene for å øke svarprosenten (Skogen et al., 2020).

## 4.3 Studiepopulasjon og analytisk utvalg

Studiepopulasjonen for Folkehelseundersøkelsen i Agder var alle voksne innbyggere (>18 år) bosatt i Aust-Agder eller Vest-Agder fylke høsten 2019. Totalt ble 61.611 personer invitert til å delta i undersøkelsen. Det var 28.047 personer som besvarte undersøkelsen, noe som utgjorde en svarprosent på 45,5 %. Svarprosenten varierte mellom aldersgrupper og kjønn, men var gjennomgående lik for de ulike kommunene og regionene i fylket. De yngste aldersgruppene, 18-29 år og 30-39 år var underrepresentert. Spesielt blant unge menn var svarprosenten lav (28,2%), mens de eldste aldersgruppene, 60-69 år og 70+, var

overrepresentert. Svarprosenten var gjennomgående høyere hos kvinner enn menn, 50,1% mot 41,2% (Skogen et al., 2020).

Det analytiske utvalget til denne masterstudien ble laget ved å fjerne alle respondenter som hadde manglende svar på ett eller flere av spørsmålene som skulle analyseres. Av det opprinnelige utvalget på 28.047 var det 1.881 som hadde ett eller flere manglende svar. Det analytiske utvalget besto dermed av 26.166 respondenter.

#### 4.4 Spørreskjemaet

Folkehelseinstituttet utarbeidet i samarbeid med fylkeskommunene en revidert kjernemodul for folkehelseundersøkelsene i fylkene i mars 2019. Folkehelseundersøkelsen i Agder var basert på denne kjernemodulen og hadde i tillegg en ekstra modul utarbeidet av Universitetet i Agder som omhandlet deltakernes oppvekst. Spørreskjemaet bestod av 51 hovedspørsmål, noen med flere underkategorier. Spørsmålene var delt inn i kategoriene nærmiljø, helse, sosial støtte og ensomhet, helsereelatert atferd, skader og fysisk miljø, livskvalitet, demografiske faktorer og levekår (familieforhold og oppvekst). I denne studien ble bare variabler som var aktuelle for problemstillingen analysert. Disse vil beskrives videre i de neste avsnittene.

#### 4.5 Avhengig variabel

Global livskvalitet er den avhengige variabelen i denne masterstudien. Global livskvalitet handler om tilfredshet med livet som helhet og opplevelsen av at det man gjør er meningsfullt (Nes et al., 2020). Global livskvalitet ble målt ved spørsmålene «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» og «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?». Begge spørsmålene kunne besvares på en skala fra 0 til 10, der 0 tilsvarte «ikke i det hele tatt» og 10 tilsvarte «svært fornøyd». Det ble laget en uvektet gjennomsnittskår for de to variablene for å få et mål på global livskvalitet (Nes et al., 2020). Denne skåren ble deretter dikotomisert ved medianverdi for utvalget (median=8) til lav global livskvalitet (1) hvis gjennomsnittskår < 8 og høy global livskvalitet (2) hvis gjennomsnittskår  $\geq 8$ .

## 4.6 Uavhengige variabler

### 4.6.1 Sosial kapital

Sosial kapital ble i denne studien operasjonalisert ved variablene sosial støtte, deltakelse, tillit og tilhørighet.

*Sosial støtte* ble målt ved Oslo 3- Social Support Scale (OSSS-3), et måleverktøy som består av tre spørsmål som gir informasjon om grad av sosial støtte (Meltzer, 2003). Spørsmålene og svarkategoriene var som følger: «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem dersom du har store personlige problemer? Regn også med personer i nærmeste familie.» Svaralternativer: «Ingen» (1), «1-2» (2), «3-5» (3) og «6 eller flere» (4). «Hvor stor interesse viser andre for det du gjør? Vil du si at de viser...». Svaralternativer: «Stor interesse» (1), «Noe interesse» (2), «Verken stor eller liten interesse» (3), «Liten interesse» (4), «Ingen interesse» (5). «Det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det, er det...». Svaralternativer: «Svært lett» (1), «Lett» (2), «Verken lett eller vanskelig» (3), «Vanskelig» (4), «Svært vanskelig» (5). De to siste variablene ble først rekodet slik at svaralternativene kom i rekkefølge svært vanskelig/ingen interesse (1) til svært lett/ stor interesse (5). Det ble deretter konstruert en sumskår. Respondenter som hadde besvart minimum to av spørsmålene ble inkludert, og sumskåren ble beregnet ved å ta et gjennomsnitt av verdiene fra de tre spørsmålene og multiplisere med tre. Deretter ble det sumskåren kategorisert til «Lav sosial støtte» (1=3-8), «Moderat sosial støtte» (2=9-11) og «Høy sosial støtte» (3=12-14) (Bøen et al., 2012).

*Deltakelse* ble vurdert ut fra deltakelse i organisert aktivitet: «Hvor ofte deltar du i organisert aktivitet/frivillig arbeid som f.eks. idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende?» Svaralternativer var: «Daglig» (1), «Ukentlig» (2), «1-3 ganger per måned» (3), «Sjeldnere» (4), «Aldri» (5). Variabelen ble dikotomisert til deltar ikke (1) «Aldri» og «Deltar» (2) øvrige svarkategorier.

*Tillit* ble målt med spørsmålet: «Vil du si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?» Spørsmålet ble besvart på en skala fra 0-10, der 0 var «Kan ikke være for forsiktig» og 10 var «Folk flest er til å stole på». Denne variabelen ble benyttet som en kontinuerlig variabel i analysen.

*Tilhørighet* ble målt med spørsmålet: «I hvilken grad føler du at du hører til på stedet der du bor?» Spørsmålet ble besvart på en skala fra 0- 10, der 0 var «Føler ikke tilhørighet

overhodet» og 10 var «Føler sterk grad av tilhørighet». Denne variabelen ble benyttet som en kontinuerlig variabel i analysen.

#### 4.6.2 Sosiodemografiske variabler

*Kjønn og alder* ble hentet fra folkeregisteret og koblet med data fra spørreskjema. Alder var i datasettet fra FHI kategorisert i tiårsintervaller med unntak av de yngste, 18-29 og de eldste 70+. Kategoriene ble slått sammen til fire grupper, «18-29» (1), «30-49» (2), «50-69» (3) og «70+» (4).

*Sivilstatus* kunne besvares med fire svarkategorier: «Gift/registrert partner», «Samboende», «Har kjæreste (som du ikke bor sammen med) og «Enslig». Variabelen ble dikotomisert i to kategorier, «Enslig» (1) og «Gift/samboer/kjæreste» (2).

*Utdanning* ble målt ved spørsmålet «Hva er din høyeste fullførte utdanning?». Det var fire svarkategorier: «Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år» (1), Fagutdanning/realskole/videregående skole minimum 3 år» (2), «Universitet/høyskole mindre enn 4 år» (3) og «Høyskole/universitet 4 år eller mer» (4). Det ble laget en ny variabel for utdanning ved at de to siste svaralternativene ble slått sammen, noe som ga tre kategorier: «Grunnskole/framhaldsskole» (1), «Videregående/fagutdanning» (2) og «Universitet/høyskole» (3).

*Arbeids- og livssituasjon* ble i spørreundersøkelsen målt ved spørsmålet: «Hvilken arbeids- eller livssituasjon er du i?». Svaralternativene var: «Yrkesaktiv heltid» (1), «Yrkesaktiv deltid» (2), «Selvstendig næringsdrivende» (3), «Sykmeldt» (4), «Arbeidsledig» (5), «Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger» (6), «Mottar sosial stønad» (7), «Alders- eller førtidspensjonist» (8), «Skole elev eller student» (9), «Vernepliktig/sivilarbeider» (10) og «Hjemmearbeidende» (11). Det var her mulig å krysse av på flere svaralternativer, slik at en person kunne havne i flere kategorier, f.eks være både student og deltidsarbeidene. Det ble konstruert en ny variabel der alle som hadde krysset av for «Sykmeldt», «Arbeidsledig», «Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger» og/eller «Mottar sosialstønad» ble satt i gruppen «Ikke sysselsatt» (1), uavhengig av om de også hadde krysset av for andre svaralternativer. Deretter ble alle som hadde krysset av for «Alders- eller førtidspensjonist» satt i gruppe «Pensjonist» (3). Til sist ble alle som hadde svart «Yrkesaktiv heltid», «Yrkesaktiv deltid», «Selvstendig næringsdrivende», «Skole elev eller student», «Vernepliktig/sivilarbeider» og «Hjemmearbeidende», og ikke samtidig svart et alternativene som inngikk i kategori (1) og (3), plassert i gruppen «Sysselsatt» (2).



*Opplevd økonomi* ble målt ved spørsmålet «Hvis enpersonhusholdning: 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?». Spørsmålet kunne besvares med alternativene «Svært vanskelig» (1), «Vanskelig» (2), «Forholdsvis vanskelig» (3), «Forholdsvis lett» (4), «Lett» (5) eller «Svært lett» (6). Variabelen ble dikotomisert til to kategorier, «Vanskelig» (1) som omfattet «Svært vanskelig», «Vanskelig» og «Forholdsvis vanskelig» og «Ikke vanskelig» (2) som bestod av «Forholdsvis lett», «Lett» og «Svært lett».

#### 4.6.3 Konfunderende variabler

*Fysisk aktivitet* ble vurdert ved spørsmålet: «Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden?». Svarkategoriene var: «Aldri» (1), «Sjeldnere enn en gang i uken» (2), «En gang i uken» (3), «2-3 ganger i uken» (4), «4-5 ganger i uken» (5) og «Omtrent hver dag» (6). Spørsmålet ble dikotomisert slik at svaralternativ «Aldri» og «Sjeldnere enn en gang i uken» ble til «Nei, sjelden/aldri» (1) og de øvrige alternativene til «Ja, minimum en gang i uken» (2).

*Ensomhet* ble målt med spørsmålet: «Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?», med svaralternativer: «Aldri» (1), «Sjelden» (2), «Av og til» (3), «Ofte» (4) og «Svært ofte» (5). Variabelen ble kategorisert til tre svarkategorier, «Ofte/svært ofte» (1), «Av og til» (2) og «Sjelden/aldri» (3).

*Langvarige sykdommer/helseplager* ble undersøkt med spørsmålet: «Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går», med svaralternativer «Ja» (1) og «Nei» (2).

#### 4.7 Statistiske analyser

Både deskriptiv og analytisk statistikk ble benyttet for å beskrive resultatene. De statistiske analysene ble gjennomført ved hjelp av IBM SPSS Statistics 27 for Windows. Innledningsvis ble det gjennomført deskriptive analyser for å gi en oversikt over egenskapene til datamaterialet. Sammenhengen mellom global livskvalitet og de kontinuerlige variablene ble testet ved hjelp av uavhengig t-tester, mens pearsons kji- kvadrat test ble benyttet for sammenhengene mellom global livskvalitet og de kategoriske variablene.

Det ble benyttet en trinnvis logistisk regresjonsanalyse for å vurdere sammenhengene mellom sosial kapital, sosiodemografi, konfunderende variabler og global livskvalitet. I første trinn ble variablene for sosial kapital introdusert (blokk 1). I trinn to ble de sosiodemografiske variablene lagt til (blokk 2) og til sist ble de konfunderende variablene fysisk aktivitet, ensomhet og langvarige sykdommer/helseplager introdusert (blokk 3). Signifikansnivå ble satt til  $p < 0,05$ . Resultatene ble oppgitt som oddsratio (OR) med tilhørende 95% konfidensintervaller (KI) og p-verdier. Nagelkerke R square ble beregnet og oppgitt for hvert av trinnene i modellen og viser hvor mye av variasjonen i global livskvalitet som ble forklart i hver blokk. Omnibus Test of Model Coefficient ble benyttet for å vurdere hver blokks signifikans.

#### 4.8 Ethiske vurderinger og retningslinjer

Forskningsetikkloven fra 2017 har som formål å sikre at all forskning skjer i henhold til anerkjente forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2017). Helsinkideklarasjonen, opprinnelig fra 1964, er førende for forskningsetikk verden over (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Sentralt i retningslinjene fra Helsinkideklarasjonen er informert samtykke og at det forskningsetiske ansvaret ligger hos forskeren. Datasettet som er benyttet i denne oppgaven er hentet fra Folkehelseinstituttet og basert på Folkehelseundersøkelsen i Agder fra 2019. Folkehelseinstituttets personvernombud var tett på hele datainnsamlingsprosessen for å sikre deltakernes rettigheter. Alle deltakerne undertegnet en samtykkeerklæring og fikk inngående informasjon om hva undersøkelsen skulle brukes til. De ble informert om at dataene skulle brukes til forskning innen helse og levekår og oppbevares på ubestemt tid. Det ble videre gitt opplysninger om at enkeltdeltakeren har krav på innsyn i egne data og at det var mulig å trekke samtykket og dermed bli slettet fra datasettet. Det var samtidig opplyst at alle personopplysninger ville anonymiseres slik at det ikke var mulig å kjenne igjen enkeltindividet (se vedlegg 1). Dette var viktig for å oppfylle kravene om informert samtykke, forskeren skal sikre at deltakeren vet hva hun/han deltar i og det skal gis mulighet til å trekke seg (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

De innsamlede data ble lagret på en sikker datateknisk måte. For å hindre mulighet for gjenkjenning av enkeltindivider, ble det tatt hensyn til størrelse på utvalg i enkeltkommuner og regioner (Skogen et al., 2020). Dette sikret at det var nok deltakere i hver underregion eller kategori til at det ikke var mulig å gjenkjenne enkeltindivider i utvalget.

Datasettet som ble benyttet i denne studien, inneholdt ikke medisinsk helsedata og det var dermed ikke nødvendig å søke REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Datasettet var anonymisert og kunne ikke knyttes til enkeltindivider. Siden datasettet skulle benyttes til analyser utover det datasettet i utgangspunktet var tiltenkt, ble det likevel vurdert hensiktsmessig å søke NSD. NSD godkjente søknaden 23.11.21 (Vedlegg 2).

## 5. Resultater

Dette kapittelet vil presentere resultatene fra de kvantitative analysene. Resultatene vil presenteres med tekst og tabeller fordelt på tre underkapitler. Første underkapittel gir en beskrivelse av deskriptiv statistikk for studiepopulasjon og det analytiske utvalget. De neste delkapitlene tar for seg bivariate analyser mellom de uavhengige variablene og global livskvalitet. Til sist presenteres resultatene fra den logistiske regresjonsmodellen.

### 5.1 Deskriptiv statistikk

Det var små forskjeller mellom det analytiske utvalget og studiepopulasjonen (tabell 1 og tabell 2). De største forskjellene ble funnet for *Opplevd økonomi* der en høyere andel i det analytiske utvalget svarte at det var lett å få pengene til å strekke til (79,2%), sammenliknet med studiepopulasjonen (75,4%) (tabell 2), og for *Deltakelse* som var noe høyere i det analytiske utvalget (76,4%) sammenliknet med studiepopulasjonene (73,4%) (tabell 1).

Det analytiske utvalget hadde en gjennomsnittlig skår for global livskvalitet på 7,6 (på en skala fra 0-10), med et standardavvik på +/- 1,9 og en median på 8,0. Nesten ni av ti oppga å oppleve middels høy eller høy sosial støtte og omtrent tre av fire rapporterte at de deltok i ulike former for organisert aktivitet eller frivillig arbeid på fritiden. Utvalget skåret gjennomsnittlig 7,2 på skalaen fra 0-10 på generell tillit og 7,4 på opplevd tilhørighet til bosted (tabell 1). Fire av fem rapporterte en eller annen form for fysisk aktivitet minimum en gang i uka. Nesten halve utvalget oppga å ha en eller annen form for langvarig sykdom eller helseplage og en av ti anga at de ofte eller svært ofte opplevde ensomhet (tabell 1).

Tabell 1: Deskriptive data for studiepopulasjon og analytisk utvalg for global livskvalitet, sosial kapital og konfunderende variabler

	<b>Studiepopulasjon</b>	<b>Analytisk utvalg</b>
	N= 28047	n= 26166
	N (%)	n (%)
<b>Global livskvalitet*</b>	7.57 (1.94)	7.57 (1.93)
Lav global livskvalitet	12175 (43.4)	11404 (43.6)
Høy global livskvalitet	15775 (56.2)	14762 (56.4)
Manglende data	97 (0.3)	
<b>Sosial kapital</b>		
Sosial støtte		
Lav sosial støtte	3032 (10.8)	2811 (10.7)
Middels sosial støtte	12387 (44.2)	11545 (44.1)
Høy sosial støtte	12606 (44.9)	11810 (45.1)
Manglende data	22 (0.1)	
Deltakelse		
Deltar ikke	7389 (26.3)	6186 (23.6)
Deltar	20598 (73.4)	19980 (76.4)
Manglende data	60 (0.2)	
Tillit*	7.22 (2.32)	7.23 (2.31)
Tilhørighet*	7.44 (2.51)	7.44 (2.50)
<b>Konfunderende variabler</b>		
Fysisk aktivitet		
Nei, sjelden/aldri	5010 (17.9)	4699 (18.0)
Ja, minimum en gang per uke	22957 (81.9)	21467 (82.0)
Manglende data	80 (0.3)	
Ensomhet		
Ofte/svært ofte	2767 (9.9)	2563 (9.8)
Av og til	7385 (26.3)	6875 (26.3)
Aldri/sjelden	17831 (63.6)	16728 (63.9)
Manglende data	64 (0.2)	
Langvarige sykdommer/helseplager		
Ja	12955 (46.2)	12168 (46.5)
Nei	14988 (53.4)	13998 (53.5)
Manglende data	104 (0.4)	
*Gj.snitt (SD)		

I det analytiske utvalget var det en liten overvekt av kvinner og de fleste respondentene var mellom 30 og 69 år (tabell 2). De fleste respondentene var i et parforhold. Rundt halvparten hadde universitet eller høyskoleutdanning, mens omtrent fire av ti hadde videregående skole som høyeste utdanning og bare litt over en tidel hadde kun grunnskoleutdanning. Det var en overvekt av yrkesaktive respondenter, rundt to tredjedeler svarte at de var i ulike former for sysselsetting (tabell 2). En av fem oppga at det var vanskelig eller svært vanskelig å få pengene til å strekke til (tabell 2).

Tabell 2: Deskriptiv statistikk for studiepopulasjon og analytisk utvalg

	Studiepopulasjon N= 28047	Analytisk utvalg n= 26166
	N (%)	n (%)
<b>Kjønn</b>		
Mann	13122 (46.8)	12271 (46.9)
Kvinne	14925 (53.2)	13895 (53.1)
<b>Aldersgruppe</b>		
18-29	5227 (18.6)	4783 (18.3)
30-49	10051 (35.8)	9437 (36.1)
50-69	10344 (36.9)	9720 (37.1)
70+	2425 (8.6)	2226 (8.5)
<b>Sivilstatus</b>		
Gift/samboer/kjæreste	21893 (78.1)	20502 (78.4)
Enslig	6084 (21.7)	5664 (21.6)
Manglende data	70 (0.2)	
<b>Utdanning</b>		
Grunnskole/framhaldsskole	3333 (11.9)	3111 (11.9)
Videregående/fagutdanning	11088 (39.7)	10413 (39.8)
Universitet/høyskole	13502 (48.1)	12642 (48.3)
Manglende data	124 (0.4)	
<b>Arbeidsstatus</b>		
Sysselsatt	18758 (66.9)	17558 (67.1)
Ikke sysselsatt (med trygdeytelser)	4614 (16.5)	4360 (16.7)
Pensjonist	4605 (16.4)	4248 (16.2)
Manglende data	70 (0.2)	
<b>Opplevd økonomi</b>		
Svært lett, lett, forholdsvis lett	21140 (75.4)	20721 (79.2)
Svært vanskelig, vanskelig, forholdsvis vanskelig	5547 (19.8)	5445 (20.8)
Manglende data	1360 (4.8)	

## 5.2 Global livskvalitet og bivariate sammenhenger

Alle de fire faktorene som inngikk i sosial kapital viste en signifikant sammenheng med global livskvalitet ( $p < 0,001$ ) (tabell 3). Blant dem som oppga høy sosial støtte var det tre av fire som oppga høy global livskvalitet mot en av fem blant dem med lav sosial støtte. Det var en høyere andel av dem som deltok i organisert aktivitet eller frivillig arbeid på fritida som rapporterte høy global livskvalitet, enn blant dem som ikke deltok. Det ble også funnet tydelige sammenhenger mellom høy generalisert tillit og høy stedstilhørighet og høy global livskvalitet (tabell 3).

For de konfunderende variablene ble det funnet at det å være i fysisk aktivitet, ikke oppleve ensomhet og ikke å ha langvarige sykdommer/helseplager var signifikant assosiert med høy global livskvalitet ( $p < 0,001$ ) (tabell 3).

Tabell 3: Assosiasjoner mellom sosial kapital og konfunderende variabler og global livskvalitet, analysert med Pearsons Kji-kvadrat test og uavhengig t-test

	Lav global livskvalitet n=11404	Høy global livskvalitet n=14762	
<b>Variabler</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
Analytisk utvalg (n=26166)	43.6	56.4	
<b>Sosial kapital</b>			
Sosial støtte			
Lav sosial støtte	82.0	18.0	<0.001
Middels sosial støtte	52.4	47.6	
Høy sosial støtte	25.8	74.2	
Deltakelse			
Deltar ikke	56.3	43.7	<0.001
Deltar	39.7	60.3	
Tillit*	6.34	7.92	<0.001
Tilhørighet*	6.32	8.30	<0.001
<b>Konfunderende variabler</b>			
Fysisk aktivitet			
Nei, sjelden/aldri	54.2	45.8	<0.001
Ja, minimum 1 gang per uke	41.3	58.7	
Ensomhet			
Ofte/svært ofte	84.8	15.6	<0.001
Av og til	62.4	37.6	
Aldri/sjelden	29.6	70.4	
Sykdommer/helseplager			
Ja	51.3	48,7	<0.001
Nei	36.9	63.1	
*gj.snitt (SD)			
*range 0-10			

Det var signifikante sammenhenger mellom alle de sosiodemografiske variablene og global livskvalitet (tabell 4). Kvinner rapporterte høyere livskvalitet enn menn, og det var en klar trend mellom økende alder og en høyere andel som rapporterte god livskvalitet. Det var stor forskjell mellom enslige og personer som levde i ulike former for parforhold, der en høyere andel rapporterte høy livskvalitet blant de i parforhold (tabell 4). Det var høyere andel med høy global livskvalitet blant dem som hadde høyere utdanning enn i gruppene med ungdomsskole eller videregående skole, og det å være i ulike former for sysselsetting, eller å være pensjonist, var assosiert med en signifikant høyere andel som rapporterte høy global

livskvalitet sammenliknet med dem som stod utenfor arbeidslivet (tabell 4). Når det gjaldt opplevd økonomi, så hadde gruppen som svarte at det var lett å få pengene til å strekke til en høyere andel med høy livskvalitet enn gruppen som slet med å få pengene til å strekke til (tabell 4).

*Tabell 4: Assosiasjoner mellom sosiodemografiske variabler og global livskvalitet, analysert med Pearsons Kji-kvadrat test*

Variabler	Lav global livskvalitet	Høy global livskvalitet	p
	n=11404	n=14762	
Analytisk utvalg	43.6	56.4	
Kjønn			
Mann	44.5	55.5	0.04
Kvinne	42.8	57.2	
Aldersgruppe			
18-29	57.9	42.1	
30-49	47.5	52.5	<0.001
50-69	35.2	64.8	
70+	33.0	67.0	
Sivilstatus			
Enslig	63.2	36.8	<0.001
Gift/samboer/kjæreste	38.2	61.8	
Utdanning			
Grunnskole/framhaldsskole	50.1	49.9	<0.001
Videregående/fagutdanning	47.3	52.7	
Universitet/høyskole	38.9	61.1	
Arbeidsstatus			
Ikke sysselsatt	68.2	31.8	<0.001
Sysselsatt	40.3	59.7	
Pensjonist	43.6	56.4	
Opplevd økonomi			
Vanskelig	68.2	31.8	<0.001
Lett	37.1	62.9	

### 5.3 Logistisk regresjonsanalyse

Tabell 5 viser resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen for sammenhengene mellom sosial kapital, sosiodemografi og de konfunderende variablene som det ble kontrollert for. De fire faktorene for sosial kapital ble introdusert i blokk 1 og kunne alene forklare 30 % av variansen innen global livskvalitet. Det var en klar signifikant assosiasjon mellom grad av

sosial støtte og høy global livskvalitet. Sammenliknet med gruppen som opplevde lav sosial støtte, var det dobbelt så høy odds for å oppleve høy global livskvalitet for dem som opplevde middels sosial støtte, og nærmere fem ganger så høy odds for høy global livskvalitet for dem som opplevde høy sosial støtte (tabell 5). Å delta i ulike organiserte tilbud på fritiden ga 34 % høyere odds for høy global livskvalitet. Økende opplevelse av tillit og tilhørighet ga en økt odds for høy global livskvalitet på henholdsvis 20% og 26% (tabell 5).

I blokk 2 ble de sosiodemografiske variablene, kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, arbeidsstatus og opplevd økonomi (i form av opplevelse av om det var lett eller vanskelig å få pengene til å strekke til) introdusert. Modellens forklaringsnivå økte nå til 36 % (tabell 5). Det var nesten dobbelt så høy odds for høy global livskvalitet i aldersgruppen 60-69 år sammenliknet med i aldersgruppen 18-29 år og også de eldste over 70 hadde betydelig økt odds for høy global livskvalitet (78%). Personer i ulike parforhold hadde dobbelt så høy odds for høy livskvalitet sammenliknet med enslige. Det å ikke ha utfordringer med å få pengene til å strekke til, økte oddsen for høy livskvalitet med 57 %, sammenliknet med gruppen som slet økonomisk. Størst betydning hadde tilknytning til arbeidslivet. Både pensjonister og yrkesaktive hadde mer enn dobbelt odds for å rapportere høy global livskvalitet, sammenliknet med gruppen utenfor arbeidslivet (tabell 5). Alle de fire faktorene innenfor sosial kapital beholdt en statistisk signifikant sammenheng med global livskvalitet, selv om sammenhengene ble noe svakere.

I blokk 3 ble konfunderende variabler introdusert. Både fysisk aktivitet, ensomhet og det å ha langvarig sykdom eller helseplage, viste signifikant sammenheng med global livskvalitet (tabell 5). Det å være fysisk aktiv ga en 15 % høyere odds for høy global livskvalitet sammenliknet med å være fysisk inaktiv. Det å aldri eller sjelden å være ensom, ga en tre ganger så høy odds for høy livskvalitet, sammenliknet med å svært ofte eller ofte, å oppleve ensomhet. Respondenter som ikke hadde langvarige sykdommer eller helseplager, hadde 41% høyere odds for høy global livskvalitet, sammenliknet med gruppen som hadde langvarige sykdommer eller helseplager (tabell 5).

Sosial støtte og ensomhet var de to variablene som viste sterkest sammenheng med global livskvalitet i den fulle modellen. Høy sosial støtte og aldri/sjelden å oppleve ensomhet, ga en tre ganger så høy odds for høy global livskvalitet, sammenliknet med lav sosial støtte og høy grad av ensomhet, når alle øvrige variabler i modellen var kontrollert for. Tilknytning til arbeid og alder hadde også stor betydning. Det var dobbelt så høy odds for å rapportere høy global livskvalitet blant yrkesaktive og pensjonister, sammenliknet med gruppen på ulike



trygdeytelser (tabell 5). Den totale regresjonsmodellen bidro til å forklare 39 % av variasjonen innen global livskvalitet. Alle indikatorene for sosial kapital og de sosiodemografiske faktorene, med unntak av utdanning, var fremdeles signifikant assosiert med global livskvalitet i den fulle modellen.

Tabell 5: Trinnvis logistisk regresjonsanalyse

Variabel	Blokk 1			Blokk 2			Blokk 3		
	OR	95% KI	P	OR	95% KI	p	OR	95% KI	p
<b>Sosial kapital</b>									
Sosial støtte									
Lav sosial støtte	1.00			1.00			1.00		
Middels sosial støtte	2.29	2.05-2.56	<0.001	1.99	1.77-2.23	<0.001	1.64	1.46-1.85	<0.001
Høy sosial støtte	4.84	4.32-5.43	<0.001	4.24	3.76-4.78	<0.001	3.08	2.72-3.49	<0.001
Deltakelse									
Nei	1.00			1.00			1.00		
Ja	1.34	1.25-1.43	<0.001	1.21	1.12-1.29	<0.001	1.20	1.12-1.29	<0.001
Tillit	1.20	1.18-1.21	<0.001	1.15	1.13-1.16	<0.001	1.13	1.11-1.15	<0.001
Tilhørighet	1.26	1.25-1.28	<0.001	1.25	1.23-1.27	<0.001	1.21	1.20-1.23	<0.001
<b>Sosiodemografi</b>									
Kjønn									
Mann				1.00			1.00		
Kvinne	-	-	-	1.16	1.09-1.23	<0.001	1.25	1.18-1.33	<0.001
Aldersgrupper									
18-29	-			1.00			1.00		
30-49	-	-	-	1.19	1.10-1.30	<0.001	1.19	1.09-1.30	<0.001
50-69	-	-	-	1.92	1.76-2.10	<0.001	1.89	1.73-2.08	<0.001
70+	-	-	-	1.78	1.51-2.11	<0.001	1.78	1.50-2.11	<0.001
Sivilstatus									
Enslig	-			1.00			1.00		
Gift/samboer/kjæreste	-	-	-	1.96	1.82-2.11	<0.001	1.49	1.38-1.61	<0.001
Utdanning									
Grunnskole	-			1.00			1.00		
Videregående skole	-	-	-	0.97	0.87-1.07	0.480	0.94	0.85-1.04	0.215
Høyskole/universitet	-	-	-	1.10	0.998-1.22	0.055	1.05	0.95-1.16	0.359
Arbeidsstatus									
Ikke sysselsatt (trygdeytelser)	-			1.00			1.00		
Sysselsatt	-	-	-	2.58	2.37-2.81	<0.001	2.18	1.99-2.39	<0.001
Pensjonist	-	-	-	2.20	1.93-2.51	<0.001	1.94	1.69-2.22	<0.001
Opplevd økonomi									
Vanskelig	-			1.00			1.00		
Ikke vanskelig	-	-	-	1.57	1.45-1.70	<0.001	1.45	1.34-1.57	<0.001

**Konfunderende variabler**

Fysisk aktivitet									
Nei, sjelden/aldri	-			-			1.00		
Ja, minimum en gang i uken	-	-	-	-	-	-	1.15	1.07-1.25	<0.001
Ensomhet									
Svært ofte/ofte	-			-			1.00		
Av og til	-	-	-	-	-	-	1.44	1.26-1.64	<0.001
Aldri/sjelden	-	-	-	-	-	-	3.19	2.80-3.63	<0.001
Langvarige sykdommer/helseplager									
Nei	-			-			1.00		
Ja	-	-	-	-	-	-	1.41	1.33-1.50	<0.001
Nagelkerke R square		0.299			0.360			0.390	
Blokk signifikans*		<0.001			<0.001			<0.001	

N=26166, OR=Oddsratio, KI=Konfidensintervall, \*Omnibus Test of Model Coefficients

## 6. Diskusjon

Dette kapitlet innledes med en kort oppsummering av resultatene fra studien. Deretter vil funnene drøftes. Som avslutning gis det en vurdering av styrker og svakheter ved studien i form av et kapittel om metodekritikk.

### 6.1 Oppsummering av resultatene

I dette materialet fra Agder ble det funnet en gjennomsnittlig skår for global livskvalitet på 7,6 (på en skala fra 0 til 10). Hovedfunnet i studien var at indikatorene for sosial kapital, høy sosial støtte, deltakelse i organiserte aktiviteter, høy tillit og å oppleve tilhørighet til hjemstedet, var signifikant assosiert med høy global livskvalitet. Denne sammenhengen vedvarte også etter at det var kontrollert for sosiodemografiske og konfunderende variabler. Dette viser at sosial kapital har betydning for livskvalitet på tvers av sosiodemografiske grupper. Det ble også funnet en sterk sosial gradient i livskvalitet. Det å være i arbeid og ikke ha økonomiske utfordringer, var positivt assosiert med høy livskvalitet. Oddsen for høy livskvalitet var høyest i de eldste aldersgruppene og blant dem som hadde en partner. Sosial støtte og ensomhet var de to faktorene som viste sterkest sammenheng med global livskvalitet. Den fulle regresjonsmodellen forklarte 39 % av variansen i global livskvalitet.

### 6.2 Global livskvalitet i Agder

Gjennomsnittlig skår for global livskvalitet var 7,6 og median 8,0 på en skala fra 0-10 i denne studien. Dette samsvarer med funnene fra gjennomgangen av de første folkehelseundersøkelsene i Norge, der også Agderundersøkelsen var inkludert, som fant et gjennomsnitt på 7,5 for både fornøydhet med livet i sin helhet og for opplevelse av mening (Nes et al., 2020). Livskvalitetsmålingene til SSB fra 2020 og 2021 har gitt noe lavere gjennomsnittsresultater. I 2020 var gjennomsnittet for begge de to delkomponentene av global livskvalitet (fornøydhet og mening), 7,1, mens resultatet for de to samme delkomponentene var 6,7 i 2021 (Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Disse målingene var imidlertid påvirket av pandemi og tiltak knyttet til denne.

Agder fylke har flere levekårsutfordringer. Det er flere som står utenfor arbeidslivet, mer psykisk uhelse, lavere utdanningsnivå og flere på vedvarende lavinntekt enn i landet som helhet (Agder Fylkeskommune, 2022; Folkehelseinstituttet, 2021a, 2021b). Dette er variabler

som vi vet er assosiert med redusert livskvalitet og det hadde derfor vært naturlig å forvente at gjennomsnittlig livskvalitet i Agder hadde vært noe lavere.

### 6.3 Sosial kapital og livskvalitet

Hovedmålet med denne studien var å se på sammenhengene mellom sosial kapital, vurdert ut fra sosial støtte, deltakelse, tillit og tilhørighet, og global livskvalitet. Det ble funnet positive sammenhenger mellom alle fire variabler for sosial kapital og global livskvalitet og funnene var konsistente etter å ha kontrollert for sosiodemografi og konfunderende variabler. Dette er i tråd med internasjonal forskning (Calcagnini & Perugini, 2019; Elgar et al., 2011; Poortinga, 2006; Portela et al., 2013) og tyder på at sosial kapital spiller en viktig positiv rolle i forhold til å definere livskvalitet også i en norsk kontekst. En tverrsnittstudie kan imidlertid ikke forklare hvorfor sammenhengene er sånn, eller slå fast kausaliteten i sammenhengen. Men litteraturen beskriver flere ulike forklaringsmodeller for hvordan sosial kapital påvirker livskvalitet både på individ og samfunnsnivå. Opplevelse av sammenheng er sentralt for god helse og livskvalitet (Antonovsky, 1987). Sosial kapital er en ressurs som kan bidra til økt opplevelse av at hverdagen er begripelig, håndterbar og meningsfull (Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014). Sosial kapitals positive innvirkning på livskvalitet kan dermed knyttes til Antonovskys teorier om salutogenese (Antonovsky, 1987). Sosial kapital er også vist å styrke selvfølelse (Han, 2015; Schultz et al., 2008). Selvfølelse handler om i hvilken grad individet verdsetter, liker og aksepterer seg selv (Hewitt, 2020) og er vist å ha positiv sammenheng med livskvalitet (Wiesmann & Hannich, 2013). Det er sannsynlig at disse virkningsmekanismene er gjeldene også i Norge og i Agder, men det vil være behov for longitudinelle befolkningsstudier og kvalitative dybdeundersøkelser for å øke kunnskapen om hvorfor sosial kapital er positivt assosiert med global livskvalitet og hvordan sammenhengene påvirker hverandre.

Sosial kapital kan også fungere som en beskyttelse mot stress og utfordringer (Helliwell et al., 2017; Helliwell et al., 2016; Uphoff et al., 2013). Ut fra dette er det naturlig å tenke at sosial kapital vil være spesielt viktig for livskvalitet i grupper som lever med større utfordringsnivå, for eksempel knyttet til arbeid og økonomi (Uphoff et al., 2013). Samtidig er det vist at grupper fra lavere sosioøkonomiske lag har mindre tilgang til sosial kapital (Nieminen et al., 2008; Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014; Uphoff et al., 2013) og at sosial kapital dermed kan bidra til å øke forskjellene i livskvalitet mellom ulike sosioøkonomiske grupper

(Poortinga, 2006; Uphoff et al., 2013). Agder har større sosiale ulikheter i helse enn Norge som helhet (Agder Fylkeskommune, 2022; Folkehelseinstituttet, 2021a). Det er ikke testet for variasjon i sosial kapital mellom de ulike sosiodemografiske gruppene i denne studien, men det er sannsynlig at det også i Agder er forskjeller i sosial kapital knyttet til sosiodemografi. Det er dermed mulig at variasjoner i sosial kapital kan være med å forklare og opprettholde de sosiale ulikhetene i helse som finnes i Agder.

Sosial kapital er hevdet å ha større betydning for livskvalitet i samfunn der den sosiale kapitalen total sett er høy (Elgar et al., 2011). Det er samtidig vist at en fordeling mellom bonding, bridging og linking sosial kapital er essensielt for at sosial kapital skal virke positivt i lokalsamfunn (Claridge, 2018; Szreter & Woolcock, 2004). Data fra Folkehelseundersøkelsen i Agder, som ble benyttet i denne studien, viste at Agder har en høyere deltakelsesandel i organiserte aktiviteter enn det som ble funnet i de øvrige fylkene som gjennomførte folkehelseundersøkelser i 2019 (Skogen et al., 2020). Samtidig viste denne studien at nivå for tillit og tilhørighet var tilnærmet som gjennomsnittsverdiene i Norge basert på 2019 tallene (Nes et al., 2020). Men det er mangelfull kunnskap om nivå og fordeling av sosial kapital totalt sett i ulike regioner av Norge. Det er dermed vanskelig å dra slutninger om i hvilken grad den sosiale kapitalen i Agder er høy eller lav, og om hvordan fordelingen mellom de ulike formene for sosial kapital er i fylket. Et samfunn med høy sosial kapital vil fremme samarbeid, likeverd og gjensidighet (Putnam, 1993; Putnam, 2000) og bidra til en aktiv involvering av innbyggere i egen hverdag, noe som vil gi en positiv effekt på livskvalitet i hele befolkningen (Eriksson, 2011; Vemuri et al., 2011). Dette vil igjen legge til rette for helsefremmende og støttende lokalmiljøer (Mohnen et al., 2012). Det er dermed sannsynlig at et økt nivå, og en jevnere fordeling av, sosial kapital i befolkningen i Agder vil ha positiv innvirkning på levekårsutfordringene i fylket.

Sosial støtte var i denne studien, sammen med ensomhet, den faktoren som viste sterkest sammenheng med livskvalitet. Blant dem som oppga høy sosial støtte, opplevde tre av fire høy global livskvalitet, mot knappe en av fem i gruppen som oppga lav sosial støtte. I den fulle modellen ga høy sosial støtte tre ganger så høy odds for høy global livskvalitet. Dette er i overensstemmelse med resultater fra tidligere forskning som har vist at sosial støtte er den enkeltfaktoren som bidrar sterkest til å forklare ulikheter i livskvalitet mellom mennesker verden over (Helliwell et al., 2009) og i alle aldersgrupper (Appau & Churchill, 2020; Arslan, 2018; Helliwell et al., 2017). Det å oppleve høy sosial støtte har sammenheng med nettverk, tette relasjoner, deltakelse, intimitet, lave konfliktnivåer og høy selvfølelse

(Folkehelseinstituttet, 2014a; Lakey & Cohen, 2000). Alle disse faktorene har positiv innvirkning på livskvalitet og kan bidra til å forklare den direkte virkningen sosial støtte har på livskvalitet (Lakey & Cohen, 2000; Wahl et al., 2010; Wiesmann & Hannich, 2013). Sosial støtte er også vist å kunne fungere som en buffer mot stress og dermed øke sannsynlighet for høy livskvalitet uavhengig av livsutfordringer (Cobb, 1976; Cohen, 2004). I tråd med dette er sosial støtte vist å kunne redusere den negative effekten det å leve i lavere sosiale lag har på livskvalitet (Yan et al., 2021).

Sosial støtte kan ses på som en form for horisontal, eller bonding, sosial kapital og har utspring i tillitsfulle og tette relasjoner mellom nære medlemmer som deler en felles sosial identitet (Putnam, 2000; Szreter & Woolcock, 2004). I dette datamaterialet fra Agder ble det funnet at rundt 90 % opplevde høy eller middels høy sosial støtte. Det var imidlertid 10 % i utvalget som opplevde lav sosial støtte. Det er hevdet at samfunn med sterke bånd og høy grad av bonding sosial kapital, kan ha en negativ effekt i form av at det er vanskelig for individer som er annerledes å få innpass i fellesskapet (Putnam, 2000). Agder har flere utfordringer knyttet til levekår i form av lav sysselsettingsgrad, økende inntektsulikheter og andel barn i lavinntektsfamilier, i tillegg til en høy andel på uføretrygd, spesielt blant unge (Agder Fylkeskommune, 2022; Folkehelseinstituttet, 2021a). På tross av at utfordringer knyttet til levekår er løftet fram og satt på dagsorden i Agder i flere tiår (Røed, 1993; Skåltveit Olsen & Jentoft, 2010), er situasjonen uendret i dag (Agder Fylkeskommune, 2019, 2022). Det er også vist at mange av utfordringene går i arv, det er større sjanse for selv å havne utenfor arbeidslivet om man har vokst opp med foreldre som er uføre (Kristensen et al., 2004; Strand et al., 2015). Det er mulig at den høye forekomsten av bonding sosial kapital som finnes i Agder, kan være med på å opprettholde utenforskap for dem som ikke er en del av det eksisterende tette fellesskapet. Folkehelseundersøkelsen er en tverrsnittstudie og det er ikke mulig å dra slutninger om kausalitet. Det er dermed usikkert om høy sosial støtte fører til høy livskvalitet, eller om det er høy livskvalitet som gir tilgang på høyere sosial støtte. Det er imidlertid sannsynlig at utfordringer knyttet til mangel på tilgang på sosial støtte, kan være med å bidra til å opprettholde ulikhetene som finnes i Agder.

De sterke sammenhengene mellom høy sosial støtte og høy global livskvalitet vedvarte etter at de sosiodemografiske variablene ble introdusert. Dette tyder på at sosial støtte har betydning for livskvalitet uavhengig av sosiodemografi. Dette støttes av forskning som sier at sosial støtte er viktig på tvers av aldersgrupper (Appau & Churchill, 2020; Arslan, 2018; Helliwell et al., 2017) og sosioøkonomisk status (Henriques et al., 2020; Wight et al., 2006). Denne

studien viste imidlertid at betydningen av sosial støtte ble noe redusert når fysisk aktivitet, langvarige helseplager og ensomhet ble introdusert. Dette kan sannsynligvis forklares ved at en av måtene sosial støtte påvirker livskvalitet på, er gjennom å redusere ensomhet (Chen & Feeley, 2014; Zhao & Wu, 2022).

Tre av fire i denne studien oppga at de deltok i en eller annen form for organisert aktivitet eller frivillig arbeid på fritida. Agder har en høyere andel som deltar både i organiserte aktiviteter og i uorganiserte aktiviteter, sammenliknet med de øvrige fylkene (Troms og Finnmark, Hordaland og Sogn og Fjordane) som gjennomførte folkehelseundersøkelse i 2018 og 2019 (Skogen et al., 2020). I den fulle modellen økte oddsen for høy global livskvalitet, med 20 % for dem som rapporterte at de deltok i en form for organisert fritidsaktivitet eller frivillig arbeid, sammenliknet med dem som aldri deltok. Det er mulig at deltakelse kunne fått ytterligere betydning om det hadde blitt skilt mellom dem som deltok sjelden og dem som deltok ofte. Deltakelse er vist å ha stor betydning for livskvalitet (Cuypers et al., 2012; Lee et al., 2008; Lezzi & Deriu, 2014) og kan bla virke positivt på livskvalitet ved å styrke nettverk og gi tilgang på sosial støtte (Abbott, 2010) og ved å gi økt opplevelse av tillit og tilhørighet (Lezzi & Deriu, 2014). Sosial støtte, tillit og tilhørighet er alle elementer av sosial kapital som beskrives i denne oppgaven. Deltakelse er også vist å virke positivt på aggregert nivå, ved at høy deltakelse blant innbyggerne vil gi et mer velfungerende og inkluderende lokal samfunn (Abbott, 2010; Putnam, 1993). Den høye deltakelsesandelen som ble funnet i dette materialet fra Agder kan således bidra til å forklare den forholdsvis høye globale livskvaliteten som ble funnet i fylket.

Litteraturen viser imidlertid at deltakelse er ujevnt sosialt fordelt (Bowling & Stafford, 2007; Kameråde et al., 2015). Norge og de nordiske landene har generelt høy deltakelsesandel i frivillige organisasjoner (Arnesen et al., 2013), men deltakelsen er også her sosialt skjevfordelt (Saltkjel & Malmberg-Heimonen, 2014), og ulikhetene i deltakelse er langt større i Norge enn i de øvrige nordiske land (Arnesen et al., 2013; Enjolras & Wollebæk, 2010). Det er vist en tilsvarende skjevfordeling i Agder, deltakelsesandelen økte med økende utdanning og det var nesten dobbelt så høy deltakelse i grupper med høy utdanning sammenliknet med dem med bare grunnskole (Skogen et al., 2020). Det er mulig at den høye deltakelsen i frivilligheten i Agder, og spesielt blant høyt utdannede, ressurssterke mennesker, kan bidra til å skape en barriere for deltakelse for noen grupper i samfunnet.

Tillit ble i denne studien vurdert i form av generalisert tillit, som handler om at folk flest er til å stole på (Igarashi et al., 2008). Forskning viser at tillit er viktig for å bygge samfunn som



fremmer livskvalitet og helse (Holmberg & Rothstein, 2017). I tråd med forskning som viser at tillit har stor betydning for livskvalitet (Helliwell & Wang, 2011), ble det også i dette materialet funnet at tillit var signifikant assosiert med høy global livskvalitet. Gjennomsnittlig tillit var 7,9 i gruppen som opplevde høy global livskvalitet, mot 6,3 i gruppen med lav global livskvalitet. Gjennomsnittlig skår for generalisert tillit for hele utvalget fra Agder ble funnet til 7,2 på en skala fra 0 til 10. Dette er marginalt høyere enn det som rapporteres på landsnivå der gjennomsnittlig skår for tillit er funnet til 7,1 (Nes et al., 2020). Generalisert tillit kan ses på som en form for bridging sosial kapital (Igarashi et al., 2008; Woolcock, 1998). Denne formen for sosial kapital er essensiell for å skape et åpent og tolerant samfunn basert på gjensidig tillit, respekt og engasjement (Szreter & Woolcock, 2004). Det er vist at det i Norge er høye nivåer av tillit i befolkningen og at det er en positiv sammenheng mellom tillit i nære relasjoner og tillit til fremmede og styresmakter (Enjolras & Wollebæk, 2010; Wollebæk & Seggaard, 2011). De høye nivåene av tillit i Norden er delvis forklart med bakgrunn i små økonomiske skiller i befolkningen og at tillit er større i egalitære samfunn (Rothstein & Uslaner, 2005; Wollebæk & Seggaard, 2011). Agder har imidlertid større grad av sosial og økonomisk ulikhet enn Norge som helhet (Agder Fylkeskommune, 2022; Folkehelseinstituttet, 2021a), men det ser ikke ut til at dette har påvirket befolkningens gjennomsnittlige nivå av tillit i større grad. De økonomiske og sosiale ulikhetene øker i Norge, det blir dermed viktig å følge utvikling i nivå av tillit, for å se om befolkningens opplevelse av tillit vil endres i takt med at ulikhetene øker.

Gjennomsnittlig skår for stedstilhørighet for utvalget i denne studien ble funnet til 7,4, noe som er i tråd med gjennomsnittsfunn for Norge (Nes et al., 2021). Opplevelse av å høre til på stedet man bor var signifikant assosiert med høy global livskvalitet. Gjennomsnittlig skår for tilhørighet var 6,3 i gruppen som oppga lav global livskvalitet, mot 8,3 i gruppen som oppga høy global livskvalitet. I den fulle modellen ga stedstilhørighet 21% høyere odds for høy global livskvalitet. Dette samsvarer med forskning som viser at tilhørighet gir forutsigbarhet og trygghet (Carlquist, 2015) og økt livskvalitet på individ- og samfunnsnivå (Arslan, 2021; Helliwell et al., 2017; Nes et al., 2020; Roffey, 2013). Betydningen av tilhørighet for global livskvalitet var konsistent etter at det var kontrollert for sosiodemografiske variabler. Dette tyder på at tilhørighet har betydning for global livskvalitet på tvers av sosiodemografiske grupper.

Tilhørighet ble i denne studien vurdert ut fra å høre til på stedet der du bor. Stedstilhørighet handler om emosjonelle bindinger mellom steder og mennesker (Hernández et al., 2020).

Begrepet er komplekst og kan omfatte opplevelse av å passe inn både i de fysiske omgivelsene og blant menneskene som bor der (Hernández et al., 2020). Det er vist at den sosiale tilknytningen har større betydning enn den fysiske (Hidalgo & Hernandez, 2001). Det er sannsynlig at respondentene i denne studien har vektlagt ulike sider av det å oppleve tilhørighet til hjemstedet sitt, og hatt ulikt fokus på sosiale og fysiske sider av det å oppleve tilhørighet. Det er imidlertid lite sannsynlig at det har vært systematiske forskjeller mellom respondenter med høy og lav global livskvalitet, knyttet til hvordan de har vektlagt spørsmålet. Mulige skjevheter diskuteres nærmere i kapittel 6.6.

I tillegg til å undersøke sammenhengene mellom sosial kapital og global livskvalitet, var målet med denne studien å se på hvilken betydning de sosiodemografiske faktorene hadde for disse sammenhengene. Dette vil beskrives i det neste kapittelet.

#### 6.4 Sosiodemografi og global livskvalitet

Denne studien viste at alle de sosiodemografiske variablene, med unntak av utdanning, hadde signifikant betydning for global livskvalitet etter at de øvrige variablene i studien var kontrollert for. Studien viste også at sosial kapital i stor grad beholdt sin assosiasjon med global livskvalitet etter at det var kontrollert for sosiodemografiske faktorer. Dette tyder på at sosial kapital har avgjørende betydning for livskvalitet uavhengig av sosiodemografiske grupper.

Studien viste at kvinner oppga en høyere global livskvalitet enn menn. Dette er i tråd med funnene fra Nes og medarbeidere (2020) sin gjennomgang av data fra folkehelseundersøkelsene i 2019, som viste at kvinner i de fleste fylkene skårte signifikant høyere enn menn på spørsmålene om fornøydhet med livet og opplevelse av mening. Forskjellene mellom kjønnene var imidlertid små (Nes et al., 2020). Internasjonalt spriker imidlertid forskningen når det gjelder hvilken betydning kjønn har for livskvalitet (Batz-Barbarich & Tay, 2017; Portela et al., 2013) og dette forklares med at studiene har vektlagt ulike sider av livskvaliteten og at betydning av kjønn varierer ut fra hvilken del av livskvalitet man vurderer (Batz-Barbarich & Tay, 2017). Dette ser vi også i de norske livskvalitetsundersøkelsene (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Det er dermed sannsynlig at funnene kunne vært annerledes om studien hadde inkludert andre deler av livskvaliteten enn den globale. Agder har flere kvinner i deltidsarbeid og færre kvinner i lederstillinger enn Norge som helhet (Agder Fylkeskommune, 2019), men Norge har

imidlertid en høy grad av likestilling mellom kjønnene sammenliknet med andre land (FN-Sambandet, 2020). Dette er pekt på som avgjørende for hvordan livskvaliteten vil fordele seg mellom kvinner og menn (Batz-Barbarich & Tay, 2017; Tesch-Römer et al., 2008) og kan være en årsak til at kvinner rapporterer høyere global livskvalitet enn menn i denne studien.

Det er også verdt å ta med seg at svarprosenten i Folkehelseundersøkelsen i Agder var lavere blant menn enn kvinner, og spesielt lav blant de yngre mennene. Sosiodemografi er avgjørende for i hvor stor grad man velger å besvare spørreundersøkelser (Antonsen, 2005). Det kan tenkes at forskjellene mellom kjønnene kunne vært enda større, da det er sannsynlig at det har vært større skjevheter i seleksjon av hvilke unge menn som besvarte undersøkelsen. På den annen side er det i analysene kontrollert for øvrige sosiodemografiske variabler, noe som reduserer sannsynligheten for at mulige skjevheter har hatt betydning for resultatene. Seleksjonsskjevhet blir drøftet nærmere i kapittel 6.6.2.

Studien viste at alder hadde stor betydning for livskvalitet. I den fulle modellen hadde aldersgruppen 50-69 år, 89 % høyere odds for høy livskvalitet enn den yngste gruppen, og de eldste (70+) hadde 78 % høyere odds for høy livskvalitet. Dette er i overenstemmelse med tidligere funn i Norge som viser at livskvaliteten er høyere blant eldre enn yngre i Norge (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Alle disse undersøkelsene er tverrsnittstudier og vil dermed ikke kunne gi endelige svar på om den lavere livskvaliteten i de yngre gruppene er knyttet til forbigående utfordringer rundt perioden som ung voksen, og at livskvaliteten for de som er unge i dag, dermed vil øke i takt med at de blir eldre, eller om den yngre delen av befolkningen vil ta med seg den lavere skåren på livskvalitet inn i de eldre aldersgruppene. Det er pekt på at sosioøkonomiske faktorer, som inntekt og tilknytning til arbeidslivet, kan forklare forskjellene mellom aldersgruppene (Easterlin, 2006). Ut fra dette vil det kunne antas at de yngre gruppene vil utvikle høyere livskvalitet etter hvert som de sosioøkonomiske forholdene bedres med økende alder. Denne studien viste imidlertid at alder fortsatt hadde en avgjørende betydning for livskvalitet etter at det var kontrollert for øvrige sosiodemografiske faktorer, i tillegg til fysisk aktivitet, ensomhet og langvarige helseplager. Det kan dermed antas at det også må være andre forhold knyttet til alder som har betydning, og at det er et sammensatt årsaksbilde som fører til at de eldste aldersgruppene skårer høyere på livskvalitet enn yngre. Folkehelseundersøkelsen i Agder viste at de yngste aldersgruppene generelt kom dårligst ut på en rekke utfallsmål (Skogen et al., 2020). Flere av disse kan ha hatt betydning, og videre analyser vil kunne gi ytterligere kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til aldersforskjeller i livskvalitet. Det er samtidig pekt på at livskvalitet ser ut til å falle

blant ungdom og unge voksne i Norge (Hellevik & Hellevik, 2021). Flere folkehelsemeldinger framhever livskvalitet som et mål for helsepolitikken i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015, 2019). Det er urovekkende at de yngre generasjonene går i gal retning av disse målene. Mye av årsaken til reduksjon i livskvalitet hos de yngste er forklart med fallende framtidstro (Hellevik & Hellevik, 2021). Fallet i livskvalitet blant unge ser imidlertid ut til å være et norsk fenomen og har ikke funnet sted i de øvrige nordiske land (Hellevik & Hellevik, 2021; Helliwell et al., 2020). Årsakene til dette er ikke kjent.

Det å være i et parforhold er vist å ha positiv innvirkning på livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2004; Helliwell et al., 2017; Portela et al., 2013; Stronge et al., 2019). Dette er også vist i de norske livskvalitetsundersøkelsene (Nes et al., 2020; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Det er antatt at mye av de positive effektene et parforhold gir har bakgrunn i at partneren gir sosial støtte (Grover & Helliwell, 2019; Stronge et al., 2019). Denne studien basert på Folkehelseundersøkelsen i Agder, viste imidlertid at det å leve i et parforhold ga økt sannsynlighet for høy livskvalitet, også etter at sosial støtte var kontrollert for. Dette tyder på at det å leve i et parforhold også må virke på andre måter enn gjennom sosial støtte.

Sammenhengen mellom sivilstatus og global livskvalitet avtok noe når det ble kontrollert for fysisk aktivitet, ensomhet og langvarige helseplager. Ensomhet var en sterk negativ driver for livskvalitet og det er vist at aleneboende opplever større grad av ensomhet (Nes et al., 2020). I denne studien ble det ikke skilt på ulike former for parforhold. Både gifte, samboere og kjærester som ikke bor sammen, ble inkludert i gruppen «i et parforhold». Det er mulig at resultatene hadde blitt annerledes om studien hadde skilt på ulike former for parforhold.

Utdanning var signifikant assosiert med global livskvalitet før det ble kontrollert for øvrige variabler i modellen, men mistet sin betydning i den fulle regresjonsanalysen. Dette er i tråd med forskning som hevder at utdanning virker inn på livskvalitet gjennom å påvirke andre kjente drivere for livskvalitet, som tilknytning til arbeidsliv og inntekt (Kristoffersen, 2018; Mackenbach, 2019; Powdthavee et al., 2015). Det er sannsynlig at årsaken til at utdanning mistet sin betydning når det ble kontrollert for øvrige sosiodemografiske variabler, er at inntekt og tilknytning til arbeidsliv, «nøytraliserte» betydningen av utdanning.

Arbeidstilknytning og inntekt har stor betydning for livskvalitet (Blanchflower & Oswald, 2004; Fleche et al., 2012; Lee et al., 2020; Nes et al., 2020; Portela et al., 2013; Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Dette ble også funnet i denne studien, og sammenhengen mellom både tilknytning til arbeidslivet og opplevd økonomi og global livskvalitet, vedvarte etter at øvrige faktorer i modellen var kontrollert for. Det å være i ulike former for arbeid ga

en doblett odds for høy livskvalitet, sammenliknet med å stå utenfor arbeidslivet. De som oppga at det var lett å få pengene til å strekke til, hadde 45% høyere odds for høy livskvalitet enn gruppen som oppga at det var vanskelig. Det er imidlertid ikke mulig å fastslå hvilken vei sammenhengen går. Det er sannsynlig at en interessant jobb og høy inntekt gir høy livskvalitet, men det kan også være motsatt, at det å ha høy livskvalitet er en ressurs i seg selv som gir økt sannsynlighet for at mennesker skal kunne skaffe seg en god jobb og inntekt. Studien viste også at pensjonistene generelt skårte høyt på livskvalitet. Dette tyder på en ressurssterk pensjonistgruppe, noe som vil være positivt med tanke på de kommende demografiske endringene med økende antall eldre (Statistisk sentralbyrå, 2022).

I tillegg til sosial kapital og sosiodemografi er det flere andre faktorer som kan påvirke livskvalitet i befolkningen. Denne studien valgte å involvere tre øvrige faktorer som er vist å ha sammenheng med livskvalitet. Sammenhengen mellom fysisk aktivitet, ensomhet og langvarige helseplager vil diskuteres i det neste kapittelet.

### 6.5 Fysisk aktivitet, ensomhet, langvarige helseplager og global livskvalitet

Fysisk aktivitet, ensomhet og langvarige helseplager er kjente faktorer som påvirker livskvalitet (Barstad, 2021; Nes et al., 2020; Nes et al., 2021; Støren & Rønning, 2021). Faktorene har også sammenheng med sosiodemografiske variabler og sosial kapital og vil dermed kunne virke som konfunderende variabler. Som et eksempel kan det tenkes at noe av effekten deltakelse har på livskvalitet, skyldes at deltakelse virker gjennom å gi mindre ensomhet eller økt fysisk aktivitet.

I denne studien ble det funnet at 80 % av respondentene i det analytiske utvalget var fysisk aktive. Dette kan synes høyt da vi vet at bare 30 % av befolkningen i Norge oppfyller minimumsanbefalingene om fysisk aktivitet tilsvarende 150 minutter moderat aktivitet, eller 75 minutter høyintensiv fysisk aktivitet per uke (Helsedirektoratet, 2019). Fysisk aktivitet, slik det ble målt i denne studien, omhandlet imidlertid ikke varighet eller intensitet på aktiviteten. I analysen ble det ikke skilt på hyppighet av fysisk aktivitet, alle som hadde svart at de var fysisk aktive minimum en gang per uke, ble betegnet som fysisk aktive. Gruppen fysisk aktive inkluderte dermed også respondenter som ikke oppfyller de norske minimumsanbefalingene. I Folkehelseundersøkelsen i Agder er det flere spørsmål som omhandlet fysisk aktivitet og bare 18 % oppga å være moderat fysisk aktive minimum 30 minutter fire dager i uka eller mer (Skogen et al., 2020). Fysisk aktivitet har stor betydning for

helse og livskvalitet (Ellingson et al., 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Hyde et al., 2013). Dette ble også vist i denne studien, det var en signifikant sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet. Fysisk aktivitet minimum en gang i uka ga 15 % økt odds for høy livskvalitet sammenliknet med aldri eller sjelden å være fysisk aktiv. Det er imidlertid mulig at fysisk aktivitet kunne vist en enda sterkere sammenheng med livskvalitet, om variabelen hadde blitt beholdt gradert etter hyppighet av aktivitet, og det hadde blitt utført sammenlikninger mellom de som oppfylte helsemyndighetenes anbefalinger om fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2019), de som var fysisk aktive, men ikke tilstrekkelig til å oppnå anbefalingene og de som sjelden/aldri var fysisk aktive.

Ensomhet er en subjektiv opplevelse av mangelfull sosial kontakt (Hawkley & Cacioppo, 2010) og er sterkt assosiert med livskvalitet (Barstad, 2021; Lyyra et al., 2021; Støren et al., 2020). I denne studien var ensomhet, sammen med sosial støtte, den faktoren som viste sterkeste sammenheng med livskvalitet, både før og etter kontroll av øvrige variabler. Sosial støtte og ensomhet beskriver mye av det samme. Begge er knyttet til nettverk og sosiale relasjoner, men der sosial støtte handler om tilgjengelighet til ressurser i nettverket, handler ensomhet om opplevelser og følelser knyttet til nettverkets tilgjengelighet (Utz et al., 2014). Forenklet innebærer manglende sosial støtte å være alene, mens ensomhet beskriver følelsen av å være alene (Utz et al., 2014). Sosial støtte og ensomhet er imidlertid tett knyttet til hverandre og det er vist at lav sosial støtte gir økt sannsynlighet for ensomhet (Utz et al., 2014; Wang et al., 2018; Zhao & Wu, 2022). SSB sine livskvalitetsundersøkelser fra 2020 og 2021 viste at ensomhet og lav livskvalitet har sterk sammenheng (Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). I 2021 oppga 62 % av de som var mye plaget av ensomhet å være lite tilfredse med livet og i 2022 var dette gjeldende for 68 %. Samtidig var det bare en av ti i gruppen som ikke var plaget av ensomhet, som oppga lav livskvalitet (Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Sammenhengene som ble funnet i denne studien, var enda sterkere, 85% av gruppen som ofte eller svært ofte var ensomme, hadde lav global livskvalitet. I den fulle modellen ga det å aldri eller sjelden oppleve ensomhet tre ganger så høy odds for høy livskvalitet, sammenliknet med å ofte eller svært ofte å være ensom. Ensomhet innebærer psykisk smerte og bidrar negativt i dagliglivet på mange ulike måter (Barstad, 2021). Det er dermed ikke overraskende at ensomhet gir økt risiko for lav livskvalitet. Tverrsnittstudier kan ikke gi svar på kausalitet og det er usikkert om det er ensomhet som gir lav livskvalitet, eller om det er det å ha lav livskvalitet som fører til ensomhet. Det er sannsynlig at det å oppleve ensomhet har negativ innvirkning på livskvalitet, men det kan også tenkes at det å oppleve lav

global livskvalitet, kan føre til at man både får mindre tilgang til sosiale fellesskap og at man opplever de sosiale kontaktene man har som mangelfulle.

Nesten halvparten av respondentene, 46 %, i Folkehelseundersøkelsen i Agder oppga å ha langvarig sykdom eller plager (Agder Fylkeskommune, 2022) . Tilsvarende ble funnet for det analytiske utvalget i denne studien. Dette kan synes som et høyt antall, da det er anslått at rundt 30 % av den voksne befolkningen i Norge lever med kronisk sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Spørsmålet som er analysert i denne studien er imidlertid vidt og stiller ikke krav til diagnose utover at sykdommen eller plagen skal ha vart over tid. Det er sannsynlig at gruppen som har svart ja på spørsmålet om langvarig sykdom eller plage er en mangfoldig gruppe som omfatter alt fra lettere plager til mer alvorlig sykdom. Det ble likevel funnet en signifikant sammenheng mellom langvarig sykdom og livskvalitet. I den fulle modellen var det 41% høyere sannsynlighet for høy global livskvalitet blant dem som ikke oppga å ha langvarige sykdommer/helseplager, sammenliknet med dem som hadde dette. Dette er i tråd med funn fra livskvalitetsundersøkelsene som viser at helseplager gir økt sannsynlighet for redusert livskvalitet (Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Resultatene hadde imidlertid blitt lettere å tolke om det hadde vært inkludert et spørsmål om hvorvidt sykdommen/helseplagen førte til funksjonsnedsettelse (Patrick et al., 2000).

## 6.6 Metodediskusjon

De neste avsnittene vil ta for seg styrker og svakheter ved studien og metodene som er benyttet.

### 6.6.1 Valg av studiedesign og forskningsmetode

Målet med denne studien var å undersøke sammenhengene mellom sosial kapital, sosiodemografiske forhold og global livskvalitet. En kvantitativ tverrsnittstudie er godt egnet til å vurdere prevalens av fenomener og utforske sammenhenger mellom ulike eksponeringer og utfall på et gitt tidspunkt (Drageset & Ellingsen, 2009; Webb et al., 2019). I en kvantitativ tverrsnittstudie kan store utvalg undersøkes uten krav til store ressurser (Drageset & Ellingsen, 2009). Denne metoden gir derfor rom for store, representative utvalg og gir resultater som er mulig å sammenlikne på tvers av populasjoner. Kvantitative metoder gir imidlertid ikke anledning til å gå i dybden og utforske enkeltindividens oppfatning og situasjon (Malterud, 2011). Til dette kreves et kvalitativt forskningsdesign.

En tverrsnittstudie kan heller ikke si noe om kausalitet. Det kan derfor ikke trekkes endelige slutninger om i hvilken retning sammenhengene i denne studien går, om høy sosial kapital gir økt livskvalitet, eller om forholdet går i motsatt retning, at høy livskvalitet gir økt sosial kapital (Webb et al., 2019).

Denne studien er basert på data fra den allerede foreliggende folkehelseundersøkelsen i Agder. Valget av variabler var dermed gitt innenfor disse rammene. Folkehelseundersøkelsen har som mål å dekke et vidt spekter av områder knyttet til helse, livskvalitet og levekår, og spørsmålene var ikke utarbeidet med hovedfokus å se på sammenhenger mellom sosial kapital og livskvalitet. Det eksisterende materialet fra Folkehelseundersøkelsen i Agder ga imidlertid rask tilgang til et stort datamateriale med høy svarprosent og kvalitetssikrede spørsmål. Fordelene med dette ble vurdert som større enn ulempen med å ikke kunne tilpasse spørsmålene spesifikt.

Et stort analytisk utvalg, slik som benyttet i denne studien, gir redusert risiko for å trekke feil konklusjoner om totalbefolkningen basert på utvalget. P- verdiene som ble funnet ved testing av assosiasjoner mellom variablene, var i hovedsak under  $P=0,001$ . Det store utvalget øker styrken i studien og reduserer risikoen for type 2 feil, som vil si å ikke avdekke sammenhenger som eksisterer i virkeligheten (Webb et al., 2019). For å redusere sannsynligheten for type 1 feil, som vil si at resultatene viser sammenhenger som ikke er reelle, kunne signifikansnivået ha vært satt lavere enn  $p=0,05$ . Et signifikansnivå på  $p=0,05$  ble imidlertid beholdt da dette er vanlig å bruke (Webb et al., 2019).

Livskvalitet er et resultat av et komplekst samspill av faktorer (Naidoo & Wills, 2016). Det er dermed mange andre faktorer enn de denne studien tar for seg, som har avgjørende betydning for livskvalitet. Modellen i studien bidro til å forklare 39 % av variasjonen i livskvalitet, og selv om dette er en relativt god forklaringsgrad, viser det at mye av variasjonen i global livskvalitet forklares av andre faktorer som ikke ble inkludert i studien.

#### 6.6.2 Studieutvalg, mulige skjevheter og generaliserbarhet

En tverrsnittstudie har som mål å trekke slutninger om totalpopulasjonen basert på et representativt utvalg. Utvalgets representativitet, både i forhold til studiepopulasjonen og i forhold til andre populasjoner, er dermed avgjørende for generaliserbarheten til studien (Grønmo, 2004; Webb et al., 2019). Det ble gjort et grundig forarbeide i forkant av folkehelseundersøkelsen for å legge til rette for representative utvalg fra hele Agder.



Svarprosenten var på 45,5%, noe som er høyt sammenliknet med tilsvarende undersøkelser (Skogen et al., 2020).

Det er imidlertid vanskelig å vite noe sikkert om gruppen som ikke besvarte undersøkelsen og seleksjonsskjevhet, systematiske forskjeller mellom de som besvarte undersøkelsen og de som ikke gjorde det, kan ha forekommet (Webb et al., 2019). Deltakelse i undersøkelsen var frivillig og det er tidligere vist at sosiodemografi har betydning for svarprosent i befolkningsundersøkelser. Kvinner og personer fra øvre sosioøkonomiske lag, er mer tilbøyelig til å besvare spørreundersøkelser som Folkehelseundersøkelsen i Agder (Antonsen, 2005; Galea & Tracy, 2007). Studiepopulasjonen hadde en større andel med høyere utdanning (48%) og en lavere andel med ungdomsskole som høyeste fullførte utdanning (12%) enn den reelle befolkningen i Agder der 31% har høyere utdanning og 24,5% har ungdomsskole (Agder Fylkeskommune, 2022). Tilsvarende hadde studiepopulasjonen en noe høyere andel kvinner enn menn (53% mot 47%), mens det i realiteten er en liten overvekt av menn i befolkningen i Agder (Agder Fylkeskommune, 2022). Dette tyder på at det har vært en seleksjonsskjevhet i utvalget i form av at høyt utdannede og kvinner i større grad har besvart undersøkelsen.

Det var også en tydelig skjevhet basert på alder, de yngste aldersgruppene var underrepresentert i utvalget. Lavest svarprosent var det i gruppen yngre menn (Skogen et al., 2020). Det er dermed naturlig å tenke seg at utfordringene knyttet til skjevheter mellom deltakere i studien og de som valgte å ikke delta, kan ha vært større blant de yngste, og spesielt blant yngre menn. Studiedeltakelse innebar å besvare et spørreskjema som ble sendt ut på e- post og informert om via e- post og SMS. Det er sannsynlig at både språk og datatekniske utfordringer kan ha hindret noen fra å svare og dermed bidratt til seleksjonsskjevhet. Spørreskjemaet var på norsk og ekskluderte respondenter som ikke behersket det norske språket. Det er vist at det er store sosioøkonomiske ulikheter blant eldre i bruk av internett (Hunsaker & Hargittai, 2018). Spesielt i de eldste gruppene er det dermed trolig at det kan ha forekommet skjevheter i hvem som deltok, knyttet til digitale ferdigheter. Sammenhengene mellom sosial kapital og global livskvalitet ble imidlertid kontrollert for sosiodemografi og andre konfunderende variabler. Dette gjør at utfordringene knyttet til seleksjonsskjevhet reduseres og øker generaliserbarheten til resultatene.

For å ta bort usikkerheten rundt manglende svar på enkeltspørsmål, ble det laget et analytisk utvalg der respondenter med manglende svar på en eller flere av variablene som skulle undersøkes, ble fjernet. Det var lite som skilte den totale studiepopulasjonen fra det analytiske

utvalget både med hensyn til sosiodemografi, skår på sosial kapital, fysisk aktivitet, ensomhet og forekomst av langvarige helseplager. Det er dermed lite sannsynlig at det har vært systematiske forskjeller mellom respondentene som ble fjernet og de som ble analysert.

Resultatene som ble funnet i studien er i stor grad sammenfallende med funn fra tidligere studier som har vurdert sammenhenger mellom sosial kapital, sosiodemografi og livskvalitet. Dette styrker sannsynligheten for at resultatene kan generaliseres (Ringdal, 2018).

### 6.6.3 Validitet og reliabilitet

Validitet handler om å måle det man har som formål å måle (Ringdal, 2018; Webb et al., 2019). Det er vanlig å skille på intern validitet, gyldighet innenfor studieutvalg, og ekstern validitet, også kalt generaliserbarhet. Generaliserbarhet handler om representativitet til utvalg i forhold til populasjon og overføringsverdi til andre kontekster (Grønmo, 2004; Webb et al., 2019). Generaliserbarhet ble beskrevet i avsnitt 6.6.2. Reliabilitet handler om at gjentatte målinger skal gi de samme resultatene, altså om målemetodene er til å stole på (Webb et al., 2019).

Denne studien benyttet ferdig innsamlede data fra Folkehelseundersøkelsen i Agder 2019. Måleverktøy og datainnsamlingsmetode var dermed ivaretatt av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Agder fylkeskommune (Skogen et al., 2020) og ikke mulig å påvirke. Folkehelseundersøkelsen i Agder er basert på kjernemodulen utviklet for de nasjonale folkehelseundersøkelsene (Skogen et al., 2020) og inkluderte det anbefalte minimumsbatteriet for måling av livskvalitet (Nes et al., 2020). Spørsmålene var grundig gjennomgått, analysert og prøvd ut av Folkehelseinstituttet, noe som gir høy sannsynlighet for at spørreskjema både har høy reliabilitet og validitet. Kjernemodulen for folkehelseundersøkelsene er utarbeidet med formål å kunne skape standardiserte spørsmål som gir repeterbare (reliable) resultater (Nes et al., 2018). Samtidig benytter modulen standardiserte måleverktøy, som tidligere er vist å måle det som er ønsket å måle. Sosial støtte ble målt ved å bruke standardisert prosedyre Oslo 3 Social Support Scale (OSSS-3). Målemetoden er benyttet i flere tidligere studier og antatt å være valid (Bøen et al., 2012). Utfallsmålet i denne studien, global livskvalitet, er en konstruert størrelse basert på to spørsmål, «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?» (hedonisk livskvalitet) og «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» (eudaimonisk livskvalitet). Det er alltid en fare for å miste informasjon når man slår sammen to variabler (Skovlund, 2017), men dette ser ikke ut til å være tilfelle for det sammenstilte målet for global livskvalitet (Nes et al., 2020).

En spørreundersøkelse kan imidlertid vanskelig sikre at alle respondentene tolker spørsmålene på samme måte, eller som det er ment at de skal gjøre. Det er variabler som kan tenkes å ha blitt tolket ulikt av respondentene. Spørsmålet om tilhørighet «I hvilken grad føler du at du hører til på stedet du bor», kan ha blitt tolket ulikt, da «stedet» ikke er klart definert. Spørsmålet om langvarige sykdommer eller helseproblemer, vil kunne romme alt fra sesongbaserte plager som allergier, til omfattende sykdommer og lidelser. Dette er eksempler som kan trekke ned validiteten i resultatene.

#### 6.4.4 Databehandling og analyse

For å gjøre datamengden oversiktlig og håndterbar ble det valgt å slå sammen svaralternativer og dikotomisere flere av variablene før analysene. Å dikotomisere vil si å slå sammen en kontinuerlig variabel til to kategorier og er vanlig i klinisk forskning for å forenkle statistiske analyser og gjøre resultatene mer tilgjengelig (Skovlund, 2017). Utfallsvariabelen, global livskvalitet, ble dikotomisert fra en kontinuerlig variabel med verdi 0 til 10, til en kategorisk variabel, høy og lav livskvalitet, ut fra median i det analytiske utvalget, 8,0. Dersom det ikke er en etablert grenseverdi for variabelen, er det anbefalt å dele ved median (Skovlund, 2017). Det er imidlertid utfordrende at resultatene fra studien dermed ikke direkte kan sammenliknes med andre studier, siden grenseverdiene vil variere. Det er også sannsynlig at det tapes informasjon om variasjonen mellom individene, den statistiske signifikansen reduseres og risikoen for å ikke avdekke sammenhenger øker (Skovlund, 2017). I praksis vil det ikke nødvendigvis være stor forskjell mellom individer med en skår for global livskvalitet på 8 og 7,5, men ved dikotomisering i høy og lav livskvalitet, er skillet endelig.

Flere av de uavhengige variablene ble også bearbeidet før analysen. For variablene som inngikk i sosial kapital, ble deltakelse dikotomisert i «Nei» (1) eller «Ja» (2), uavhengig av hvor ofte og regelmessig de deltok. Det kan potensielt ha vært ulikheter mellom dem som deltok ukentlig og dem som deltok sjelden, som dermed gikk tapt. Sosial støtte ble målt med tre spørsmål som er standardisert gjennom Oslo 3 Social Support Scale (Meltzer, 2003) og inndelingen i «Lav sosial støtte» (1), «Middels sosial støtte» (2) og «Høy sosial støtte» (3) ble utført etter samme metode som Bøen og medarbeidere benyttet (Bøen et al., 2012). Det er en styrke for resultatenes validitet at det er brukt et standardisert måleverktøy og det gir økt mulighet til å sammenlikne resultatene med andre studier som har benyttet samme måleverktøy.

De sosiodemografiske variablene ble omklassifisert og dikotomisert. Sivilstatus og opplevd økonomi ble dikotomisert til «Enslig» (1) / «I et parforhold» (2) og «Vanskelig» (1) / «Ikke

vanskelig» (2). Dette kan ha ført til tap av informasjon og et mulig tap av statistisk styrke i resultatene (Skovlund, 2017). Spesielt mellom ytterpunktene i svaralternativene, som mellom «Svært vanskelig» og «Forholdsvis vanskelig» å få pengene til å strekke til, er det rimelig å anta at det vil være variasjoner som ville hatt påvirkning på styrken i resultatene. For variablene aldersgrupper, utdanningsgrupper og arbeids/livssituasjon, ble de opprinnelige svarkategoriene slått sammen til færre. For alder ble det opprettet fire kategorier av de opprinnelig seks som ble utlevert i datasettet fra Folkehelseinstituttet. Det hadde vært ønskelig å dele inn aldersgruppene tilsvarende det som er vanlig av SSB og som det er gjort i de norske målingene om livskvalitet (Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021). Dette hadde økt overføringsverdien og gjort det lettere å sammenlikne resultatene. Dette var imidlertid ikke mulig ut fra datasettet som ble benyttet og det ble dermed valgt å skille ut den yngste og eldste gruppa og slå sammen til to 20 års kategorier mellom 30 og 49 og 50 og 69 år. Utdanningsvariabelen hadde i utgangspunktet fire svarkategorier. Svarkategorien høyere utdanning over og under fire år ble slått sammen til en. Dette kan ha ført til tap av informasjon (Skovlund, 2017), men målet var å skille mellom grupper med og uten høyere utdanning, ikke å skille mellom nivå av høyere utdanning. Dette er også gjort i SSB sine livskvalitetsmålinger (Støren et al., 2020; Støren & Rønning, 2021) noe som øker overføringsverdien. Vi vet imidlertid at de fleste helse og livskvalitetsmål stiger systematisk for hvert nivå opp i utdanning og inntekt (Hall & Lamont, 2009; Marmot, 2005). Det er derfor mulig at utdanning kunne ha fått en større betydning om et firedelt nivå hadde blitt beholdt. Variabelen arbeids- og livssituasjon kunne besvares med 11 alternative svar og det var mulig å oppgi flere svaralternativer. Det ble valgt å kategorisere variabelen i tre, «Ikke sysselsatt» (1), «Sysselsatt» (2) og «Pensjonist» (3). Variabelen «Ikke sysselsatt» (1) rommet alle som hadde besvart med et eller flere av alternativene «Sykmeldt», «Arbeidsledig», «Uføretrygd/arbeidsavklaringspenger» og «Mottar sosialstønad». Bakgrunnen for dette var at det var ønskelig å se særskilt på gruppen som sto på utsiden av arbeidslivet. Det er imidlertid mulig at dette var en uensartet gruppe som ble satt sammen. Gruppen vil romme både personer på livslang uføretrygd og personer i mer kortvarige sykemeldinger eller arbeidsledighet, og det vil sannsynligvis være forskjeller innad i gruppen basert på dette. Det samme er gjeldende for kategorien «Sysselsatt» (2). Det er mulig at det var systematiske forskjeller mellom de ulike gruppene som ble kategorisert til «Sysselsatt» (2), for eksempel mellom heltid- og deltids arbeidende og mellom studenter og de som var i arbeid, og at betydningen av arbeidstilknytning kunne vært annerledes om inndelingen hadde vært gjort på en annen måte. Også de konfunderende variablene ensomhet og fysisk aktivitet ble rekodet til

færre svarkategorier. Det er mulig at variablene hadde hatt en annen innvirkning på resultatene om dette hadde vært gjort annerledes.

Logistisk regresjonsanalyse ble benyttet for å analysere sammenhengene mellom sosial kapital, sosiodemografiske variabler, fysisk aktivitet, ensomhet og langvarige helseplager. Dette er et fornuftig verktøy, da regresjonsanalyse er godt egnet til å samtidig vurdere flere variablers relasjon til et utfall (Thoresen, 2017).

## 7. Konklusjon og implikasjoner for folkehelsearbeidet i Agder

Det er bred enighet i internasjonal forskning om at sosial kapital har stor betydning for livskvalitet både på individ- og befolkningsnivå (Calcagnini & Perugini, 2019; Elgar et al., 2011; Poortinga, 2012; Portela et al., 2013; Puntscher et al., 2015). Denne studien viser at dette også er gjeldene i en norsk kontekst. Sosial kapital, vurdert ut fra sosial støtte, deltakelse, tillit og tilhørighet, var signifikant assosiert med global livskvalitet og sammenhengene var konsistente etter at det var kontrollert for sosiodemografiske og konfunderende variabler. Sosial kapital har dermed betydning for livskvalitet på tvers av sosiodemografiske grupper.

Økt livskvalitet i befolkningen er et mål for folkehelsearbeidet i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015, 2019; Nes et al., 2020). Livskvalitet er viktig både for enkeltindividets helse og levealder, men livskvalitet fremmer også folkehelse, fellesskap og samfunnsøkonomi og kan dermed bidra til å oppnå målsettingene om en bærekraftig samfunnsutvikling (Nes et al., 2020). Agder er en region med utfordringer knyttet til sosiale ulikheter og psykisk uhelse (Agder Fylkeskommune, 2022; Folkehelseinstituttet, 2021a). Samtidig viste denne studien at den gjennomsnittlige livskvaliteten var høy i befolkningen i Agder. Livskvalitet var imidlertid skjevt fordelt mellom ulike grupper. Høyere alder, å leve i et parforhold, å være tilknyttet arbeidslivet og høyere inntekt, var assosiert med høyere grad av global livskvalitet. Skal Agder lykkes med å endre de negative levekårsstatistikkene, er det naturlig å jobbe for en jevnere fordeling av livskvaliteten i befolkningen. En jevnere fordeling av livskvalitet vil også kunne ha positive effekter på vekst, utvikling og bærekraft i Agderregionen og således kunne bidra til å oppnå visjonene i Regionplan Agder 2030 (Agder Fylkeskommune, 2019).

Denne studien viste at de sosiale determinantene, i form av sosial kapital, var avgjørende for livskvalitet, og de blir dermed et viktig virkemiddel for å øke livskvalitet i befolkningen. Lokalmiljøer som fremmer sosial interaksjon mellom ulike grupper, rikelig med møteplasser for meningsfull aktivitet, utjevner boligpolitikk og inkluderende barnehager, skoler og arbeidsliv, vil øke sannsynligheten for en jevnere fordeling av sosial kapital. Et viktig virkemiddel er å involvere innbyggerne selv i planlegging og utforming av egne lokalmiljøer. Dette vil kunne øke opplevelse av mening og sammenheng, noe som igjen vil gi økt livskvalitet (Antonovsky, 1987).

Agder har en høy deltakelsesandel i frivillige organisasjoner (Skogen et al., 2020). Et rikt frivillig organisasjonsliv er en ressurs Agder bør spille videre på. En høy deltakelsesandel vil gi økt sannsynlighet for høyere nivå av både sosial støtte, tillit og tilhørighet og samtidig kunne påvirke de konfunderende faktorene fysisk aktivitet og ensomhet. Men skal organisasjonsliv og frivillighet være en ressurs for økt livskvalitet i Agder, blir det viktig at frivilligheten utformes i retning av en jevnere inkludering, uavhengig av alder og bakgrunn.

Denne studien, er i likhet med de fleste studier om livskvalitet i Norge, en tverrsnittstudie. For kunnskap om retning på sammenhengene som er funnet mellom sosial kapital, sosiodemografi og livskvalitet, er det behov for longitudinelle studier. Kvalitative studier som går i dybden hos enkeltindivider eller mindre grupper vil også kunne tilføre kunnskap om hvordan sammenhengene virker. Det er samtidig behov for økt kunnskap om hvilke tiltak som har effekt i forhold til å øke sosial kapital i alle grupper av befolkningen.

Til sist, denne studien bruker data fra Agder. Agder er en region med definerte utfordringer. Det er likevel sannsynlig at resultatene og sammenhengene som er funnet i Agder, kan overføres til andre regioner i Norge.

## Litteratur

- Abbott, S. (2010). Social capital and health: The role of participation. *Social Theory & Health*, 8(1), 51-65.
- Agder Fylkeskommune. (2019). *Regionplan Agder 2030. Attraktiv, samskapende og bærekraftig*. Retrieved from <https://agderfk.no/f/p1/i4d721a77-52f4-49e3-ba9e-42cb0c5a8b4e/regionplan-agder-2030.pdf>
- Agder Fylkeskommune. (2022). *Agdertall*. Agder fylkeskommune. Retrieved 04.03 from <https://agderfk.no/agdertall/fns-barekraftsmal/4-god-utdanning/utdanningsniva/>
- Ahn, M. Y., & Davis, H. H. (2020). Sense of belonging as an indicator of social capital. *International Journal of Sociology and Social Policy*.
- Aldrich, D. P. (2011). The externalities of strong social capital: Post-tsunami recovery in Southeast India. *Journal of Civil Society*, 7(1), 81-99.
- Allum, N., Patulny, R., Read, S., & Sturgis, P. (2010). Re-evaluating the links between social trust, institutional trust and civic association. In *Spatial and social disparities* (pp. 199-215). Springer.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-bass.
- Antonsen, S. (2005). Motivasjon for deltakelse i helseundersøkelser. *Norsk Epidemiologi*, 15(1).
- Appau, S., & Churchill, S. A. (2020). Social Support and Wellbeing Among Older Australians. In S. A. Churchill, L. Farrell, & S. Appau (Eds.), *Measuring, Understanding and Improving Wellbeing Among Older People* (pp. 75-96). Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-15-2353-3\\_4](https://doi.org/10.1007/978-981-15-2353-3_4)
- Arnesen, S., Folkestad, B., & Gjerde, S. (2013). Frivillig deltakelse i Norden: Et komparativt perspektiv. *Rapport fra Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor*.
- Arntzen, A., Bøe, T., Dahl, E., Drange, N., Eikemo, T. A., Elstad, J. I., Fosse, E., Krokstad, S., Syse, A., & Sletten, M. A. (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.
- Arslan, G. (2018). Social Exclusion, Social Support and Psychological Wellbeing at School: A Study of Mediation and Moderation Effect. *Child Indicators Research*, 11(3), 897-918. <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9451-1>
- Arslan, G. (2021). School belongingness, well-being, and mental health among adolescents: Exploring the role of loneliness. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 70-80.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet: Vitenskapen om hvordan vi har det*. Cappelen Damm Akademisk.
- Barstad, A. (2021). Blir vi stadig mer ensomme. *SSB-analyse*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme>.
- Barstad, A., Normann, T., Nes, R., Reneflot, A., Røysamb, E., Hougen, H., & Herheim, Å. (2016). Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet.
- Barstad, A., & Sandvik, L. (2015). *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene* (825379259X).
- Batz-Barbarich, C., & Tay, L. (2017). Gender Differences in Subjective Well-Being. In NobaScholar.
- 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.

- Bjørnskov, C., Dreher, A., & Fischer, J. A. (2008). Cross-country determinants of life satisfaction: Exploring different determinants across groups in society. *Social Choice and Welfare*, 30(1), 119-173.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of public economics*, 88(7-8), 1359-1386.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. . In J. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*. (pp. 241-258). Greenwood Press.
- Bowling, A. (2011). Do older and younger people differ in their reported well-being? A national survey of adults in Britain. *Family practice*, 28(2), 145-155.
- Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Social science & medicine*, 64(12), 2533-2549.
- Brundtland, G. H., & Dahl, O. (1987). Vår felles framtid. *World Commission on Environment and Development. Oslo*, 43.
- Bukov, A., Maas, I., & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: Cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P510-P517.
- 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(1), 1-12.
- Calcagnini, G., & Perugini, F. (2019). Social capital and well-being in the Italian provinces. *Socio-Economic Planning Sciences*, 68, 100668.
- Carlquist, E. (2015). Well-being på norsk. *Oslo: Helsedirektoratet*.
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study\*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161.  
<https://doi.org/10.1177/0265407513488728>
- Claridge, T. (2018). Functions of social capital—bonding, bridging, linking. *Social capital research*, 20, 1-7.
- Clark, A. E., Frijters, P., & Shields, M. A. (2008). Relative Income, Happiness, and Utility: An Explanation for the Easterlin Paradox and Other Puzzles. *Journal of economic literature*, 46(1), 95-144. <https://doi.org/10.1257/jel.46.1.95>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologists*, 59 (8), 676-684.
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the creation of human capital. *American Journal of sociology*, 94, 95-120.
- Cuypers, K., Krokstad, S., Holmen, T. L., Knudtsen, M. S., 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. *J Epidemiol Community Health*, 66(8), 698-703.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. .  
[https://EconPapers.repec.org/RePEc:hhs:ifswps:2007\\_014](https://EconPapers.repec.org/RePEc:hhs:ifswps:2007_014)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Retrieved 22.9 from  
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- DeMello, M. M., Pinto, B. M., Dunsiger, S. I., Shook, R. P., Burgess, S., Hand, G. A., & Blair, S. N. (2018). Reciprocal relationship between sedentary behavior and mood in



- young adults over one-year duration. *Mental Health and Physical Activity*, 14, 157-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.12.001>
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29(1), 94-122.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning-en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 100-113.
- Easterlin, R. A. (1995). Will raising the incomes of all increase the happiness of all? *Journal of economic behavior & organization*, 27(1), 35-47. [https://doi.org/10.1016/0167-2681\(95\)00003-B](https://doi.org/10.1016/0167-2681(95)00003-B) (Journal of Economic Behavior & Organization)
- Easterlin, R. A. (2006). Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of Economic Psychology*, 27(4), 463-482.
- 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.
- Ellingson, L. D., Meyer, J. D., Shook, R. P., Dixon, P. M., Hand, G. A., Wirth, M. D., Paluch, A. E., Burgess, S., Hebert, J. R., & Blair, S. N. (2018). Changes in sedentary time are associated with changes in mental wellbeing over 1 year in young adults. *Preventive medicine reports*, 11, 274-281.
- Enjolras, B., & Wollebæk, D. (2010). *Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering*.
- Eriksson, M. (2011). Social capital and health – implications for health promotion. *Global Health Action*, 4(1), 5611. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944.
- Fan, C.-Y., Fann, J. C.-Y., Yang, M.-C., Lin, T.-Y., Chen, H.-H., Liu, J.-T., & Yang, K.-C. (2021). Estimating global burden of COVID-19 with disability-adjusted life years and value of statistical life metrics. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120, S106-S117.
- Fladmoe, A., & Folkestad, B. (2017). Frivillighet og folkehelse: Empiriske analyser av sivilsamfunnsdeltakelse, helse og livskvalitet. *Rapport fra Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor*.
- Fleche, S., Smith, C., & Sorsa, P. (2012). Exploring determinants of subjective wellbeing in OECD countries: evidence from the World Value Survey.
- Flouri, E. (2004). Subjective well-being in midlife: The role of involvement of and closeness to parents in childhood. *Journal of Happiness Studies*, 5(4), 335-358.
- FN- Sambandet. (2020). *FNs bærekraftsmål, likestilling mellom kjønnene*. Retrieved 09.03 from <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/likestilling-mellom-kjoennene>
- Folkehelseinstituttet. (2014a, 2015). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 17.11 from <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Folkehelseinstituttet. (2014b, 07.08.2018). *Folkehelse i Norge 1814-2014*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 4.11.21 from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814---2014/>
- Folkehelseinstituttet. (2014c, 03.12.21). *Folkehelse rapporten. Fysisk aktivitet i Norge*. Retrieved 10.03 from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Folkehelseinstituttet. (2021a). *Folkehelseprofil 2021 Agder*. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>

- Folkehelseinstituttet. (2021b). *Kommunehelse statistikkbank*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 10.10.21 from <https://khs.fhi.no/webview/>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (LOV-2011-06-24-29)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)(LOV-2017-04-28-23)*. Retrieved from <https://lovdata.no/lov/2017->
- Fugelli, P. (2011). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien forskning*, 6(2), 104-105.
- Galea, S., & Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of epidemiology*, 17(9), 643-653.
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid. -Fra individ til systemorientert tenkning og praksis*. Gyldendal akademisk.
- Gibson, A.-M., Muggeridge, D. J., Hughes, A. R., Kelly, L., & Kirk, A. (2017). An examination of objectively-measured sedentary behavior and mental well-being in adults across week days and weekends. *PLOS ONE*, 12(9), e0185143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185143>
- Graham, C., & Chattopadhyay, S. (2012). *Gender and well-being around the world: Some insights from the economics of happiness*.
- Grover, S., & Helliwell, J. F. (2019). How's life at home? New evidence on marriage and the set point for happiness. *Journal of Happiness Studies*, 20(2), 373-390.
- Grøholt, E., Bøhler, L., & Hånes, H. (2018). Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge i 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (Vol. 1). Fagbokforlaget Bergen.
- Gyasi, R. M., Phillips, D. R., & Abass, K. (2019). Social support networks and psychological wellbeing in community-dwelling older Ghanaian cohorts. *International Psychogeriatrics*, 31(7), 1047-1057. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001539>
- Hall, P. A., & Lamont, M. (2009). *Successful societies: How institutions and culture affect health*. Cambridge University Press.
- Han, S. (2015). Longitudinal association between social capital and self-esteem: A matter of context. *Psychiatry research*, 226(1), 340-346.
- 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.
- Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L. C., Stang, I., Rønningen, G. E., Lorentzen, C., & Goth, U. S. (2014). Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner. *NIBR-rapport 2014*, 3, 34-38.
- 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), 104-128.
- Helliwell, J. F., Aknin, L. B., Shiplett, H., Huang, H., & Wang, S. (2017). Social capital and prosocial behaviour as sources of well-being.
- Helliwell, J. F., & Huang, H. (2008). How's your government? International evidence linking good government and well-being. *British journal of political science*, 38(4), 595-619.
- Helliwell, J. F., Huang, H., & Harris, A. (2009). International differences in the determinants of life satisfaction. In *New and enduring themes in development economics* (pp. 3-40). World Scientific.
- Helliwell, J. F., Huang, H., & Wang, S. (2014). Social capital and well-being in times of crisis. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 145-162.

- Helliwell, J. F., Huang, H., & Wang, S. (2015). The geography of world happiness. *World happiness report, 2015*, 12-41.
- Helliwell, J. F., Huang, H., & Wang, S. (2016). *New Evidence on Trust and Well-being* (Working Paper Series, Issue.
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J., & De Neve, J. E. (2020). World happiness report 2020.
- Helliwell, J. F., & Wang, S. (2011). Trust and Wellbeing. *International journal of wellbeing*, 1(1). <https://doi.org/10.5502/ijw.v1i1.9>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen-God helse-Felles ansvar (Meld.St.34 (2012/2013))*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter (Meld.St.19 (2014/2015))*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Gode liv i et trygt samfunn (Meld.St.19 (2018-2019))*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboka*.  
file:///C:/Users/heltho/Downloads/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*.  
[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](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). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken*.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)
- Helsedirektoratet. (2019). *Fysisk aktivitet for voksne og eldre*. Retrieved 10.03 from <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre>
- Henriques, A., Silva, S., Severo, M., Fraga, S., & Barros, H. (2020). Socioeconomic position and quality of life among older people: The mediating role of social support. *Preventive medicine*, 135, 106073.
- Hernández, B., Hidalgo, M. C., & Ruiz, C. (2020). Theoretical and methodological aspects of research on place attachment. *Place Attachment*, 94-110.
- Hewitt, J. P. (2020). 22 The Social Construction of Self-Esteem. *The Oxford handbook of positive psychology*, 309.
- Hidalgo, M. C., & Hernandez, B. (2001). Place attachment: Conceptual and empirical questions. *Journal of environmental psychology*, 21(3), 273-281.
- Hofstad, H., & Bergsli, H. (2017). *Folkehelse og sosial bærekraft- en sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger* (NIBR Rapport, Issue.

- Holmberg, S., & Rothstein, B. (2017). Trusting other people. *Journal of public affairs*, 17(1-2), e1645.
- House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. S. Cohen, S.L. (Ed.), *Social support and health* (pp. 83-108). Academic Press.
- Hunsaker, A., & Hargittai, E. (2018). A review of Internet use among older adults. *New Media & Society*, 20(10), 3937-3954.
- Hyde, A. L., Maher, J. P., & Elavsky, S. (2013). Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective. *International journal of wellbeing*, 3(1).
- Igarashi, T., Kashima, Y., Kashima, E. S., Farsides, T., Kim, U., Strack, F., Werth, L., & Yuki, M. (2008). Culture, trust, and social networks. *Asian Journal of Social Psychology*, 11(1), 88-101.
- Inaba, Y., Wada, Y., Ichida, Y., & Nishikawa, M. (2015). Which part of community social capital is related to life satisfaction and self-rated health? A multilevel analysis based on a nationwide mail survey in Japan. *Social science & medicine*, 142, 169-182.
- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., Bambra, C. L., Lang, I., & Richards, S. H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC public health*, 13(1), 1-10.
- Kamerāde, D., Mohan, J., & Sivesind, K. H. (2015). Third sector impacts on human resources and community: A critical review. *Third Sector Impact, TSI Working Paper no 03*.
- Kinge, J. M., Modalsli, J. H., Øverland, S., Gjessing, H. K., Tollānes, 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>
- Kinge, J. M., Sælensminde, K., Dieleman, J., Vollset, S. E., & Norheim, O. F. (2017). Economic losses and burden of disease by medical conditions in Norway. *Health Policy*, 121(6), 691-698.
- Kitchen, P., Williams, A., & Chowhan, J. (2012). Sense of Community Belonging and Health in Canada: A Regional Analysis. *Social Indicators Research*, 107(1), 103-126. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9830-9>
- Kristensen, P., Bjerkedal, T., & Brevik, J. I. (2004). Long term effects of parental disability: A register based life course follow-up of Norwegians born in 1967-1976. *Norsk Epidemiologi*, 14(1).
- Kristoffersen, I. (2018). Great expectations: Education and subjective wellbeing. *Journal of Economic Psychology*, 66, 64-78.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, Underwood, L. G. & Gottlieb, B. H. (Ed.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29-52). Oxford University Press.
- Lee, H. Y., Jang, S.-N., Lee, S., Cho, S.-I., & Park, E.-O. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 45(7), 1042-1054.
- Lee, S. Y., Kim, R., Rodgers, J., & Subramanian, S. V. (2020). Associations between subjective wellbeing and macroeconomic indicators: An assessment of heterogeneity across 60 countries. *Wellbeing, Space and Society*, 1, 100011. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wss.2020.100011>
- Lezzi, D. F., & Deriu, F. (2014). Women active citizenship and wellbeing: the Italian case. *Quality & Quantity*, 48(2), 845-862.

- Li, T., & Fung, H. H. (2013). Age differences in trust: An investigation across 38 countries. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 347-355.
- Lyrra, N., Thorsteinsson, E. B., Eriksson, C., Madsen, K. R., Tolvanen, A., Löfstedt, P., & Välimaa, R. (2021). The Association between Loneliness, Mental Well-Being, and Self-Esteem among Adolescents in Four Nordic Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7405.  
<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/14/7405>
- Mackenbach, J. P. (2019). Health inequalities in Europe. How does Norway compare? *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 666-671.  
<https://doi.org/10.1177/1403494819857036>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Marmot, M. (2005). *Status syndrome: How your social standing directly affects your health*. A&C Black.
- Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *57 EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (pp. 35-60). IOS Press.
- Mohnen, S. M., Völker, B., Flap, H., & Groenewegen, P. P. (2012). Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health—a multilevel analysis. *BMC public health*, 12(1), 1-12.
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T., & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(9), WE01.
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social science & medicine*, 56(2), 259-269.
- Maass, R., Kloeckner, C. A., Lindstrøm, B., & Lillefjell, M. (2016). The impact of neighborhood social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion? *Health & place*, 42, 120-128.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.09.011>
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (4 ed.). Elsevier.
- Nes, R., Hansen, T., Barstad, A., Vittersø, J., Carlquist, E., & Røysamb, E. (2018). *Anbefalinger for et bedre målesystem*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Nes, R. B., Nilsen, T. S., Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E., & Røysamb, E. (2020). Livskvalitet i Norge 2019. *Fra nord til sør [Quality of life in Norway: From north to south]*. Oslo: Norwegian Institute for Public Health.
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M., Hansen, T., & Nilsen, T. S. (2021, 17.12.2021). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- 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(3), 405-423.
- Oishi, S., Kesebir, S., & Diener, E. (2011). Income inequality and happiness. *Psychological science*, 22(9), 1095-1100.
- Okulicz-Kozaryn, A. (2012). Income and well-being across European provinces. *Social Indicators Research*, 106(2), 371-392.
- Onyx, J., & Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *The journal of applied behavioral science*, 36(1), 23-42.

- Patrick, D. L., Kinne, S., Engelberg, R. A., & Pearlman, R. A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of clinical epidemiology*, 53(8), 779-785.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B*, 56(4), P195-P213. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.4.P195>
- Poortinga, W. (2006). Social capital: an individual or collective resource for health? *Social science & medicine*, 62(2), 292-302.
- Poortinga, W. (2012). Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & place*, 18(2), 286-295.
- 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.
- Powdthavee, N., Lekfuangfu, W. N., & Wooden, M. (2015). What's the good of education on our overall quality of life? A simultaneous equation model of education and life satisfaction for Australia. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 54, 10-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socec.2014.11.002>
- Puntscher, S., Hauser, C., Walde, J., & Tappeiner, G. (2015). The Impact of Social Capital on Subjective Well-Being: A Regional Perspective. *Journal of Happiness Studies*, 16(5), 1231-1246. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9555-y>
- Putnam, R. D. (1993). *Making Democracy work, Civic traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and schuster.
- 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.
- Regjeringen. (2019, 1.3.2019). *Spørsmål og svar om ulikhet*. Regjeringen. Retrieved 16.12.21 from <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/fin/vet-du-nok-om-ulikhet/id2630930/>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (Vol. 4 ). Fagbokforlaget.
- Roffey, S. (2013). Inclusive and exclusive belonging: The impact on individual and community wellbeing. *Educational and Child Psychology*, 30(1), 38-49.
- Rothstein, B., & Uslaner, E. M. (2005). All for all: Equality, corruption, and social trust. *World politics*, 58(1), 41-72.
- Røed, H. (1993). Surt liv på det blide Sørland. *Helse og levekår i Agder-fylkene November*.
- Sacks, D. W., Stevenson, B., & Wolfers, J. (2010). *Subjective well-being, income, economic development and growth*.
- Saltkjel, T., & Malmberg-Heimonen, I. (2014). Social inequalities, social trust and civic participation—the case of Norway. *European Journal of Social Work*, 17(1), 118-134.
- Sarkiunaite, I., Bartkute, R., Jasinskas, E., & Dilys, M. (2012). Link between social capital and quality of life. *Transformations in Business & Economics*, 11(1).
- Satariano, B. (2021). The complexity of social participation and its variable effects on the health and wellbeing of people living in deprived Maltese neighborhoods. *Community Development*, 52(1), 95-112.
- Schultz, J., O'Brien, A. M., & Tadesse, B. (2008). Social capital and self-rated health: Results from the US 2006 social capital survey of one community. *Social science & medicine*, 67(4), 606-617. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.002>

- Seamon, D. (2020). Place attachment and phenomenology: The dynamic complexity of place. In *Place Attachment* (pp. 29-44). Routledge.
- Shields, M. (2008). Community belonging and self-perceived health. *Health reports, 19*(2), 51.
- Skogen, J. C., Veda, Ø., Nilsen, T. S., Nes, R. B., Tallaksen, A., & Aarø, L. E. (2020). *Folkehelseundersøkelsen i Agder: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Rapport 2019*.
- Skovlund, E. (2017). Dikotomisering av målevariabler-hva er prisen? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 23/24*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0972>
- Skåltveit Olsen, T., & Jentoft, N. (2010). Et liv jeg ikke valgte. *Søkelys på arbeidslivet, 27*(3), 206-216.
- Soulsby, L. K., & Bennett, K. M. (2015). Marriage and psychological wellbeing: The role of social support. *Psychology, 6*(11), 1349-1359.
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *Nasjonale befolkningsframskrivinger*. Retrieved 09.03 from <https://www.ssb.no/statbank/table/12881/>
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet, 385*(9968), 640-648.
- Stevenson, B., & Wolfers, J. (2009). The paradox of declining female happiness. *American Economic Journal: Economic Policy, 1*(2), 190-225.
- Strand, A. H., Bråthen, M., & Grønningsæter, A. B. (2015). NAV-kontorenes oppfølging av unge brukere. *Fafo report, 41*.
- 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.
- Støren, K. S., Rønning, E., & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. Statistisk sentralbyrå.
- Støren, S. K., & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*. Statistisk sentralbyrå.
- 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.
- 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*(2), 329-349.
- Thoresen, M. (2017). Logistisk regresjon-anvendt og anvendelig. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2017/10/medisin-og-tall/logistisk-regresjon-anvendt-og-anvendelig>
- Uphoff, E. P., Pickett, K. E., Cabieses, B., Small, N., & Wright, J. (2013). A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *International journal for equity in health, 12*(1), 1-12.
- Ussher, M. H., Owen, C. G., Cook, D. G., & Whincup, P. H. (2007). The relationship between physical activity, sedentary behaviour and psychological wellbeing among adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 42*(10), 851-856.
- Utz, R. L., Swenson, K. L., Caserta, M., Lund, D., & deVries, B. (2014). Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(1), 85-94.
- Vemuri, A. W., Morgan Grove, J., Wilson, M. A., & Burch Jr, W. R. (2011). A tale of two scales: Evaluating the relationship among life satisfaction, social capital, income, and

- the natural environment at individual and neighborhood levels in metropolitan Baltimore. *Environment and Behavior*, 43(1), 3-25.
- Vike, H., Lidén, H., & Lien, M. (2001). Likhetsens virkeligheter. *Likhetsens paradokser. Antropologiske undersøkelser i det moderne Norge*, 11-31.
- Wahl, A., Bergland, A., & Løyland, B. (2010). Is social capital associated with coping, self-esteem, health and quality of life in long-term social assistance recipients? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 808-816.
- Wahl, A. K., & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Fagbokforlaget.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-16.
- Wastler, H., Lucksted, A., Phalen, P., & Drapalski, A. (2020). Internalized stigma, sense of belonging, and suicidal ideation among veterans with serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(2), 91.
- Webb, P., Bain, C., & Page, A. (2019). *Essential epidemiology: an introduction for students and health professionals* (Vol. 4). Cambridge University Press.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health*, 2, 460-474.
- WHO. (1987). *Ottawa charter for health promotion*. WHO. Retrieved 22.09.2021 from file:///C:/Users/heltho/Downloads/WH-1987-May-p16-17-eng.pdf
- WHO. (1998). *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. WHO/HIS/HSI. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO\\_HIS\\_HSI\\_Rev.2?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2?sequence=1)
- WHO. (2013). *Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020: Copenhagen, Denmark, 5-7 February 2013*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization
- WHO. (2020). *Basic Documents*. WHO. Retrieved 22.09.21 from [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf#page=6](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6)
- WHO. (2022). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*. World Health Organization. Retrieved 04.03 from <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- WHO, E. (2014). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. *Copenhagen: World Health Organization*.
- Wiesmann, U., & Hannich, H.-J. (2013). The contribution of resistance resources and sense of coherence to life satisfaction in older age. *Journal of Happiness Studies*, 14(3), 911-928.
- Wight, R. G., Botticello, A. L., & Aneshensel, C. S. (2006). Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation. *Journal of youth and adolescence*, 35(1), 109-120.
- Williams, D. R., & Miller, B. A. (2020). Metatheoretical moments in place attachment research: Seeking clarity in diversity. In *Place Attachment* (pp. 12-28). Routledge.
- Winkelmann, L., & Winkelmann, R. (2010). Does inequality harm the middle class? *Kyklos*, 63(2), 301-316.
- Wollebæk, D., & Seggaard, S. B. (2011). *Sosial kapital i Norge*.
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and society*, 27(2), 151-208.



- Yan, W., Yang, K., Wang, Q., You, X., & Kong, F. (2021). Subjective family socioeconomic status and life satisfaction in Chinese adolescents: the mediating role of self-esteem and social support. *Youth & Society, 53*(7), 1047-1065.
- You, J.-S. (2005). *Corruption and inequality as correlates of social trust: Fairness matters more than similarity*. Hauser Center for Nonprofit Organizations, Harvard University.
- Yuval-Davis, N. (2006). Belonging and the politics of belonging. *Patterns of prejudice, 40*(3), 197-214.
- Zhao, L., & Wu, L. (2022). The Association between Social Participation and Loneliness of the Chinese Older Adults over Time- The Mediating Effect of Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(2), 815. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/2/815>
- Øverland, S. N., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. F., & Tollånes, M. C. (2018). Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016).
- Øversveen, E., & Rydland, H. T. (2021). *Sosial ulikhet i helse : en samfunnsvitenskapelig innføring* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.

## Vedlegg

## Vedlegg 1 Spørreskjema Folkehelseundersøkelsen i Agder

# Nettskjema

Spørreskjemaer, påmeldinger og bestillinger

Hjelp



Forside Mine skjemaer Fylkeshelseundersøkelsen i Vest-Agder og Aust-Agder 2...

Dette skjemaet kan kun brukes til testing. Lagring må endres til sikker lagring i Tjenester for Sensitive Data (TSD) før innsamling av data kan starte.

Les mer

## Fylkeshelseundersøkelsen i Vest-Agder og Aust-Agder 2019

Åpent for svar?

Skjemaet er åpent

Vis Bygg skjema Innstillinger Rettigheter Kodebok Innhent svar Se resultater

## Fylkeshelseundersøkelsen i Vest-Agder og Aust-Agder 2019

Side 1

AUST-AGDER  
FYLKESKOMMUNEVest-Agder  
fylkeskommune

FHI

Folkehelseinstituttet

Klikk på knappen «Neste side» for å komme til samtykkeerklæring og spørreskjema.

Dette er en undersøkelse om helse, trivsel og andre forhold som har betydning for folkehelsen. Dersom du vil lese mer om undersøkelsen, finner du informasjon på fylkeskommunenes nettsider.

Undersøkelsen vil ta ca. 15 minutter.

Sideskift

Side 2

### SAMTYKKE

Hva skjer med opplysningene dine?

Samtykket gjelder fylkeshelseundersøkelsen i Vest-Agder og Aust-Agder 2019.

Undersøkelsens hovedformål er å skaffe resultater som fylkes- og bostedskommunen din kan bruke i folkehelsearbeidet.

Undersøkelsen innebærer at du fyller ut et spørreskjema om helse, helseatferd, trivsel og livskvalitet.

De innsamlede opplysningene vil også bli brukt til forskning som kan gi mer kunnskap om befolkningens helse og faktorer som påvirker helsen. I denne sammenheng kan det være aktuelt å hente inn opplysninger fra andre registre i tillegg, for eksempel opplysninger om utdanning, inntekt og trygdeytelser fra registre som er forvaltet av Statistisk sentralbyrå, eller opplysninger om sykdom og behandling fra medisinske registre som Kreftregisteret, Norsk pasientregister, Hjerte- og karregisteret. Innhenting av tilleggsopplysninger er også nødvendig for å få best mulige analyser og utføre kvalitetskontroll.

Opplysninger fra fylkeshelseundersøkelsen i Vest-Agder og Aust-Agder vil også kunne inngå i en samlet fylkeshelseundersøkelse for hele landet. Det kan også bli aktuelt å sammenstille opplysninger fra fylkeshelseundersøkelsen i Vest-Agder og Aust-Agder med andre helseundersøkelser, som for eksempel Den norske mor, far og barn-undersøkelsen.

Opplysningene som du gir i spørreskjemaet blir oppbevart og behandlet etter gjeldende regler om personvern. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Fødselsnummeret oppbevares adskilt fra andre opplysninger om deg. All forskning vil følge reglene i helseforskningsloven og bli utført av Folkehelseinstituttet eller andre forskningsinstitusjoner som er godkjent av regionale forskningsetiske komiteer.

Resultater vil kun bli publisert for grupper og aldri på individnivå. Det vil si at det ikke vil bli publisert resultater basert på svar fra kun én eller svært få personer.

Datainnsamlingen er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7. For å tilrettelegge for statistikk og forskning vil opplysningene bli oppbevart på ubestemt tid etter avsluttet innsamling. Formålet er å følge utviklingen i helse og levekår over tid og blant annet undersøke årsaker til sykdom.

Ved eventuelle oppfølgingsstudier vil du kunne bli kontaktet på nytt.

Etter at datainnsamlingen er ferdig, vil fylkeskommunen/bostedskommunen få oversendt anonyme datafiler for videre analyser. Alle personidentifiserende kjennetegn og opplysninger som kan brukes til å identifisere deltakerne blir fjernet fra datafilene før oversendelse.

Du vil ikke få individuell tilbakemelding om resultater fra fylkeshelseundersøkelsen.

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er lagret om deg, og hva opplysningene er blitt brukt til.

Det er frivillig å delta, og du kan trekke samtykket ditt når som helst og be om at opplysningene blir slettet. Dette kan du gjøre ved å sende en henvendelse på e-post til [fylkeshelseundersokelser@fhi.no](mailto:fylkeshelseundersokelser@fhi.no)

Folkhelseinstituttet har behandlingsansvaret for undersøkelsen. Personvernombud ved instituttet er Erlend Bakken.

Informasjon om rettighetene dine finnes på Folkhelseinstituttets nettside: [www.fhi.no/studier/fhus/](http://www.fhi.no/studier/fhus/) Her finner du også kontaktinformasjon til behandlingsansvarlig, forskningsansvarlig og Folkhelseinstituttets personvernombud.

Resultater fra undersøkelsen vil bli publisert på fylkeskommunens nettsider. Forskning basert på undersøkelsen vil bli publisert på Folkhelseinstituttets nettsider [www.fhi.no/studier/fhus/](http://www.fhi.no/studier/fhus/)

Dersom du ønsker å klage på behandlingen av opplysningene dine, kan du sende klage til Datatilsynet.

**Jeg samtykker/godkjenner at opplysningene jeg har gitt, kan brukes i samsvar med ovennevnte. \***

JA

☰ Sideskift

Side 3

## Del 1. NÆRMILJØET, KOMMUNEN

### 1. I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

### 2. I hvilken grad føler du deg trygg i nærmiljøet ditt?

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

☰ Sideskift

Side 4

## Tilgang på fasiliteter og servicetilbud lokalt

*Tenk på ditt nærmiljø og din kommune.*

### 3.1. Opplever du at kultur- og idrettstilbud (kino, bibliotek, svømmehall, idrettshall etc.) er lett tilgjengelige?

*Tilgjengeligheten er:*

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

### 3.2. Opplever du at butikker, spisesteder og andre servicetilbud er lett tilgjengelige?

*Tilgjengeligheten er:*

- Svært god
- God

- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

### 3.3. Opplever du at offentlig transport er lett tilgjengelig?

*Tilgjengeligheten er:*

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

### 3.4. Opplever du at det er enkelt for deg å komme deg til natur- og friluftsområder?

*Tilgjengeligheten er:*

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

### 3.5. Opplever du at parker og andre grøntarealer er lett tilgjengelige?

*Tilgjengeligheten er:*

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

### 3.6. Opplever du at gang- og sykkelveier er godt utbygd i ditt nærområde?


- Svært godt
- Godt
- Verken godt eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig
- Vet ikke

### 4. Hvor ofte deltar du i organisert aktivitet/frivillig arbeid som f.eks. idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende?

- Daglig
- Ukentlig
- 1-3 ganger per måned
- Sjeldnere
- Aldri

**5. Hvor ofte deltar du i annen aktivitet, som for eksempel klubb, møter, treffe venner, trimturer med venner/kolleger eller andre?**

- Daglig
- Ukentlig
- 1-3 ganger per måned
- Sjeldnere
- Aldri

 Sideskift

Side 6

## Del 2. HELSE

**6. Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse? Vil du si at den er...**

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig

**7. Hvordan vurderer du tannhelsen din? Vil du si at den er...**

- Svært god
- God
- Verken god eller dårlig
- Dårlig
- Svært dårlig

**8. Når var du sist hos tannlege/tannpleier?**

- 0-2 år siden
- 3-5 år siden
- Mer enn 5 år siden

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «8. Når var du sist hos tannlege/tannpleier?»: Mer enn 5 år siden

**8a. Hvorfor er det mer enn 5 år siden du var hos tannlege/tannpleier?**

Sett ett eller flere kryss

- Økonomiske årsaker
- Redsel/frykt
- Problem med transport/reisevei
- Andre årsaker

9. Alt i alt, når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?

- Svært fornøyd
- Ganske fornøyd
- Både /- og
- Nokså misfornøyd
- Svært misfornøyd

 Sideskift

Side 7

## Kroppshøyde og vekt


10. Hvor høy er du uten sko?

Oppgi i cm:

11. Hvor mye veier du uten klær og sko?

Oppgi i hele kg:

Hvis gravid, vekt før graviditet

 Sideskift

Side 8

## Psykiske plager

12.1. I hvilken grad har du vært plaget av nervøsitet eller indre uro den siste uken?

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

12.2. I hvilken grad har du vært plaget av redsel eller angstelse den siste uken?

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

12.3. I hvilken grad har du vært plaget av en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden den siste uken?

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

12.4. I hvilken grad har du vært plaget av nedtrykthet eller tungsindighet den siste uken?

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget



- Veldig mye plaget

### 12.5. I hvilken grad har du vært plaget av bekymring eller uro den siste uken?

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

### 12.6. I hvilken grad har du vært plaget av søvnproblemer den siste uken?

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Ganske mye plaget
- Veldig mye plaget

 Sideskift

Side 9

## Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelse

### 13. Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går.

Betingelsen er at den/de har vart, eller forventes å vare i minst seks måneder

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «13. Har du noen langvarige sykdommer eller helseproblemer? Vi tenker også på sykdommer eller problemer som er sesongbetonte, eller som kommer og går.»: Ja

#### 13a. Hvordan påvirker disse helseproblemene din hverdag?

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

### 14. Har du noen funksjonsnedsettelse eller har du plager som følge av skade? Vi tenker også på plager som kommer og går.

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «14. Har du noen funksjonsnedsettelse eller har du plager som følge av skade? Vi tenker også på plager som kommer og går.»: Ja

#### 14a. Hvordan påvirker disse funksjonsnedsettelsene din hverdag?

- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

 Sideskift

Side 10

### Sosial støtte

**15.1. Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer? Regn også med nærmeste familie.**

- Ingen
- 1-2
- 3-5
- 6 eller flere

**15.2. Hvor stor interesse viser andre for det du gjør? Vil du si at de viser...**

- Stor interesse
- Noe interesse
- Verken stor eller liten interesse
- Liten interesse
- Ingen interesse

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

- Svært lett
- Lett
- Verken lett eller vanskelig
- Vanskelig
- Svært vanskelig

 Sideskift

### Ensomhet

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

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Svært ofte

**16.2. Hvor ofte føler du deg utenfor?**

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Svært ofte

**16.3. Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?**

- Aldri
- Sjelden

- Av og til
- Ofte
- Svært ofte



Sideskift

Side 12

## Del 4. HELSERELATERT ATFERD

### Fysisk aktivitet

#### 17. Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag?

Regn med tiden både på jobb, i skole og på fritiden.

Oppgi i hele timer

#### 18. Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden? (Ta et gjennomsnitt)

Med mosjon mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett.

- Aldri
- Sjeldnere enn en gang i uken
- En gang i uken
- 2-3 ganger i uken
- 4-5 ganger i uken
- Omtrent hver dag

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «18. Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden? (Ta et gjennomsnitt)»: En gang i uken, 2-3 ganger i uken, 4-5 ganger i uken, Omtrent hver dag, Sjeldnere enn en gang i uken

#### 18a. Hvor hardt trener eller mosjonerer du? (Ta et gjennomsnitt)

- Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett
- Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett
- Tar meg nesten helt ut

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «18. Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden? (Ta et gjennomsnitt)»: En gang i uken, 2-3 ganger i uken, 4-5 ganger i uken, Omtrent hver dag, Sjeldnere enn en gang i uken

#### 18b. Hvor lenge holder du på hver gang? (Ta et gjennomsnitt)

- Mindre enn 15 minutter
- 15 minutter-29 minutter
- 30 minutter-1 time
- Mer enn 1 time



Sideskift

Side 13

### Kosthold

#### 19.1. Hvor ofte drikker du vanligvis sukkerholdig brus eller leskedrikk?

- Sjelden/aldri
- 1-3 ganger per måned
- 1 gang per uke
- 2-3 ganger per uke
- 4-6 ganger per uke

- Daglig

## 19.2. Hvor ofte spiser du vanligvis frukt og bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)?

- Sjelden/aldri
- 1-3 ganger per måned
- 1 gang per uke
- 2-3 ganger per uke
- 4-6 ganger per uke
- Daglig

## 19.3. Hvor ofte spiser du vanligvis grønnsaker (inkludert salat)? Regn ikke med poteter.

- Sjelden/aldri
- 1-3 ganger per måned
- 1 gang per uke
- 2-3 ganger per uke
- 4-6 ganger per uke
- Daglig

## 19.4. Hvor ofte spiser du vanligvis fisk (som pålegg, til lunsj eller middag)?

- Sjelden/aldri
- 1-3 ganger per måned
- 1 gang per uke
- 2-3 ganger per uke
- 4-6 ganger per uke
- Daglig



Sideskift

Side 14

## Tobakk

### 20. Hvor ofte røyker du?

- Daglig
- Av og til
- Ikke nå, men tidligere daglig
- Ikke nå, men tidligere av og til
- Har aldri røykt

### 21. Hvor ofte bruker du snus?

- Daglig
- Av og til
- Ikke nå, men tidligere daglig
- Ikke nå, men tidligere av og til
- Har aldri brukt snus



Sideskift

Side 15

## Alkohol

Så går vi over til spørsmål om alkohol. Vi tenker her på alle alkoholholdige drikker, som øl, vin, brennevin, rusbrus med videre.

### 22. Har du noen gang drukket alkohol?

- Ja
- Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «22. Har du noen gang drukket alkohol?»: Ja

### 22a. I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol?

- Aldri
- Månedlig eller sjeldnere
- 2-4 ganger i måneden
- 2-3 ganger i uken
- 4 ganger i uken eller mer

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «22a. I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol?»: Månedlig eller sjeldnere, 2-4 ganger i måneden, 2-3 ganger i uken, 4 ganger i uken eller mer

### 22b. Hvor mange alkoholenheter tar du på en "typisk" dag når du drikker alkohol?

Én enhet alkohol tilsvarer én liten flaske øl, ett glass vin eller én drink:

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller flere

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «22a. I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol?»: Månedlig eller sjeldnere, 2-4 ganger i måneden, 2-3 ganger i uken, 4 ganger i uken eller mer

### 22c. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning?

Én enhet alkohol tilsvarer én liten flaske øl, ett glass vin eller én drink:

- Aldri
- Sjeldnere enn månedlig
- Månedlig
- Ukentlig
- Daglig eller nesten daglig

 Sideskift .....

Side 16

## Del 5. SKADER OG FYSISK MILJØ

### Skader

Det følgende spørsmålet gjelder nye skader i perioden, ikke behandling av gamle skader.

'Oppsøkt lege' inkluderer både fastlege, legevakt og kontakt med spesialisthelsetjenesten.

### 23. Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for en eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?

- Ja, en
- Ja, flere

Nei

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «23. Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for en eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?»: Ja, en, Ja, flere

### 23a. Hva var årsaken til skaden? (Hvis mer enn én skade, tenk på den alvorligste)

- Ulykke
- Vold/overfall
- Annen årsak

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «23. Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for en eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?»: Ja, en, Ja, flere

### 23b. Hvor skjedde skaden?

- Vei, gate, fortau, gang/sykkelvei - trafikkulykke (kjøretøy i bevegelse - også sykkelvelt)
- Vei, gate, fortau, gang/sykkelvei - ikke trafikkulykke
- Inne i eller utenfor skjenkested (bar, pub, restaurant)
- Bolig, innendørs
- Boligområde ute
- Produksjons-, verkstedsområde (fabrikk, anlegg, skogshogst, på gard)
- Institusjon, sykehus, syke-, aldershjem
- Sports- eller idrettsområde
- Fri natur - utmark, hav, sjø, vann
- Annet skadested

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «23. Har du i løpet av de siste 12 måneder vært utsatt for en eller flere skader som førte til at du oppsøkte lege eller tannlege?»: Ja, en, Ja, flere

### 23c. Hva holdt du på med da skaden skjedde?

- Inntektsgivende arbeid
- Utdanning
- Idrett, sport, trening
- Friluftsliv, jakt, fiske
- Husarbeid, hagearbeid
- Lek, hobby
- Annen aktivitet

 Sideskift

Side 17

## Støy

### 24. Hvis du tenker på de siste 12 månedene, hvor plaget er du av støy fra veitrafikk når du er hjemme?

- Ikke plaget
- Litt plaget
- Middels plaget
- Mye plaget
- Svært mye plaget

### 25. Hvis du tenker på de siste 12 månedene, hvor plaget er du av støy fra andre kilder når du er hjemme?

- Ikke plaget

- Litt plaget
- Middels plaget
- Mye plaget
- Svært mye plaget

☰ Sideskift

Side 18

## Del 6. LIVSKVALITET

*Nå kommer en rekke spørsmål som handler om livskvalitet. Du vil kanskje oppleve at noe av det vi spør om her allerede er spurt om tidligere. Det er likevel viktig at du tar deg tid til å svare også på disse spørsmålene.*

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

*Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke fornøyd i det hele tatt og 10 betyr svært fornøyd.*

- 0 - Ikke fornøyd i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Svært fornøyd

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

*Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke meningsfylt i det hele tatt og 10 betyr svært meningsfylt.*

- 0 - Ikke meningsfylt i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Svært meningsfylt

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

*Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr at du ikke opplevde følelsen i det hele tatt og 10 betyr at du opplevde følelsen i svært stor grad.*

#### 28.1.

- 0 - Ikke glad i det hele tatt
- 1
- 2

- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Svært glad

**28.2.**

- 0 - Ikke bekymret i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Svært bekymret

**28.3.**

- 0 - Ikke nedfor eller trist i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Svært nedfor eller trist

**28.4.**

- 0 - Ikke irritert i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7



- 8
- 9
- 10 - Svært irritert

**28.5.**

- 0 - Ikke ensom i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Svært ensom

**28.6.**

- 0 - Ikke engasjert i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Svært engasjert

**28.7.**

- 0 - Ikke rolig og avslappet i det hele tatt
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - Svært rolig og avslappet

**28.8.**

0 - Ikke engstelig i det hele tatt

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 - Svært engstelig



Sideskift

Side 19

## 29. Hvor enig er du i påstandene nedenfor?

Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr helt uenig og 10 betyr helt enig.

### 29.1. Mine sosiale relasjoner er støttende og givende:

0 - Helt uenig

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 - Helt enig

### 29.2. Jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet

0 - Helt uenig

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 - Helt enig



Sideskift

Side 20

Hvor ofte har du vært plaget av de følgende problemene i løpet av de siste 14 dagene?

### 30. Lite interesse for eller glede over å gjøre ting

- Ikke i det hele tatt
- Noen dager
- Mer enn halvparten av dagene
- Nesten hver dag eller hver dag

### 31. Følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet

- Ikke i det hele tatt
- Noen dager
- Mer enn halvparten av dagene
- Nesten hver dag eller hver dag

 Sideskift .....


Side 21

## Sosialt fellesskap og tillit

### 32. Hvor ofte er du sammen med gode venner?

*Regn ikke med medlemmer av din egen familie.*

- Omtrent daglig
- Omtrent hver uke, men ikke daglig
- Omtrent hver måned, men ikke ukentlig
- Noen ganger i året
- Sjeldnere enn hvert år
- Har ingen gode venner

 Sideskift .....

Side 22

### 33. 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?

*Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr at en ikke kan være for forsiktig, mens 10 betyr at folk flest er til å stole på.*

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

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

*Svar på en skala fra 0 til 10, der 0 vil si at du ikke føler tilhørighet overhodet, og 10 at du føler en sterk grad av tilhørighet.*


- 0 - Føler ikke tilhørighet overhodet
- 1

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - **Føler sterk grad av tilhørighet**

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

Svar på en skala fra 0 til 10, der 0 vil si at du ikke er trygg i det hele tatt og 10 at du er svært trygg.

- 0 - **Ikke trygg i det hele tatt**
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 - **Svært trygg**

 Sideskift .....

## Del 7. DEMOGRAFISKE OPPLYSNINGER

**36. Hva er din høyeste fullførte utdanning?**

- Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år
- Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år
- Høyskole/universitet mindre enn 4 år
- Høyskole/universitet 4 år eller mer

**37. Hvis enpersonshusholdning: 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?**

- Svært vanskelig
- Vanskelig
- Forholdsvis vanskelig
- Forholdsvis lett
- Lett
- Svært lett
- Vet ikke

**38. Hvilken arbeids- eller livssituasjon er du i?**

Sett ett eller flere kryss

- Yrkesaktiv heltid (32 timer eller mer per uke)
- Yrkesaktiv deltid (mindre enn 32 timer per uke)
- Selvstendig næringsdrivende
- Sykmeldt
- Arbeidsledig
- Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger
- Mottar sosialstønad
- Alders- eller førtidspensjonist
- Skoleelev eller student
- Vernepliktig, sivilarbeider
- Hjemmearbeidende

### 39. Er du gift/samboer, enslig eller har du kjæreste?

- Gift/registrert partner
- Samboende
- Har kjæreste (som du ikke bor sammen med)
- Enslig

☰ Sideskift

Side 24

## OM FAMILIE (LEVEKÅR)

Oppvekst, da du var 0-18 år.

### 40. Hvem vokste du opp sammen med?

Sett ett eller flere kryss

- Mor
- Stemor
- Far
- Stefar
- Foster-/pleieforeldre
- Søsken
- Andre barn under 18 år
- Andre voksne

### 41. Ble dine foreldre skilt, eller flyttet de fra hverandre da du var barn?

- Nei
- Ja, før jeg var 7 år
- Ja, da jeg var 7-18 år

### 42. Var det mye krangling, uro, konflikter eller vanskelig kommunikasjon i barndomshjemmet?

- I svært høy grad
- I høy grad
- I liten grad

- I svært liten grad
- Ikke i det hele tatt

**43. Kunne du i oppveksten søke støtte hos en voksen person som du var trygg på?**

- I svært høy grad
- I høy grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Ikke i det hele tatt

**44. Sliter du med vonde minner fra oppveksten pga. tap, svik, vanskjøtsel, vold, mishandling eller misbruk?**

- I svært høy grad
- I høy grad
- I liten grad
- I svært liten grad
- Ikke i det hele tatt

**45. Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som?**

- Svært god
- God
- Middels
- Vanskelig
- Svært vanskelig

 Sideskift

## OM FORELDRES ALKOHOLBRUK

Tenk tilbake på oppveksten din. Velg det svaralternativet som best beskriver dine følelser og opplevelser i forhold til dine foreldres alkoholvaner.

Dette inkluderer også steforeldre eller andre foresatte. Ta deg god tid og svar så nøye som mulig.

**46. Har du noen gang tenkt at en av foreldrene dine (biologisk eller steforeldre) har hatt et alkoholproblem?**

- Ja
- Nei

**47. Har du noen gang oppfordret en av dine foreldre til å slutte å drikke alkohol?**

- Ja
- Nei

**48. Har du noen gang kranglet med en forelder fordi hun eller han drakk alkohol?**

- Ja
- Nei

**49. Har du noen gang hørt foreldrene dine krangle når en av dem var full?**

Ja

Nei

**50. Har du noen gang hatt lyst til å gjemme eller tømme ut en av forelders flaske med alkohol?**


Ja

Nei

**51. Har du noen gang ønsket at en forelder ville slutte å drikke alkohol?**

Ja

Nei

 Sideskift

Side 26

**Har du noen kommentarer?**

Se nylige endringer i Nettskjema (v690\_3rc1)



**Vilkår**  
[Personvern og vilkår for bruk](#)  
Nettskjema bruker [informasjonskapsler](#)  
[Tilgjengelighetserklæring](#)

**Kontaktinformasjon**  
[Kontaktpunkter Nettskjema](#)

**Ansvarlig for denne tjenesten**  
Webseksjonen – USIT

## Vedlegg 2 NSD vurdering



## Vurdering

**Referansenummer**

433980

**Prosjektittel**

Sosial kapital og livskvalitet, en tverrsnittsstudie av sammenhenger mellom sosial kapital og livskvalitet i Agder

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

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

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Christine Mikkelsen, christine.mikkelsen@nmbu.no, tlf: 99610075

**Prosjektperiode**

01.12.2021 - 31.12.2022

**Vurdering (1)**

---

**23.11.2021 - 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 23.11.2021 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 lovlige 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