

KANTAR


ENKELT Å VELGE SUNT I HEDMARK



HEDMARK
FYLKESKOMMUNE

Befolkningskartlegging
NÆRMILJØ OG
LIVSKVALITET
2019



INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	5	
1.1. Bakgrunn og formål	5	
1.2. Om livskvalitet og nærmiljø	5	
2. OPPLEVD LIVSKVALITET	11	
2.1 Tilfredshet og mening	12	
2.2 Hva skaper variasjoner i livskvalitet?	12	
3. HELSESTATUS	17	
3.1 Fysisk helse	18	
3.2 Langvarig sykdom	22	
3.3 Tannhelse	26	
3.4 Psykososial helse	27	
3.5 Sinnsstemning	30	
4. AKTIVITETSUTFOLDELSE	35	
4.1 Hovedaktivitet	36	
4.2 Fysisk aktivitet	36	
4.3 Arbeidsreiser	39	
5. NÆRMILJØ	41	
5.1 Trivsel	42	
5.2 Fysisk miljø	45	
5.3 Sosialt miljø	48	
6. NETTVERK	51	
6.1 Sosiale nettverk	52	
6.2 Arbeidsmiljø	57	
6.3 Økonomisk nettverk	58	
7. AVSLUTNING	61	
8. VEDLEGG	67	
Vedlegg 1: Om undersøkelsen	68	
Vedlegg 2: Litteratur	78	
Vedlegg 3: Spørreskjema (postalversjon)		
Vedlegg 4: Statistiske tabeller (eget vedlegg)		

1

INNLEDNING



Foto: Øystein Lia

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn og formål

Hedmark Fylkeskommune har kartlagt be-folkningens helse, vurdering av eget nærmiljø samt opplevd livskvalitet, i tråd med strategier, lov og forskrift. Folkehelsekartlegginger er et av fylkeskommunenenes sentrale virkemidler i ut-formingen av folkehelseiltak, og inngår i tilrette-legging av regional planstrategi og regionalt- og kommunalt planarbeid (Folkehelseoven §5).

Målrrettede folkehelseiltak forutsetter oversikt over egenskaper med betydning for helse og livskvalitet. Fokus rettes særlig mot forhold som antas å skape- eller opprettholde sosiale eller helsemessige utfordringer eller systematiske forskjeller i befolkningen. Samtidig har fylkes-kommunen ekstra fokus på nærmiljø som betingelse for helse, og kartleggingen belyser betingelser for at folk skal kunne ha gode liv i Hedmark. Målet er mer treffsikker planlegging basert på oppdatert faktagrunnlag.¹

Folkehelsearbeid i vid forstand betyr bedring av folkehelsen gjennom forebyggende virksomhet på mange samfunnssektorer.² Man antar gjerne at god folkehelse har to komponenter:

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

Det er særlig sistnevnte perspektiv som ligger til grunn for denne kartleggingen, selv om helsetilstanden måles på generelt grunnlag. Det legges derfor mindre vekt på helsetilstandens ulike komponenter, risikoadferd, bruk av helse-relaterte tjenester og kliniske forhold for øvrig. Tilsvarende rettes fokus i større grad mot forhold som fremmer helse i nærmiljøet og

hvordan folk har det der de bor. Endelig skal informasjonen være sammenliknbar med informasjon fra tilsvarende kartlegginger i andre fylker/områder. Premissene legger flere føringer på undersøkelsesdesignet, blant annet bruk av standardiserte analyseinstrumenter.

1.2. Om livskvalitet og nærmiljø

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

Hva er livskvalitet?

Mange vil si at livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker, føle interesse, mestring og engasjement.³ Andre vek-tlegger den opplevde følelsen av å leve et godt liv: fysisk miljø, psykososialt miljø, estetiske-, transcendentale- og religiøse opplevelser, etc. Man kan også beskrive det som å være aktiv, ha fellesskap, selvfølelse og en grunnstemning av glede.⁴ Endelig kan det forstås som samle-betegnelse på velferdens ikke-økonomiske komponenter, blant annet helse, utdanning, sosiale relasjoner, personlig trygghet og tilfredshet med livet.⁵

Livskvalitet betraktes i så måte som en viktig verdi. Uansett innfallsvinkel, ligger det et normativt perspektiv i bunnen med vekt på frihet og autonomi, trygghet og mening, helse og livsglede, deltaking og engasjement, mestring og selvutvikling, samt fravær av unødig lidelse. Disse kjennetegnene er ikke altså bare midler for å nå andre mål, men utgjør mål i seg selv.⁶ Det vil si, i tillegg til at høy livskvalitet gjerne knyttes til andre helserelaterte fortrinn som bedre fysisk og psykisk helse, sunnere livsstilvalg, sterkere nettverk og sosial støtte. Høy livskvalitet og trivsel styrker motstandskraften i møtet med «livets belastninger». Opplevd livskvalitet er derfor viktig både for den enkelte, og kan bidra til gode familierelasjoner, oppvekstkår, fungering i arbeidslivet, og til bedre helse i befolkningen.

Fokus på livskvalitet er sentralt i helse-fremmende arbeid.⁷

Hvordan kartlegge livskvalitet?

Samtidig som det finnes flere ulike kartlegginger av livskvalitet i Norge, erkjennes det at disse historisk sett i liten grad har vært koordinerte: Dels baseres de på ulike spørsmål / ulike sider ved livskvalitet, retter seg spesifikt mot forskjellige grupper av befolkningen, anvender ulike metoder, o.l. I sum har de i begrenset grad vært egnet til å gi et samlet bilde og å vise utviklingstrekk over tid. Fokus i senere tid er dermed rettet mot å utvikle en standardisert og nyansert verktøykasse for måling av livskvalitet i Norge, med spesifikke anbefalinger om måle-verktøy og undersøkelsesdesign. I anbefalingene inngår blant annet en «minimumsliste» over relevante indikatorer, som også ligger til grunn for denne kartleggingen i Hedmark.⁸

I utgangspunktet skiller man gjerne generelt mellom subjektiv og objektiv livskvalitet. Livskvalitetsbe-grepet kan sies å ha fått sin mest presise utforming innenfor forskningen på subjektive livskvalitet, bestående av tre dimens-joner:

- **Kognitiv dimensjon:** Hvor fornøyd en er med livet, både generelt og med viktige livs-områder, som inntekt og familieliv.
- **Affektiv dimensjon:** Omhandler tilstedeværelse av positive følelser som lykke og glede, og negative følelser som sinne og nervøsitet. En person som er tilfreds med livet sitt, som ofte opplever glede og andre positive følelses-messige tilstander og sjelden negative følelser (slik som tristhet og sinne) framstår dermed som typisk for en person med høy livskvalitet.
- **Eudaimonisk dimensjon:** Omfatter forskjellige aspekter av psykologisk fungering og behovs-tilfredsstillelse, hvorav mening, tilhørighet og engasjement er særlig sentrale. Dels legger en vekt på følelser som typisk følger av selvrealisering og personlig vekst, slik som mening og involvering. Dels betones det å være velfungerende, om en aksepterer seg selv, kan ta selvstendige beslutninger, o.l.

Ut over den subjektive dimensjonen er man imidlertid også opptatt av forhold som kan sies å være uavhengige av egne opplevelser, og

som dermed omtales som objektiv livskvalitet. Mens den subjektive livskvaliteten handler om hvordan livet oppleves for den enkelte, fokuserer den *objektive dimensjonen* både vurderinger av livet i sin alminnelighet (for eksempel livs-tilfredshet), fungering i det daglige (for eksempel opplevelse av mestring og mening) samt positive og negative følelser (som glede og tristhet). Den objektive livskvaliteten handler således om sentrale sider ved livssituasjonen – som frihet, trygghet, helse, fellesskap og selvutvikling. Den objektive kvaliteten er høyere desto mer de respektive godene er realisert, eksempelvis evnen til å oppfylle egne ønskemål og selv styre sitt liv, fravær av hendelser som truer fysisk integritet, helse og evnen til å ta vare på seg selv, tilgjengelighet på hjelp om ulykken skulle være ute, o.l.

Gitt definisjonene ovenfor, erkjennes det at begrepsbruken dels vil være flytende: Den subjektive livskvaliteten overlapper særlig med psykisk helse; den objektive med levekår. Helse kan sies å være en tilstand bestående av både fysiske og psykiske aspekter: I tillegg til egen fysisk helse, er helsetilstanden til nære familie-medlemmer et viktig anliggende, jf. belastningene som dårlig helse blant barn kan føre til for foreldrene. Osv.

Vi skal ikke gå nærmere inn i den teoretiske diskusjonen her, eller i kritikken av de ulike tilnærmingmåtene. Vi skal imidlertid ha disse betraktningene med oss videre, da de legger føringene for Hedmarkskartleggingen i 2019, både når det gjelder ønsket om generell tilpasning til de nasjonale anbefalinger for måling av livs-kvalitet, og spesifikke anvendelse av indikatorer for måling av subjektiv og objektiv livskvalitet.

Tiltak for helsefremmende arbeid

Når kartleggingen skal anvendes i tiltaksplan-legging, koples definisjonen av livskvalitet til operasjonaliseringen gjennom kartleggings-designet. I tråd med det normative utgangspunktet defineres folkehelsearbeid gjerne som «samfunnets samlede innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse». Folke-helse kan også omtales som helsefremming og forebygging. Tiltaksutformingen må innrettes

¹ <https://www.hedmark.org/globalassets/hedmark/folkehelse/dokumenter/kunnskapsgrunnlag.pdf>
² <https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000ddd.pdf>
³ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
⁴ <https://no.wikipedia.org/wiki/Livskvalitet>
⁵ Vittersø, Joar, m.fl. (2018) Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem. Helsedirektoratet, Rapport IS-2727.
⁶ Bang Nes (2018) s 104, op.cit.

⁷ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/livskvalitet-trivsel-og-folkehelsearbeid>.

både mot innretning og effekt. Tiltak *innrettes* på den ene side med utgangspunkt i styrking av prosessen som setter enkeltmennesker i stand til å få økt kontroll over- og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør en i stand til å ta helsefremmende valg. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir enkeltindivider og grupper av individer muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.

Her skiller man gjerne mellom tilskrevne og oppnådde egenskaper. De tilskrevne utgjør demografiske kjennetegn, som er relativt enkle å identifisere, og dermed å mål-rette tiltak i forhold til, men vanskelige å påvirke direkte (bosteds-kjennetegn, kjønn og alder) ut over betydningen av at lokalsamfunnene har kvaliteter som skaper inkludering og legger grunnlag for gode liv. Tiltak innrettes således som påvirkning via den «menneskelige kapital»: utdanning, yrkesaktivitet og inntekt.⁹ Tiltak styres mot tilrettelegging for at innbyggerne skal kunne realisere egne potensial, slik det formuleres i folkehelsestrategien for Hedmark 2018-22, og som viderefører fylkeskommunens visjon om å legge til rette for at det skal være «*Enkelt å velge sunt*», og som understreker at alle skal kunne ta del i samfunnsutviklingen.¹⁰

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

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

- Strategiene må *både* være brede og rettet mot alle, og styrt mot spesifikke høyrisikogrupper.

Dvs. begge typer tiltak må være til stede samtidig.

- Tiltak må rettes mot *alle ledd i årsakskjeden*, som produserer sosial ulikhet i helse. Særlig vektlegges innsats mot de sosiale «helse-determinantene» – de grunnleggende årsakene til helseforskjeller.

Prinsippene fremstilles i de nasjonale anbefalingene i matrise der en vellykket strategi for utjevning av helseforskjeller bør inneholde tiltak i alle cellene:¹¹

	Årsakenes årsaker	Årsaker	Effekt
Befolknings-strategier	Oppvekst, arbeid, økonomi	Arbeidsmiljø, bomiljø, matvarepriser	Helse-tjenester
Høyrisiko-strategier	Inntekts-sikring	Målrettede livsstilstiltak	Målrettede helsetiltak

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

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

må i så fall ta hensyn til hele årsakskjeden – ikke bare de umiddelbare risikofaktorene.¹² Vi kommer tilbake til tiltaksutformingen avslutningsvis.

Lokal forankring

Ut over føringene nasjonale standarder og anbefalinger legger på undersøkelsesdesignet, har Hedmark fylkeskommune dels behov for å tilpasse kartleggingen til egne lokale behov, samt å evaluere egen-initierte tiltak. Her skal det kort vises til Hedmark fylkeskommunes befolkningskartlegging fra 2017, der temaet er *egenvurdert helse og allmenn tilfredshet, innenfor rammen av et nærmiljø- og inkluderingsperspektiv*. Bl.a. heter det her at utviklingen av lokalsamfunnene kan fokusere på videre utvikling av felles arenaer/rettes mot marginaliserte grupper på tvers av fylket:

- På de fleste områdene dreier det seg om variasjoner over høy grad av opplevd inkludering, for majoriteten av innbyggerne.
- Ekskludering akkumuleres over de respektive nettverkene, og medfører marginalisering av uføre, ledige, enslige (forsørgere), (utenom-europeiske) innvandrere og personer med lav utdanning og inntekt.
- Men, også blant grupper med høyt innslag av marginalisering opplever flertallet å være inkludert. Og marginalisering forekommer i noen grad i alle lag av befolkningen.

Kartleggingen i det følgende kan betraktes som en videreføring av 2017-analysen.

Folkehelsekartlegging utgjør i sum et sentralt instrument både når det gjelder å beskrive de faktiske forhold og å identifisere behov, samt tiltaksutforming og vurdering av resultat.¹³ Tiltak og intervensjoner kan tilsvarende rettes mot mange arenaer, både innenfor og utenfor helsetjenestene. Eksempelvis peker folkehelsestrategien i Hedmark på at arbeidet med folkehelse skal inngå i alle fylkeskommunens oppgaver, herunder regional utvikling, samfunnsplanlegging, samferdsel, miljø, kultur, o.s.v.

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/utdanning-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag>.
¹⁰ <https://www.hedmark.org/meny/vare-tjenester/folkehelse/spotreundersokelse-om-livskvalitet-og-narmiljo/>
¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid/iltak-og-virkemidler>

¹² Bang Nes, m.fl (2018).
¹³ <http://www.kommunetorget.no/Global/NIBR%20rapport%20folkehelse%20i%20kommuner%202014.pdf>



2 OPPLEVD LIVSKVALITET



2. OPPLEVD LIVSKVALITET

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

2.1 Tilfredshet og mening

Vi har ovenfor sett at subjektive tilnærminger til vurderingen av livskvalitet vektlegger tilfredshet med livet, enten i sin alminnelighet eller ved ulike sider av dette.

Godt tilfredse med livene

For å få et overordnet inntrykk av hedmarkingenes livskvalitet, er de bedt om å vurdere hvor fornøyd eller misfornøyd de generelt sett er med livet sitt for tiden, ved å plassere seg på en vurderingsskala fra score 0 - «Ikke fornøyd i det hele tatt» til 10 - «Svært fornøyd». Spørsmålet inngår i den anbefalte «minimumslisten» for kartleggingen av livskvalitet, og er tenkt å fange en vurdering av hvordan man opplever livet alt-i-alt. Vurderingen betraktes gjerne som primær indikator på subjektiv livskvalitet, i den grad situasjonen skal oppsummeres i et enkeltmål (Figur 2.1).

Spørsmålet lyder «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?», og er stilt i flere andre sammenhenger, bl.a. de norske Levekårsundersøkelsene. Her klassifiserer man gjerne score 9-10 som «svært tilfreds», score 6-8 som «middels tilfreds», mens score 5 og lavere indikerer lav tilfredshet.¹⁴ I så fall er de fleste hedmarkingene *godt tilfredse*. Åtte av ti plasserer seg til høyre for vurderingsskalaens midtverdi (score 5). Følger vi levekårsstandarden, ser vi at i underkant av halvparten (46%) er middels fornøyd, mens tre av ti (33%) er svært fornøyd mens to av ti (21%) er lite tilfredse. Hedmarkingenes vurderinger ligger i så måte noe under landsgjennomsnittet (2017), der 36% viser høy tilfredshet, 54% middels- og 10% lav tilfredshet.

Det samme gjelder når innbyggerne anmodes om å vurdere *meningen* med livet (den eudaimoniske komponenten). Her stilles spørsmålet:

«Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» Spørsmålet fanger opplevelsen av mening, uten å angi en bestemt tidsperiode. Med «meningsfullt» menes hvor vidt det en gjør i livet oppleves givende, verdifullt, meningsskapende generelt sett – om det «er verdt det» (OECD 2017). Fordelingen tilsvarende tilfredshetsvurderingen (Figur 2.1): To av ti (21%) oppleve liten mening i livet, fire av ti (43%) middels- og tre av ti (32%) høy grad av mening. Også på denne egenskapen scorer hedmarkingene noe under landsgjennomsnittet på henholdsvis 8%, 53% og 40%.¹⁵

Samtidig som de to egenskapene livskvalitet og mening betraktes som forskjellige, knyttes de i praksis i sammen i innbyggerne bevissthet. De mest tilfredse med livet i sin alminnelighet ser også i størst grad meningen med det. I så måte kan de sies å utgjøre to nyanser i vurderingen av livskvalitet.¹⁶ Selv om de teoretisk kan skilles ad og vil knyttes til ulike former for tiltak, vil de i praksis blant innbyggerne kunne gå ut på ett, og tiltak vi treffe de samme individene.

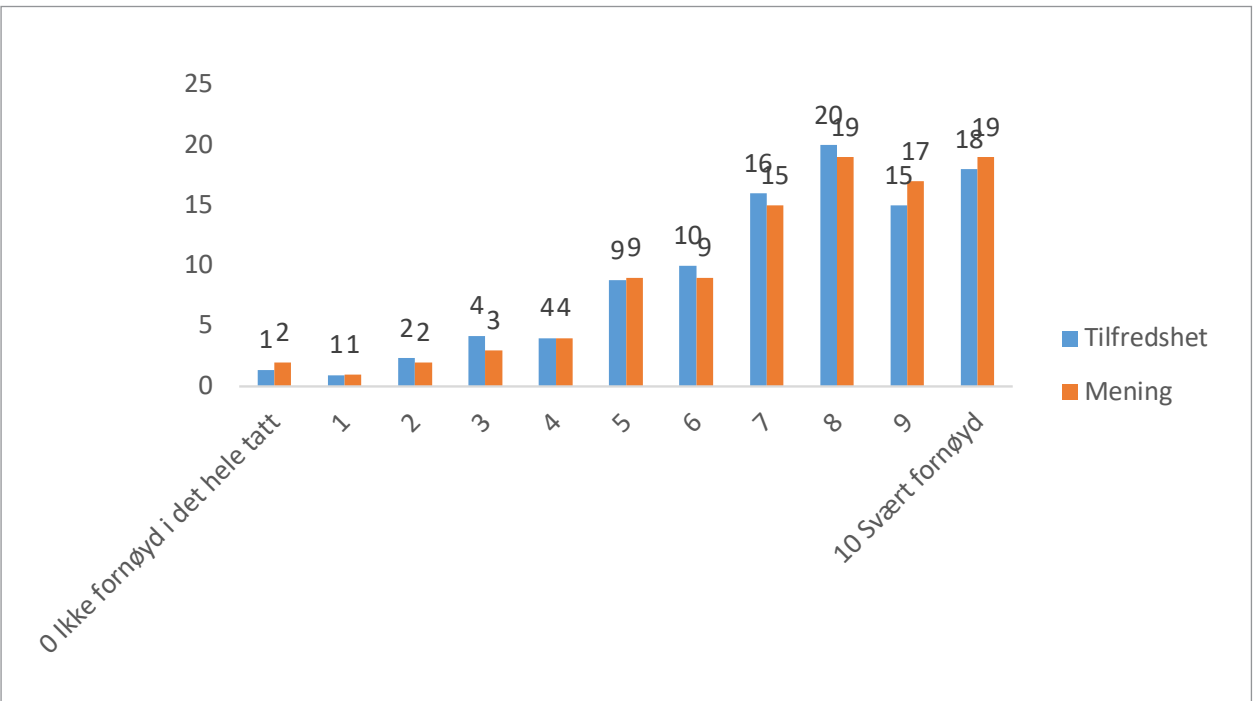
2.2 Hva skaper variasjoner i livskvalitet?

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

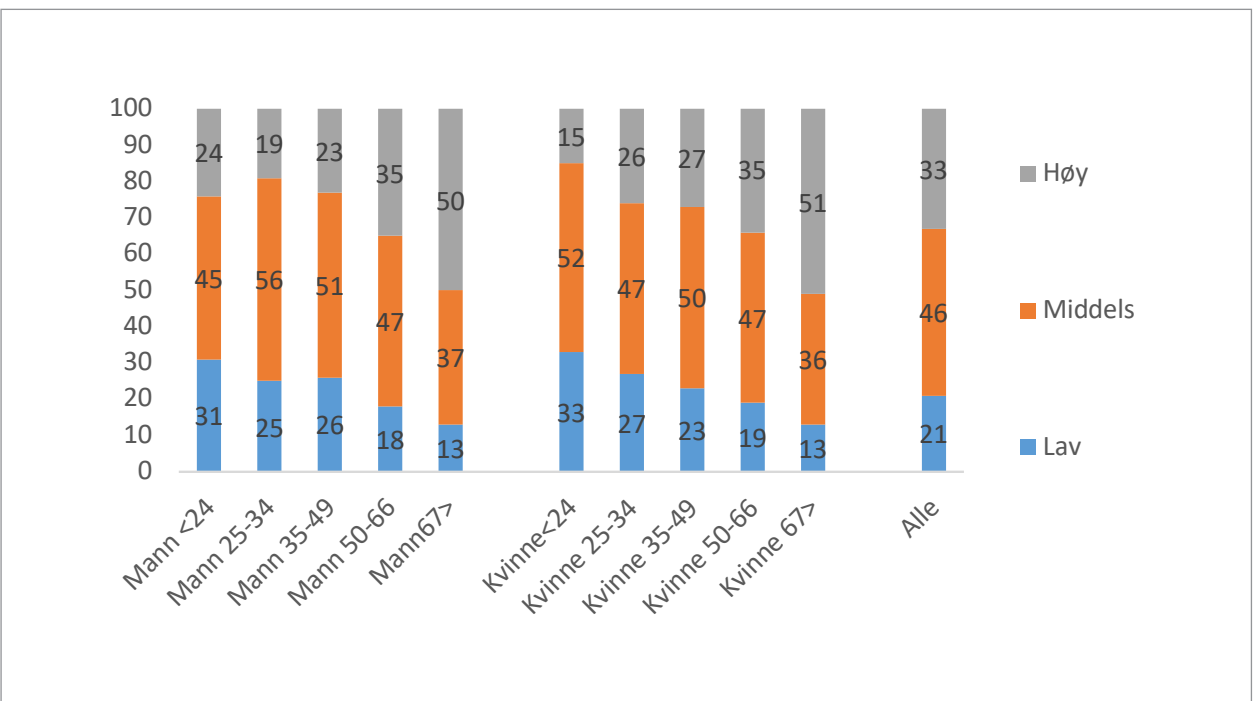
De eldste mest tilfredse

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

Figur 2.1: Opplevd tilfredshet- og mening med livet. Prosent, n=7 572.



Figur 2.2: Egenvurdert livskvalitet etter alder og kjønn. Prosent, n=7 507.



¹⁴ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet>.

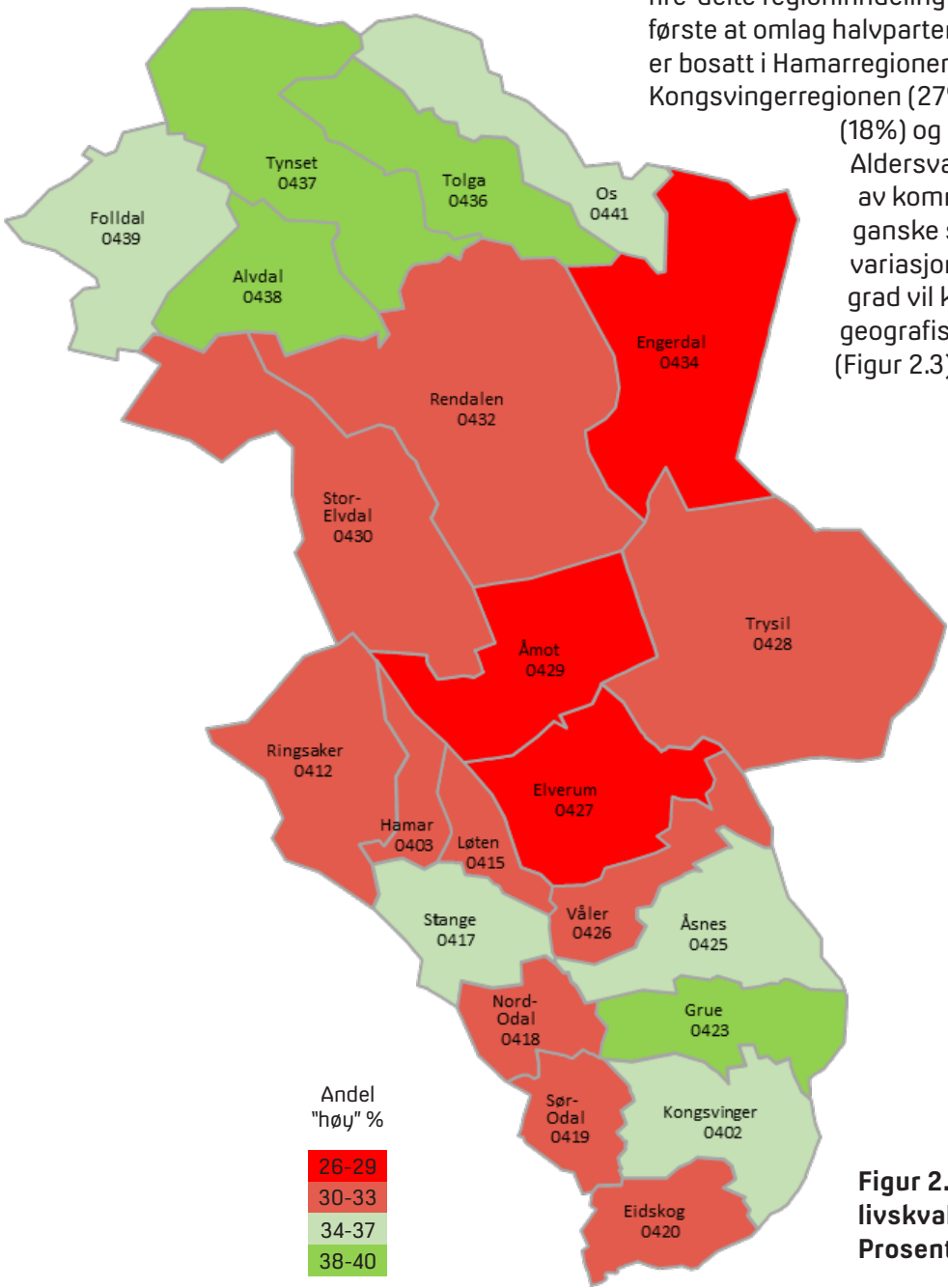
¹⁵ Ibid.

¹⁶ De to egenskapene måler i så måte én og samme underliggende egenskap: livskvalitet. Den statistiske korrelasjonen mellom de to vurderingene er tilnærmet entydig (eta . 80, n=5122). Korrelasjonen mellom de to indikatorene er eta .81 og r .81, det vil si at vurderingen av tilfredsheten med livet er tilnærmet lineært stigende med vurderingen av meningen med livet.

Tilfredsheten stiger med alderen. Betrakter vi andelen mest tilfredse (score 8-10), ser vi at denne omfatter tre av ti innbyggere (33%) i hele befolkningen. Samtidig øker den relativt jevnt med stigende alder. Blant de yngste under 25 år utgjør den to av ti blant mennene og én av ti blant kvinnene, og stiger deretter til halvparten (50-51%) blant de eldste mennene og kvinnene over 67 år. Mønsteret er altså i store trekk det samme blant kvinner og menn, samtidig som det antydes av de aller yngste kvinnene starter ut på et noe lavere nivå enn mennene.

Små regionale variasjoner
Mens perspektivet i det følgende i stor grad er rettet mot å beskrive forskjeller, mellom regioner og etter ulike sosiale og demografiske kjen-
netegn, er det klart at disse vil kunne fordele seg i befolkningen i henhold til de ulike kategoriens størrelse, som andel av befolkningen.

Befolkningens regionale inndeling er sentral i tiltaksvurderingen. På den ene side lettes gjerne innretting av tiltak dersom de kan styres mot geografisk avgrensede områder. På den annen vil ansvaret for den faktiske situasjonen gjerne være geografisk lokalisert. Betrakter vi hedmark-
ingenenes fordeling etter fylkets «standard» fire-delte regioninndeling merker vi oss for det første at omlag halvparten av befolkningen (47%) er bosatt i Hamarregionen, etterfulgt av Kongsvingerregionen (27%), Sør Østerdal (18%) og Fjellregionen (7%).
Aldersvariasjonene på tvers av kommunene er imidlertid ganske små, slik at regionale variasjoner bare i begrenset grad vil kunne tilbakeføres til geografiske aldersvariasjoner (Figur 2.3).



Figur 2.3: Egenvurdert livskvalitet etter bosted. Prosent (n=7 792).

De regionale variasjonene i vurderingen av livskvalitet er heller ikke svært store, når vi betrakter andelen med høy livskvalitet (score 8 eller høyere på vurderingsskalaen) på tvers av kommunene.¹⁷ Høyest andel med høy opplevd kvalitet finner vi helt nord i fylket, i Tolga (40%) etterfulgt av Alvdal (38%) og Tynset (37%), samt helt i sør i Grue (38%). Motsatt finner vi den laveste andelen i Engerdal (26%), Åmot og Elverum (begge 29%). Tre av hundre sier «Vet-ikke». Variasjonene er i så måte like store innenfor fylkets fire administrative regioner som mellom dem: Høy livskvalitet er noe mer utbredt i Fjellregionen (37%) enn i Kongsvinger- og Hamarregionene (34% og 33% henholdsvis) samt Sør-Østerdal (30%).

Betraktet som andel av *hele* fylkets befolkning, er andelen med *lav* tilfredshet størst i

Hamarregionen som utgjør den største befolkningsandelen (9%), etterfulgt av Kongsvingerregionen (6%), Sør-Østerdalen (4%) og Fjellregionen (2%).

Sammensatte livssituasjoner
De tilskrevne egenskapene må da gjerne nyanseres og avgrenses ytterligere, om hedmarkingenenes faktiske livssituasjon skal forstås. Både sivilstand og hovedaktivitet vil være styrende for det daglige fysiske aktivitetsnivå, muligheten til interaksjon med andre, f.eks. gjennom skolevesen og yrkesaktivitet og dermed indirekte for opplevd livskvalitet. Videre er det kjent fra tidligere forskning at tilstedeværelsen av nære relasjoner er viktig for vurderingen av egen livskvalitet. Også dette gjelder i Hedmark (Tabell 2.1).¹⁸

Tabell 2.1: Egenvurdert livskvalitet etter sosial og demografisk bakgrunn. Prosent.¹⁹

		Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?					
		Middels av					
Bakgrunn		Lav (0-5)	(6-8)	Høy (9-10)	Ukjent	Sum	n
Alder	67+	13	35	49	2	99	1676
Hovedaktivitet	Alderspensjon	14	36	49	2	101	1570
Sivilstand	Gift/partner	13	43	43	1	100	3367
Inntekt	751.000 >	8	49	43	0	100	478
Bosted	Fjellregionen	17	44	35	4	100	1765
Utdanning	Univ. høy	14	50	35	1	100	1389
Inntekt	451-550.000	16	52	35	0	103	1244
Inntekt	551-750.000	13	53	35	0	101	1088
Alder	50-66	18	46	34	2	100	2271
Inntekt	351-450.000	20	46	34	0	100	1459
Kjønn	Kvinne	20	44	33	4	101	4383
Bosted	Kongsvingerregionen	23	41	33	4	101	2438
Utdanning	Grunnskole	29	37	33	1	100	1066
Utdanning	Univ. lav	17	50	33	0	100	1800
Hovedaktivitet	Annet	24	36	33	7	100	242
ALLE		22	44	32	3	101	7792
Bosted	Hamarregionen	19	46	32	3	100	1947

Tabellen fortsetter på neste side ►

17 Fargene i kartet er satt for å tydeliggjøre relative regionale variasjoner, uavhengig av indikatorens absolutte nivå. Det samme gjelder de geografiske kartene i det følgende.
18 Vurderingen av tilfredshet med livet gjøres som spørsmål nummer 21 i kartleggingen. Dette innebærer at noen, og særlig de yngre, er falt fra og ikke inngår i vurderingen. Se vedlegg 1.
19 Tabellen inkluderer «Ukjente» og tallene avviker noe fra Figur 2.2-2.3.

Tabell 2.1: Egenvurdert livskvalitet etter sosial og demografisk bakgrunn. Prosent.¹⁹

Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?		Middels av					
Bakgrunn		Lav (0-5)	(6-8)	Høy (9-10)	Ukjent	Sum	n
Hovedaktivitet	Yrkesaktiv	16	50	32	2	100	4289
Kjønn	Mann	20	45	31	4	100	3409
Utdanning	Videregående	24	44	31	1	100	3040
Inntekt	<350.000	30	39	30	1	100	2640
Bosted	Sør-Østerdal	21	47	9	4	101	1642
Sivilstand	Samboende/kjæreste	21	51	28	1	101	2269
Alder	35-49	24	49	24	2	99	1764
Alder	25-34	25	49	21	5	100	1142
Sivilstand	Alene	36	43	20	1	100	1746
Alder	18-24	28	43	18	12	101	939
Hovedaktivitet	Elev/student	24	53	16	7	100	683
Hovedaktivitet	Syk/ledig	53	34	12	2	101	902

Ikke overraskende skiller hedmarkingenenes hovedaktivitet i sterk grad mellom høy og lav livskvalitet, ettersom kategorien «syk-arbeidsledig» inngår i denne, og god helse vil være en forutsetning for mye annen aktivitet: Fem av ti med sykdom opplever livskvaliteten som lav (score 0-5). Videre finner vi de yngre under 24 år, samt elever/studenter og aleneboende i den nederste enden av skalaen. I motsatt ende finner vi den høyeste utbredelsen av god livskvalitet i de delene av befolkningen som har høy alder/pensjonisttilværelse, lever i partnerforhold, dels med høy utdanning og høy inntekt samt bosted i Fjellregionen.

Vi merker oss betydningen av sivilstand, og dermed tilgangen på nære relasjoner, som ofte fremheves i studier av variasjoner i livskvalitet. Blant gifte/registrerte partnere oppgir fire av ti (43%) at livskvaliteten er høy. Andelen faller til tre av ti (28%) blant samboende og videre til to av ti (20%) blant enslige.

Endelig ser vi at både høy alder og høy inntekt øker tilfredsheten, samtidig som vi vet at (husstands)inntektene er høyest i midtlivsfasen

35-66 år. Når vi kontrollerer inntektsnivåene for alder, finner vi den laveste tilfredsheten blant de yngste med lav inntekt (gjennomsnitt 7,3 på ti-punktskalaen – to av ti i denne kategorien kjenner ikke husstandens inntekt). Deretter stiger den noe med både lader og inntekt, og er om lag like høy blant eldre med lav inntekt (score 8,5) som blant unge med høy inntekt (score 8,3), mens den er aller høyest blant eldre personer med høy inntekt (score 9,0).²⁰

Vi skal imidlertid være oppmerksomme på at befolkningens utdanningsnivå, som i seg selv er utslagsgivende for opplevd livskvalitet, bare i begrenset grad varierer med innbyggernes alder. Det vil si, på tross av at denne egenskapen på mange måter er knyttet til alder: Utdanningsnivået vil være lavest blant de yngste, der flere ennå befinner seg i utdanningsløpet, samt blant de eldste som ikke har hatt de samme muligheter til å fullføre et lengre utdanningsløp. Vi kommer nedenfor tilbake til de sosiale og demografiske kjennetegnene, når vi utdyper variasjonene i befolkningens livskvalitet og livssituasjon.

20 Høy alder tilsvarer 35 år og eldre, høy inntekt tilsvarer 451.000 eller mer.

3 HELSESTATUS



3. HELSESTATUS

Mange vil si at god helse er en forutsetning for god livskvalitet. Tidligere studier viser da også at høy livskvalitet knyttes til både god fysisk helse og fravær av psykiske plager og lidelser. Dette skyldes blant annet at noen av faktorene som bidrar til høy livskvalitet samtidig også beskytter mot vansker som eksempelvis alvorlig depresjon og angst- og depresjonslignende plager. Høy livskvalitet kan i så måte betraktes som en viktig beskyttelsesfaktor mot – snarere enn motpolen til – psykisk sykdom. Videre synes livskvalitet og trivsel også å ha positive konsekvenser for den fysiske helsetilstanden, muligens på grunn av positive effekter på sosiale relasjoner, livsstil og helseatferd, stress, ulykkeforekomst og generell mestring, men potensielt også direkte på immunforsvaret. Studier av sammenhengene mellom fysisk helse, psykiske plager og livskvalitet er et relativt nytt forskningsfelt slik at kunnskapen om disse sammenhengene, og hvordan de utvikler seg over tid, fremdeles er begrenset.²¹

Når dette er sagt, viser tidligere studier at de fleste i Norge opplever egen helse som god. Folkehelseinstituttet peker på at selv om flere må leve med kroniske sykdommer, har den norske befolkningen aldri har vært så frisk som nå. Andelen som vurderer egen helse som svært god eller god har for perioden 2008-12 varierer rundt 80% for landet som helhet. På den annen side, og samtidig som levevanene blir bedre, går utviklingen i et folkehelseperspektiv saktere enn ønsket. Og utviklingen er ujevnt fordelt. Den sunneste delen av befolkningen bor i hovedstaden.²²

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

3.1 Egenvurdert helse

Egenvurdert helse er et sentralt og hyppig anvendt mål i vurderingen av befolkningens helsetilstand. På den ene siden reflekterer vurderingen helsetilstanden slik den oppleves av innbyggerne selv, i motsetning til en «objektiv» medisinsk diagnose. Ved bruk av ett enkelt

spørsmål, får man indirekte bred informasjon om flere forhold, inkludert biologiske, psykologiske og sosiale, samlet i en enkelt indikator. Generelt sett regner man at vurderingen ikke bare speiler dagens situasjon, men også utviklingen gjennom livet, kjennskap til sykkelighet og dødelighet i nær familie, samt vurdering av sykkelighet relativt til jevnaldrende. Tidligere studier dokumenterer dessuten nær sammenheng mellom egenvurdert helse og risiko for sykkelighet /død, bruk av helse-tjenester samt risikofyllt arbeidsmiljø. Vurderingen gjelder fysisk så vel som psykisk helse.

Dårligere helse enn ellers i landet

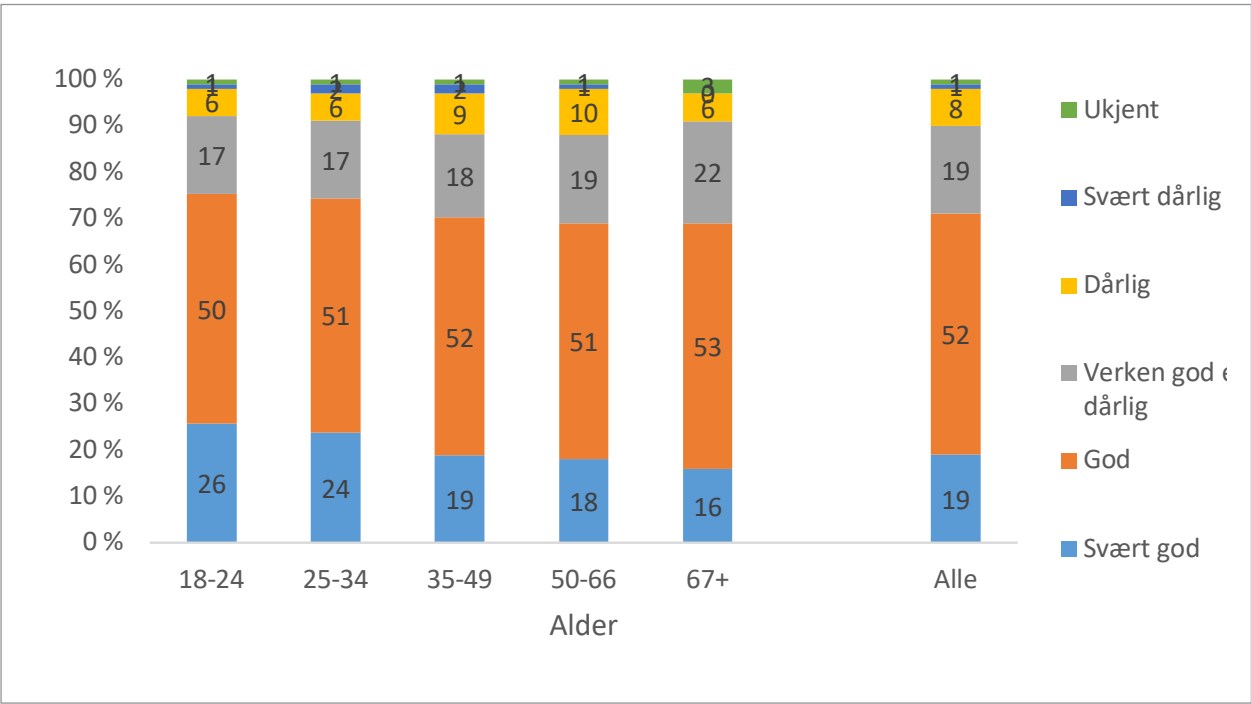
Norges befolkning er regelmessig spurt om hvordan de vurderer egen helse, sånn i alminnelighet, blant annet i de nasjonale helseundersøkelsene. Selv om mange lever med én eller flere sykdommer eller plager i hverdagen, rapporterer like fullt de aller fleste helsen som god. Åtte av ti (78%) sier i den siste levekårsundersøkelsen fra 2017 at helsen er «god» eller «svært god».23 Bare en mindre andel, 7 prosent, oppgir å ha dårlig eller meget dårlig helse. De fylkesvise variasjonene er små (fra laveste 79% til høyeste 84%). Hedmarkingene bekrefter det generelle bildet, samtidig som nivået for andelen med god helse ligger noe under landsgjennomsnittet.

De fleste, syv av ti (71%), vurderer helsen sin som god, og ligger da om lag åtte prosentpoeng under landsgjennomsnittet (Figur 3.1). Halvparten sier «god» mens to av ti sier «svært god». To av ti sier verken - eller, mens en av ti vurderer helsen som dårlig. Andelen med «dårlig» helse er da på nivå med situasjonen i landet for øvrig. Vurderingene varierer ellers i liten grad mellom kvinner og menn. De tydeligste demografiske helserelaterte forskjellene finner vi etter alder, og da særlig som synkende andel «svært god» helse med stigende alder.

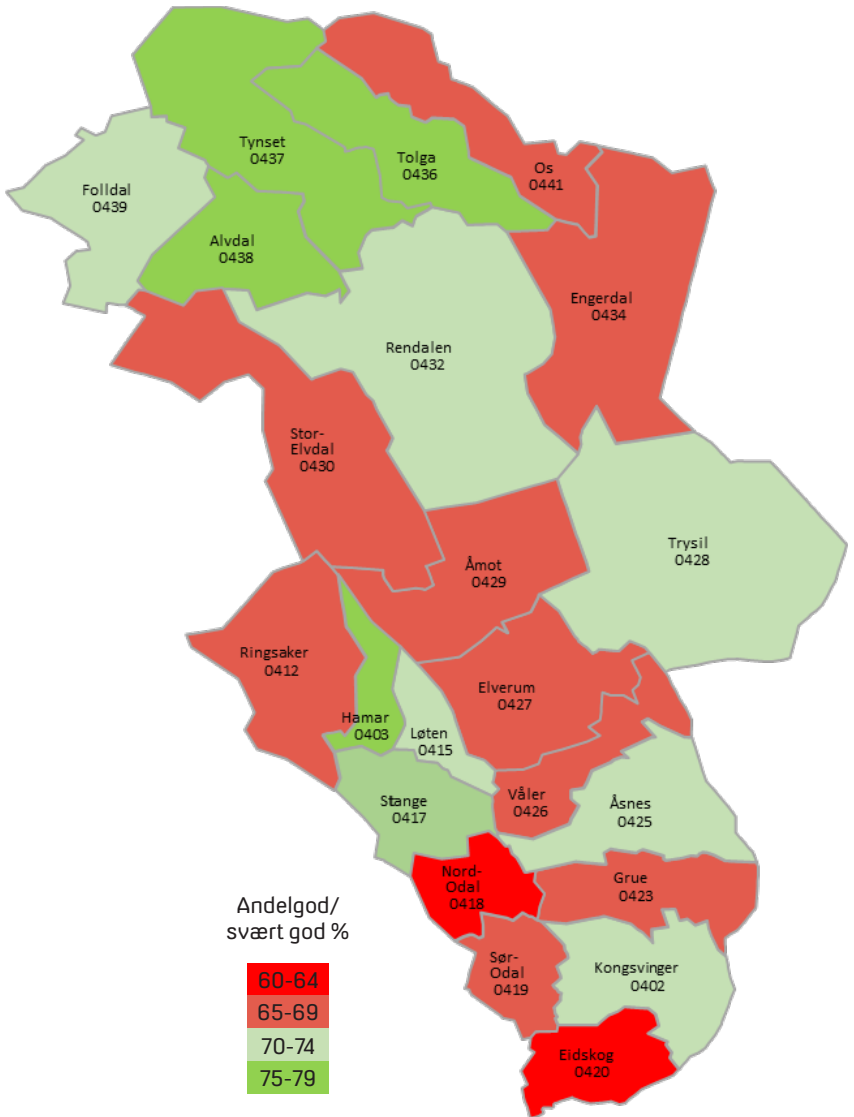
Små regionale helsevariasjoner

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

Figur 3.1: Egenvurdert helse etter alder. Prosent, n=7 792.



Figur 3.2: Egenvurdert helse etter bosted? etter kommune. Andel med svært-/ganske god helse. Prosent, n=7 792.



21 <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
22 <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold/hvert-3-aar/2016-06-20>
23 <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/helse>

Andelen med svært god/god helse varierer fra laveste nivå i Eidskog og Nord-Odal, der seks av ti (63% og 62% henholdsvis) rapporterer helsen som god, til et sett kommuner der nesten åtte av ti rapporterer det samme: Hamar (77%), Alvdal (75%), Tynset (79%) og Tolga (78%). Med høy forekomst av god helse i tre av de nordligste kommunene i fylket, betyr det også at situasjonen i Fjellregionen fremstår som den beste (76% vurderer helsen som god), via Kongsvinger-regionen (69%), Hamarregionen (73%) Sør-Østerdal (68%). I så måte bekreftes til dels de regionale variasjonene i opplevd livskvalitet, der Fjellregionen også kom ut med den beste og Sør-Østerdal med den dårligste vurderingen. Helsetilstanden kan i så måte være et uttrykk for den allmenne vurderingen. Det vil si, gitt at de regionale variasjonene er relativt små, og at bildet av likhet er mer treffende enn forskjellene.

Systematiske variasjoner i helsetilstanden

Ut over regionale variasjoner, viser tidligere studier til betydelige sosiale helseforskjeller i landets befolkning. Personer med lang utdanning og høy inntekt har den beste helsen, og har også hatt den største helseforbedringen over tid. Generelt sett finner man at forskjellene gjør seg gjeldende gjennom hele det sosioøkonomiske hierarkiet. Videre spekuleres det i årsakssammenhengene: Dels er det naturlig å tenke seg *seleksjon*, der de med best helse fra barndommen, eller tilbøyelighet til å leve sunt og ta til seg helseråd, får bedre utdanning og økonomi. Foreløpig vet man ikke hvor mye slike forhold betyr, og det er

vanskelig å måle effektene. Mye tyder imidlertid på at de samlede sosiale levekårene gjennom hele livet påvirker sannsynligheten for å utvikle kroniske sykdommer eller lidelser, slik vi ovenfor har sett for vurderingen av livskvalitet.²⁴

Helsevurderingen varierer blant hedmarkingene systematisk med innbyggernes hovedaktivitet, bl.a. fordi helsetilstanden i stor grad er styrende for hva man foretar seg i hverdagen. Dels følger vurderingen andre sosioøkonomiske statuskennetegn som utdanningsnivå og inntekt, slik vi innledningsvis har sett det for egenopplevd livskvalitet (Tabell 3.2):

- God helse polariserer dels befolkningen, og assosieres på den ene siden med yrkesaktivitet, høy utdanning og – inntekt. Samtidig finner vi blant dem med god helse også de yngste under 34 år, dels sammenfallende med elever og studenter.
- Dårlig helse assosieres med høy alder og pensjonisttilværelse, lavt utdanningsnivå og lav inntekt. I tillegg finner vi utbredt dårlig helse, dels per definisjon, blant personer med hovedaktivitet som syke, arbeidsledige, på trygd, etc.
- Men bildet er ikke entydig: Som i de tidligere studiene finner vi også i Hedmark personer på sykemelding og trygd, blant dem med svært god egenvurdert helse, mens vi tilsvarende finner høyinntektspersoner blant dem med dårlig helse.

Tabell 3.2: Egenvurdert helse etter sosial og demografisk bakgrunn. Prosent.

Bakgrunn		Hvordan vurderer du helsen din, alt i alt?							n
		Svært god	God	Verken god eller dårlig	Dårlig	Svært dårlig	Vet ikke	Sum	
Inntekt	751.000>	32	55	9	3	0	0	99	478
Hovedaktivitet	Elev/student	28	51	13	7	1	1	101	683
Utdanning	Univ. høy	27	55	11	5	0	1	99	1389
Alder	18-24	26	50	17	6	1	1	101	939
Inntekt	551-750.000	25	60	12	3	0	0	100	1088
Hovedaktivitet	Yrkesaktiv	24	56	16	3	0	1	100	4289
Alder	25-34	24	51	17	6	2	1	101	1142
Utdanning	Uni. lav	22	54	16	6	1	1	100	1800
Inntekt	451-550.000	22	54	19	4	0	1	100	1244
Bosted	Hamarregionen	21	52	18	7	1	1	100	1947
Sivilstand	Samboende/kjæreste	21	51	19	7	1	1	100	2269
Kjønn	Kvinne	20	51	19	8	1	1	100	4383
Sivilstand	Gift/partner	20	54	18	7	1	1	101	3367
Bosted	Fjellregionen	20	56	16	6	1	2	101	1765
Bosted	Sør-Østerdal	19	49	21	8	1	1	99	1642
Kjønn	Mann	19	52	19	8	11	1	100	3409
ALLE		19	52	19	8	1	1	100	7792
Alder	35-49	19	52	18	9	2	1	101	1764
Alder	50-66	18	51	19	10	1	1	100	2271
Inntekt	Ukjent	18	43	25	10	2	3	101	528
Utdanning	Videregående	17	51	21	9	2	1	101	3040
Bosted	Kongsvinger-regionen	17	52	20	9	1	1	100	2438
Sivilstand	Alene	16	49	22	9	2	2	100	1746
Alder	67+	16	53	22	6	0	3	100	1676
Inntekt	351-450.000	16	52	23	8	1	1	101	1459
Hovedaktivitet	Alderspensjon	15	53	23	7	0	2	100	1570
Inntekt	<350.000	14	46	23	12	3	2	100	2640
Hovedaktivitet	Annet	14	47	26	7	2	5	101	242
Utdanning	Grunnskole	11	44	29	12	2	2	100	1066
Hovedaktivitet	Syk/ledig	5	26	27	32	8	2	100	902

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

Unge kvinner utsatt

Tidligere analyser viser at særlig unge kvinner sliter psykisk med helsen – som da også vil kunne innvirke på den generelle helsevurderingen. Vi har sett at andelen som oppgir helsen som god i Hedmark, er den samme blant kvinner og menn totalt sett (syv av ti). Likheten er også slående for andelen som sier «svært god» (to av ti). I Hedmark, ser vi imidlertid at særlig de unge kvinnene i mindre grad enn de unge mennene oppgir egen helse som «svært god» (Figur 3.3).

Blant menn under 25 år sier tre av ti at helsen er «svært god», mens det tilsvarende gjelder for to av ti kvinner. Forskjellene i de unge mennenes favor er da større i denne aldersgruppen enn i de øvrige, selv om andelen som rapporterer god helse totalt sett er like stor. Det vil si, igjen gitt at likhetene er mer slående enn forskjellene.

3.2 Langvarig sykdom

Vi har ovenfor sett at forekomsten av sykdom er sentral for vurderingen av egen helse. I et historisk perspektiv påpeker man gjerne at det for 100 år siden var smittsomme infeksjons-sykdommer og tuberkulose som tok de fleste livene. Disse er nå erstattet av kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, psykiske helseproblem, diabetes, lungesykdom og muskel- og skjelettsykdommer. I et folkehelseperspektiv vil noen hevde at de kroniske sykdommene fremstår som «moderne epidemi». De rammer stadig større deler av befolkningen, og vil på lengre sikt heller ikke kunne helbredes med kurative tiltak alene.²⁵

Halvparten har langvarig sykdom

Nyere (intervjubaserte) kartlegginger bekrefter den stigende forekomsten av kronisk sykdom, der økningen har vært mest markant blant de yngste og de eldste. Veksten skyldes i stor grad stigende forekomst av astma og allergier. I den eldste delen av befolkningen viser den seg særlig i form av aldersbetingede problemer, som benskjørhet, lidelser i øyne eller ører, og ulike former for kreft. Utviklingstakten i den historiske trenden illustreres ved at andelen av befolkningen med muskel- eller skjelettlidelse økte betydelig fra om lag 18% av befolkningen over

16 år i perioden 1975-85, til 32% i 1995, som også reflekterer dagens nivå. Forekomsten av kronisk sykdom vil kunne virke særlig begrensende på den enkeltes helse og på muligheten for å utnytte de muligheter som ellers byr seg for å oppnå et godt liv (Figur 3.4).

Om lag halvparten av hedmarkingene (47%) svarer bekreftende.²⁶ I så fall er andelen høyere enn på landsbasis: I henhold til Norgeshelsa utgjør andelen med kronisk sykdom i hele befolkningen 16-79 år 33%, 24% i aldersgruppen 16-44 år og 42% i aldersgruppen 45-79 år. Samtidig er andelen høyere blant kvinner enn menn, der ytterpunktene utgjøres av unge menn (21%) og eldre kvinner (46%). Vi har tilsvarende spurt hedmarkingene om forekomsten av langvarige helseproblemer og sykdom.

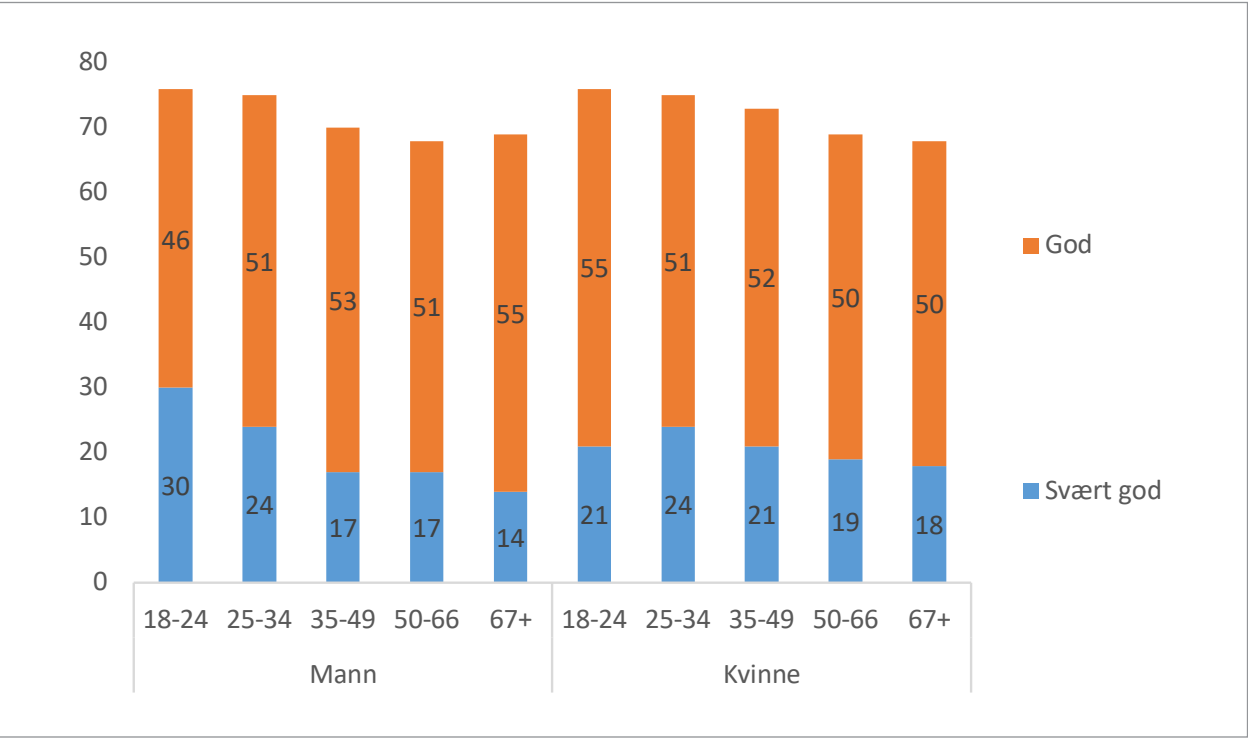
Av de tidligere kartleggingene fremgår det videre at andelen med kronisk sykdom stiger med alderen, særlig blant kvinner.²⁷ Trenden bekreftes delvis i Hedmark, der tilstandsvurderingen varierer med både alder og kjønn. Andelen plagede stiger med alderen, til om lag 50-års alder, hvoretter den flater ut – for begge kjønn. Men, mens den blant de yngste mennene utgjør to av ti, er den tilsvarende andelen blant de

yngste kvinnene fire av ti. Blant de middelaldrende og eldre over 50 år er kjønnsforskjellene små. Samtidig ser vi at de yngste i større grad enn de eldre unnlater å bevare spørsmålet: Én av ti har u-oppgitt status, både blant kvinner og menn.

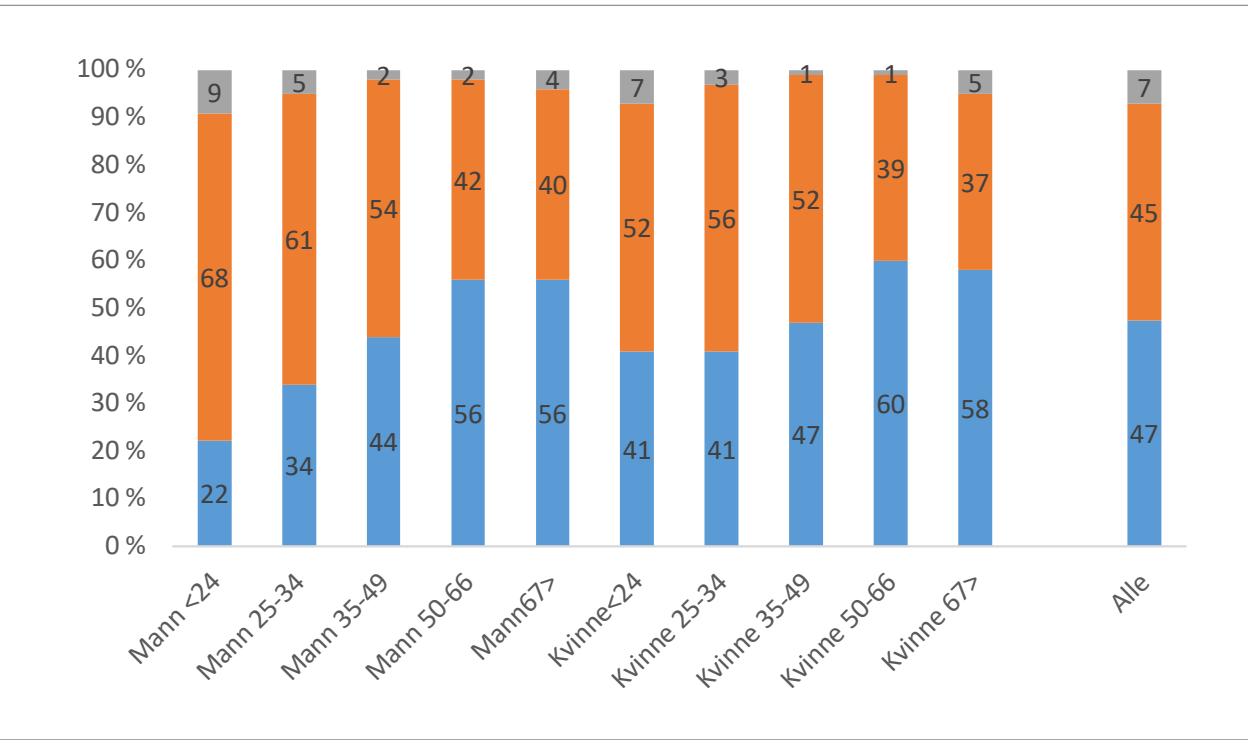
Tre-fire av ti har nedsatt funksjonsevne

Sykdommens konsekvens for opplevd livskvalitet vil ofte være betinget av hvorvidt den faktisk virker begrensende på den daglige aktivitetsutfoldelsen. Dessuten vider forskningen på livskvalitet at forekomst av langvarig sykdom ikke helt og holdent er avgjørende for den generelle helsevurderingen. Bl.a. er mange kronikere positivt innstilt til egen helse.²⁸ Noe av forklaringen antas å ligge i det at helse har flere dimensjoner enn dem som kan knyttes til den konkrete sykdommen. Dessuten vil forskjellige personer kunne vektlegge ulike sider ved helsen sin.

Figur 3.3: Egenvurdert helse etter kjønn og alder. Andel «svært god» og «God». Prosent, n= 7 792.

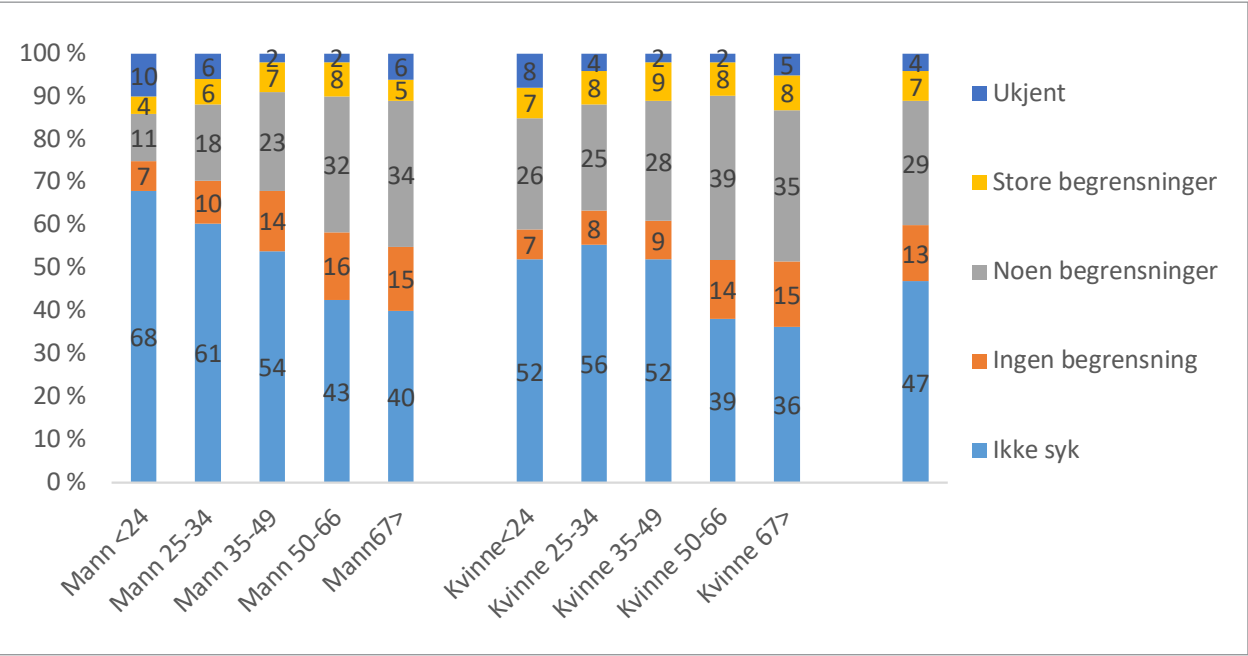


Figur 3.4: Andel med langvarige sykdom eller helseproblemer etter kjønn og alder. Prosent, n=7 460.



25 <https://www.aftenposten.no/norge/i/bn6b5/--Kroniske-sykdommer-er-dagens-epidemier>
26 D.v.s., det partielle frafallet er størst blant de yngste – som er holdt utenfor i denne beregningen
27 Norgeshelsa, statistikkbank: Kronisk sykdom 16-79 år. <http://norgeshelsa.no>.
28 Friestad (1999).

Figur 3.5: Sykdom/helseplager og begrensninger i å utføre vanlige hverdagsaktiviteter, etter kjønn og alder. Prosent, n= 7 437)



Hedmarkinger med langvarig sykdom eller skade, er følgelig bedt om å beskrive i hvilken grad sykdommen medfører begrensninger i utøvelsen av vanlige hverdagsaktiviteter (Figur 3.5).

Mens halvparten av befolkningen ikke har sykdom, oppgir én av ti å ha sykdom uten at den begrenser hverdagsaktiviteten. Tre av ti har sykdom som medfører noen begrensninger, mens i underkant av én av ti sier den har store begrensninger. Kriteriet for «nedsatt funksjonsevne» er gjerne at man har plager som medfører noen- eller store begrensninger i hverdagen. Andelen som oppgir å ha nedsatt funksjonsevne som følge av sykdom (36%) er da om lag dobbelt så høy i Hedmark som for hele den norske befolkningen (16%).²⁹

Små geografiske variasjoner

I den grad bosted vil ha betydning for funksjonsdyktigheten, vil årsaken dels kunne speile sosiale og demografiske variasjoner mellom kommuner og regioner, men også variasjoner i tilrettelegging for nedsatt funksjonsevne (Figur 3.5, se neste side).

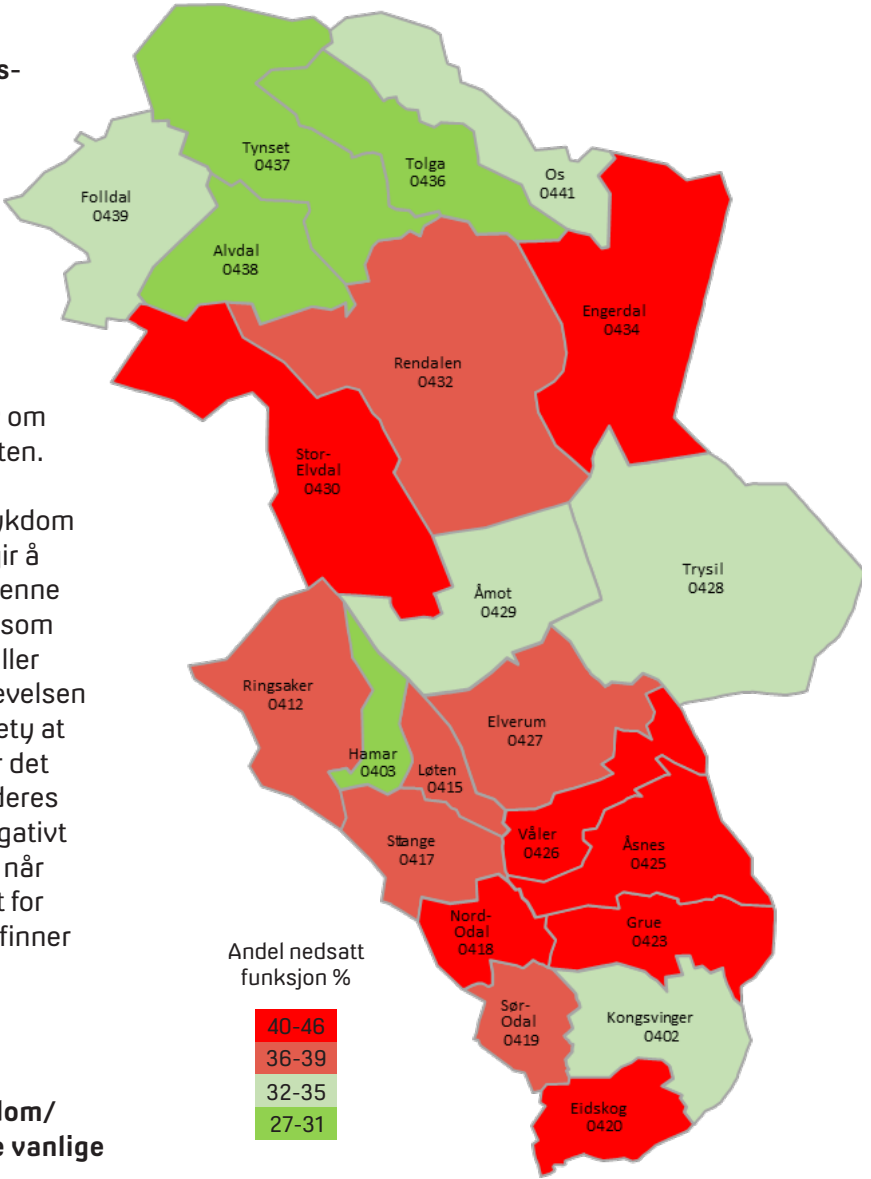
De geografiske variasjonene er til dels større enn observert for de øvrige indikatorene så langt, der avstanden mellom laveste og høyeste forekomst er på 20 prosentpoeng. Høyest andel med nedsatt funksjonsevne finner vi i Grue (46%), etterfulgt av Åsnes (45%) samt Eidskog 44 samt Engerdal og Nord-Odal (begge 43%). Lavest forekomst finner vi i Hamar (30%) samt de tre nordligste kommunene Alvdal og Tynset (begge 30%) samt Tolga (27%). Det betyr samtidig at den nordligste regionen kommer best ut (31% har nedsatt funksjonsevne), etterfulgt av Hamarregionen (35%), Sør-Østerdal (38%) og Kongsvingerregionen (40%).

Mens andelen med sykdom stiger med alderen, ser vi det samme bildet for sykdommens alvorlighetsgrad når det gjelder nedsatt funksjonsdyktighet. Dette gjelder særlig i «noen grad» og særlig blant kvinner. I aldersgruppen under 25 år sier én av ti menn (11%) og tre av ti kvinner (26%) at tilstanden medfører noen begrensninger. Andelen som opplever «svært store» begrensninger er om lag den samme, uavhengig av kjønn og alder (én av ti). Samtidig merker vi oss at når de yngste kvinnene i større grad enn de yngste mennene rapporterer

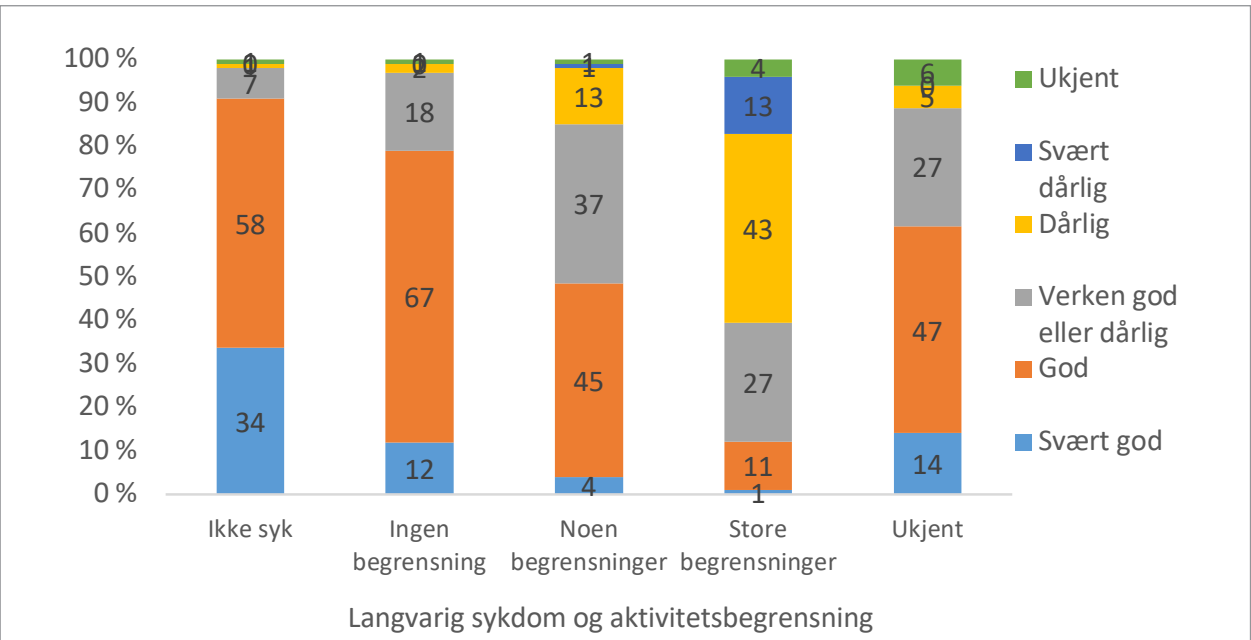
Figur 3.5: Andel med nedsatt funksjonsevne, etter bosted. Prosent, n=7 460.

begrensninger, så gjelder dette særlig for plager som i «noen grad» begrenser hverdagsaktivitetene. Men også andelen med store begrensninger er nesten dobbelt så høy blant kvinnene (syv av hundre) i denne aldersgruppen enn blant mennene (fire av hundre), selv om andelen med store plager totalt sett er liten.

Videre er det klart at når fire av ti med sykdom som påvirker hverdagen i høy grad oppgir å ha dårlig helse, så deler seks av ti ikke denne vurderingen. Det kan skyldes at lidelser som medfører ulike former for funksjonstap eller invalidiserende smerter ligger bak opplevelsen av dårlig helse. Og tilsvarende kan det bety at selv om man lever med varig sykdom, er det få som har sykdommer som begrenser deres livsutfoldelse så mye at det vurderes negativt ift egen helsetilstand. I sum, det er først når funksjonsevnene svikter at det får effekt for helsevurderingen.³⁰ For hedmarkingene finner vi det samme bildet (Figur 3.7).



Figur 3.7: Egenvurdert helse etter sykdom/helseplager og begrensninger i å utføre vanlige hverdagsaktiviteter. Prosent, n=7 437).



²⁹ <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/helse>

³⁰ Blant de eldre er det nettopp fritak av varige sykdommer og funksjonsvansker som gir uttelling for opplevelsen av helsen som god (Saunes m.fl,2017).

Sammenhengen mellom sykdom og funksjonsdyktighet på den ene side, og egenvurdert helse på den annen, er klar. Blant friske personer oppgir ni av ti at helsen er god, selv om de fleste (seks av ti) begrenser seg til «ganske god». Blant personer som oppgir å ha store begrensninger i utførelsen av daglige aktiviteter, sier fem-seks av ti at helsen er dårlig – fire av disse at den er «dårlig», én av ti at den er svært dårlig.

Igjen skal vi være oppmerksomme på at halv-parten av befolkningen er friske, eller har sykdom som ikke medfører aktivitetsbegrensninger, og samtidig vurderer helsen som svært god/god (51%). Tilsvarende oppgir én av ti å ha begrensninger selv om helsen vurderes som god, mens én-to av ti oppgir helsen å være verken dårlig eller godt samtidig som sykdommen medføre ingen eller noen begrensninger. Slik sett vil syv av ti (67%) kunne betraktes som «funksjonsfriske».

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

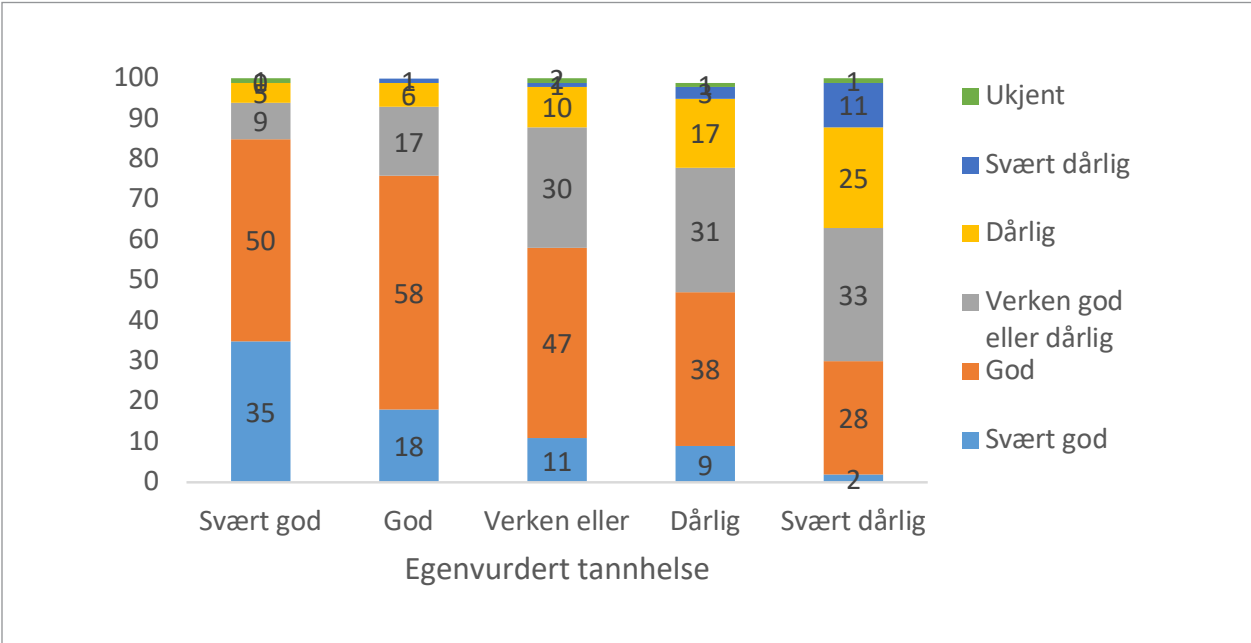
3.3 Tannhelse

Tannhelsen utgjør et viktig aspekt ved den allmenne fysiske helsetilstanden. Denne vil ofte være kritisk i et generelt levekårsperspektiv, da tannlegebesøk ikke er underlagt de samme offentlige refusjonsordninger som legebese. Andelen av hele landets befolkning som har «friske tenner» utgjør åtte av ti (81%, i 2017). Trenden på landsbasis er stabil eller svakt synkende, siden 2013 (83%). Hedmarkingene ligger i denne nasjonale vurderingen noe over landsgjennomsnittet (84%), og godt over det laveste nivå (Oslo 73%).

Blant hedmarkingene er beskrivelsen av tannhelsen ganske lik beskrivelsen av den allmenne helsetilstanden (Figur 3.8).

De fleste er godt tilfredse med tannhelsen sin, selv tilstanden beskrives som noe dårligere enn for den allmenne helsen: Syv av ti oppgir at tannhelsen god, hvorav to sier «svært god». Én av ti karakteriserer den som dårlig. Variasjonene mellom kvinner og menn, og etter alder, er mindre enn for den generelle helsevurderingen. Andelen som oppgir god tannhelse utgjør om lag syv av ti, på tvers av befolkningen.

Figur 3.9: Egenvurdert tannhelse etter egenvurdert helse? Prosent, n= 7 401.



I hvilken grad knyttes tannhelsevurderingen til vurderingen av den allmenne helsetilstanden (Figur 3.9)?

til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker.³²

Vurderingene knyttes klart sammen, selv om sammenhengen heller ikke her er entydig. Blant dem som oppgir tannhelsen å være svært god, sier åtte av ti at allmennhelsen er god. Blant dem som sier tannhelsen er svært dårlig sier tilsvarende i underkant av fire av ti at allmennhelsen er dårlig. Men også blant personer med god og dårlig tannhelse finner vi personer med dårlig og god allmennhelse, henholdsvis.

Samtidig viser tidligere studier til at psykososiale problemer og mental helse er et svært sammensatt område, som det er vanskelig å kartlegge ved hjelp av utvalgsbaserte intervju-undersøkelser. Til tross for at det er blitt mer vanlig å snakke åpent om psykiske og psykososiale problemer som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, o.l. vises det til at dette fremdeles er et sensitivt tema i intervjusammenheng – noe som også bekreftes ved variasjonene i målt omfang på tvers av ulike undersøkelser. Ulike statistikker og måleinstrumenter gir ulike bilder.³³ Målt som andel av den norske befolkningen med «psykiske plager og symptomer», berører disse hver tiende nordmann, kvinner (13%) i litt større utstrekning enn menn (11%). Trenden er stabil siden 1998 (10%).³⁴

Og, nesten seks av ti vil si samtidig at både tannhelsen og allmennhelsen er god, mens tre av hundre beskriver begge de to tilstandene som dårlige.³¹ Vi kommer i kapittel seks tilbake til tannlegebesøkenes økonomiske side.

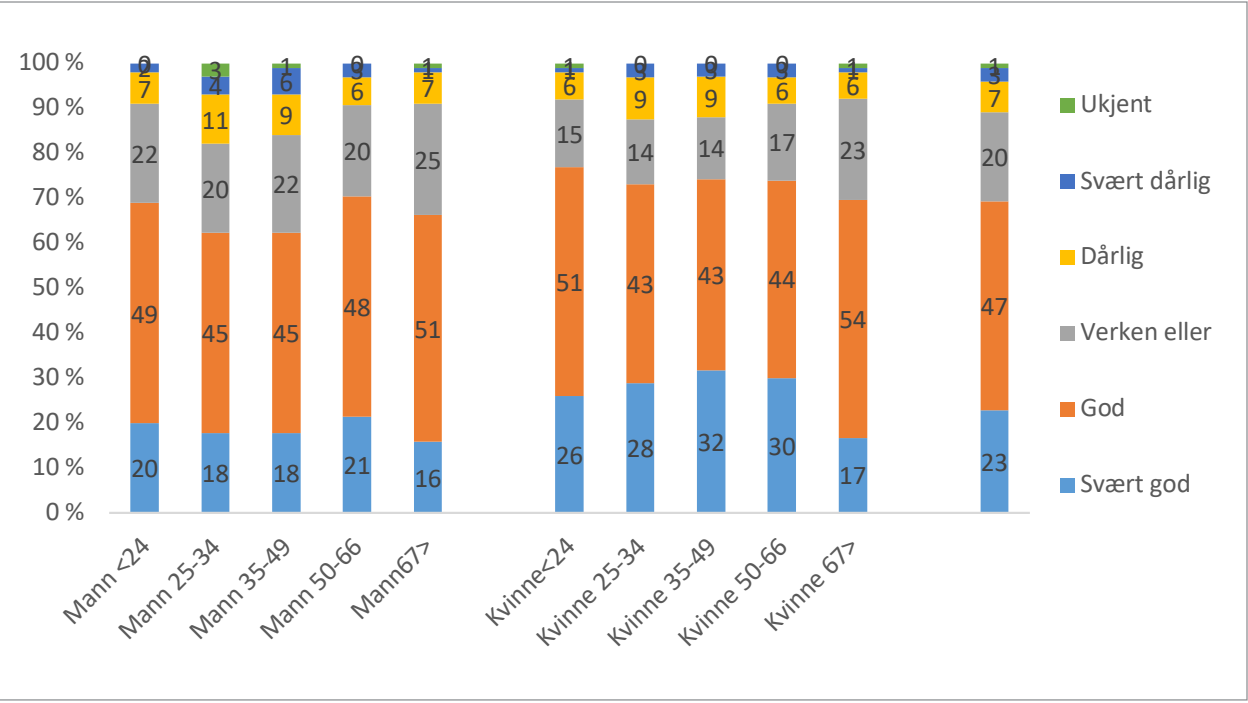
3.4 Psykososial helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet

To av ti med psykisk stress

Et hyppig benyttet instrument for måling av depresjon og nedstemthet er den såkalte Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) standarden. Basert på to spørsmål om man i løpet av de siste

Figur 3.8: Egenvurdert tannhelse etter alder og kjønn Prosent, n= 7 401.



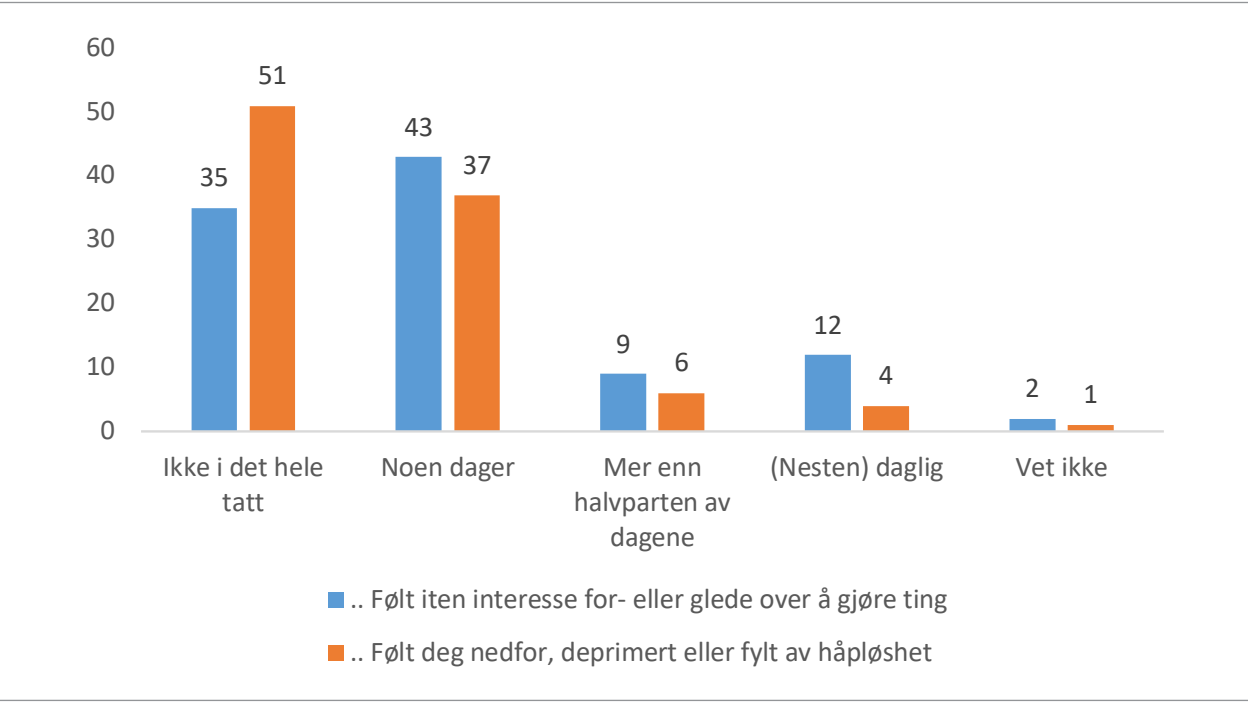
31 Vi kommer i kapittel 6 tilbake til de økonomiske sidene ved tannlegebesøk.

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

33 Saunes m.fl (2017).

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

Figur 3.10: Hvor ofte i løpet av de siste 14 dagene har du...? Prosent, n= 7 574 – 7 695.



to ukene har følt henholdsvis liten interesse for- eller glede over å gjøre ting, samt følelse av å være nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet, angis forekomst av depresjon og nedstemthet (Figur 3.10).

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

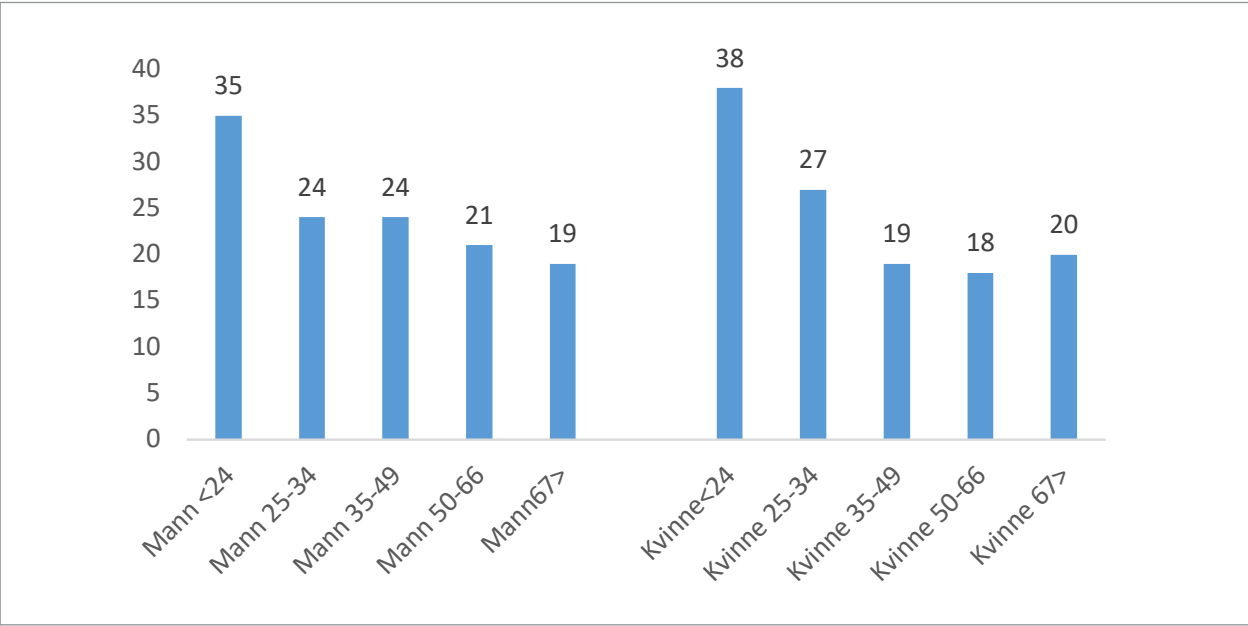
Når de to indikatorene vurderes samlet, får vi et bredt mål på forekomsten av psykisk stress (Figur 3.11 på neste side).³⁵

Stress-symptomer omfatter to av ti hedmarkinger (23%). Det er særlig blant de yngste under

25 år at denne tilstanden gjør seg gjeldende, og omfatter tre-fire av ti både blant menn (35%) og blant kvinner (38%). Fra 25-års alder reduseres omfanget til rundt to-tre av ti og ytterligere til to av ti blant de eldste over 67 år, for begge kjønn.

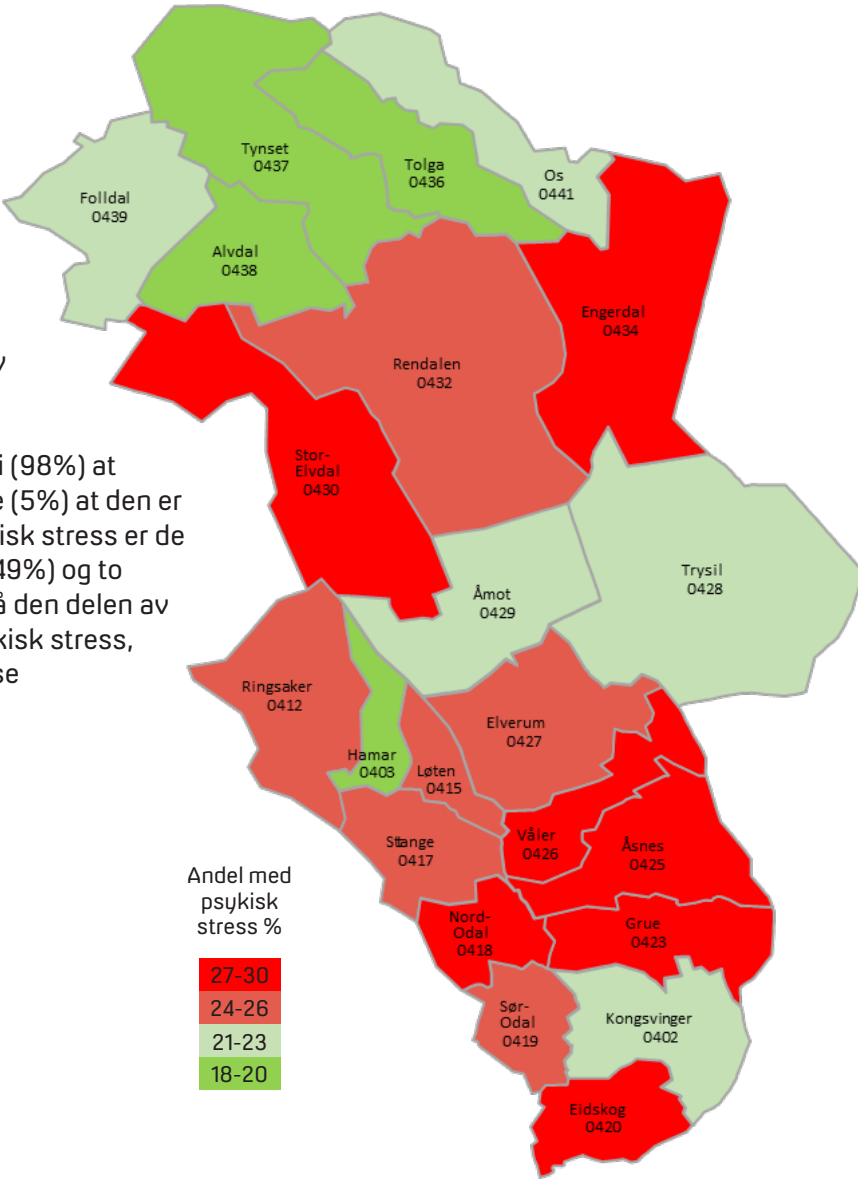
Mens andelen med kronisk sykdom varierer over fylket, er forekomsten av psykisk stress mer på linje med de øvrige helserelaterte livskvalitetsindikatorer (Figur 3.12). Forekomsten av psykisk stress varierer i utgangspunktet bare i liten grad mellom regionene, i ytterpunktene med ti prosentpoeng. Og bildet speiler dels den egenvurderte livskvaliteten. Lavest andel med psykisk stress finner vi igjen i fylkets nordligste deler, i Tynset, Folldal og Alvdal (alle med 20%), Rendalen (18%) og Engerdal (18%), denne gang sammen med Elverum (19%). Høyest forekomst observeres i Stor-Elvdal og Åmot (28%), Åsnes (27%), Nord-Odal (28%) og Eidskog (27%). Det betyr igjen at Fjellregionen relativt sett fremstår med den beste situasjonen (21%) etterfulgt av Sør-Østerdal og Hamarregionen (begge 22%) samt Kongsvingerregionen (25%).

Figur 3.11: Andel med psykisk stress (PHQ-2 score 3 eller høyere). Prosent, n=7 322.



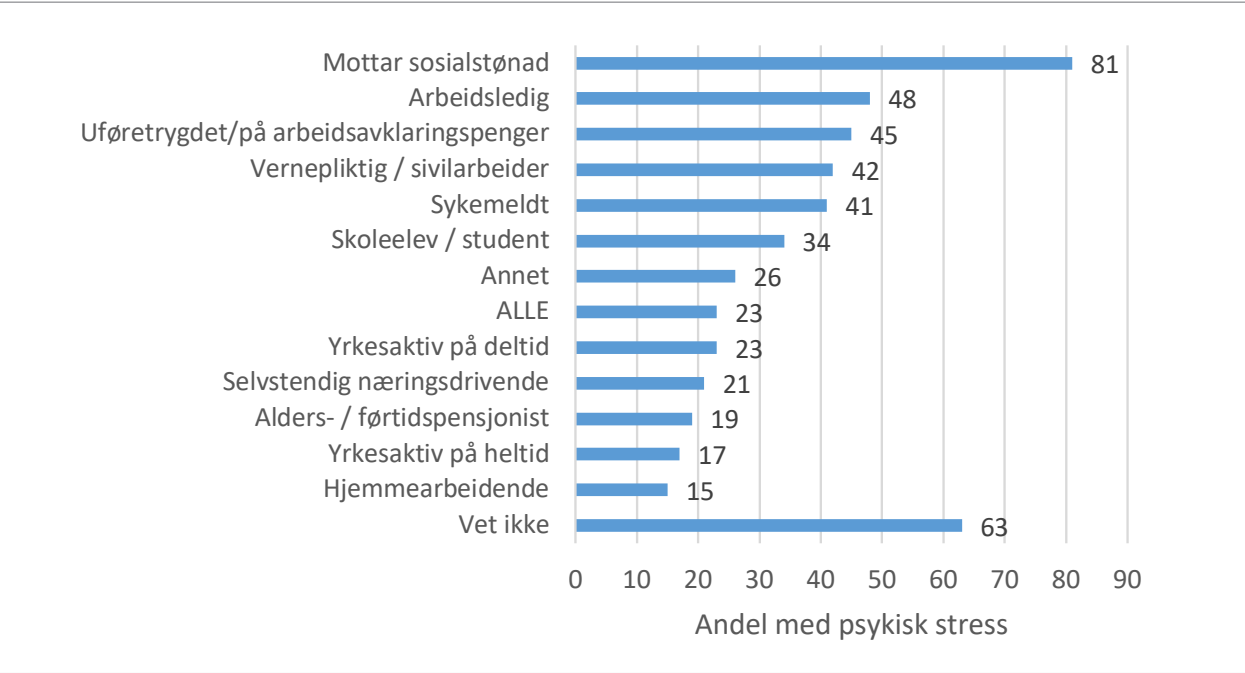
Figur 3.12: Opplevd psykisk stress etter bosted. Prosent, n=7 322.

Det er for øvrig ingen overraskelse at det mentale aspektet inngår i vurderingen av egen helse i sin alminnelighet: Blant personer uten psykiske stress-symptomer sier åtte av ti (98%) at helsen er god og seks av hundre (5%) at den er dårlig. Blant personer med psykisk stress er de tilsvarende andelen fem av ti (49%) og to av ti (21%). Vi må se nærmere på den delen av befolkningen som opplever psykisk stress, for å stille en mer presis diagnose (Avsnitt 2.3).



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

Figur 3.13: Opplevd psykisk stress etter hovedaktivitet. Andel med PHQ-2 score 3 eller høyere, n= 7 190.



Psykisk stress marginaliserer

Før vi ser nærmere på den psykiske «diagnosen», skal vi dele litt ved forekomsten av psykisk stress i hverdagen (Figur 3.13).

Det antydes at stressituasjonen i det vesentlige knyttes til mindre og utsatte grupper i samfunnet. Mens åtte av ti i befolkningen vil være engasjert i yrkeslivet, eller har gått av for alderspensjon, ser vi at stressforekomsten i disse kategoriene er relativt lav, i størrelsesorden 15-20%. Blant studenter, som utgjør den neste store hovedaktiviteten øker den til 34%. Det er imidlertid blant sykemeldte, trygdede, arbeidsledige og personer på sosialstøtte at stress-symptomene særlig gjør seg gjeldende. I disse kategoriene vil fire-fem av ti kjenne på stress, og blant personer på sosialstøtte åtte av ti. Disse kategoriene utgjør på sin side om lag én av ti i befolkningen, hvorav igjen de fleste (syv av hundre) er trygdede og personer på arbeidsavklaringspenger.

3.5 Sinnsstemning

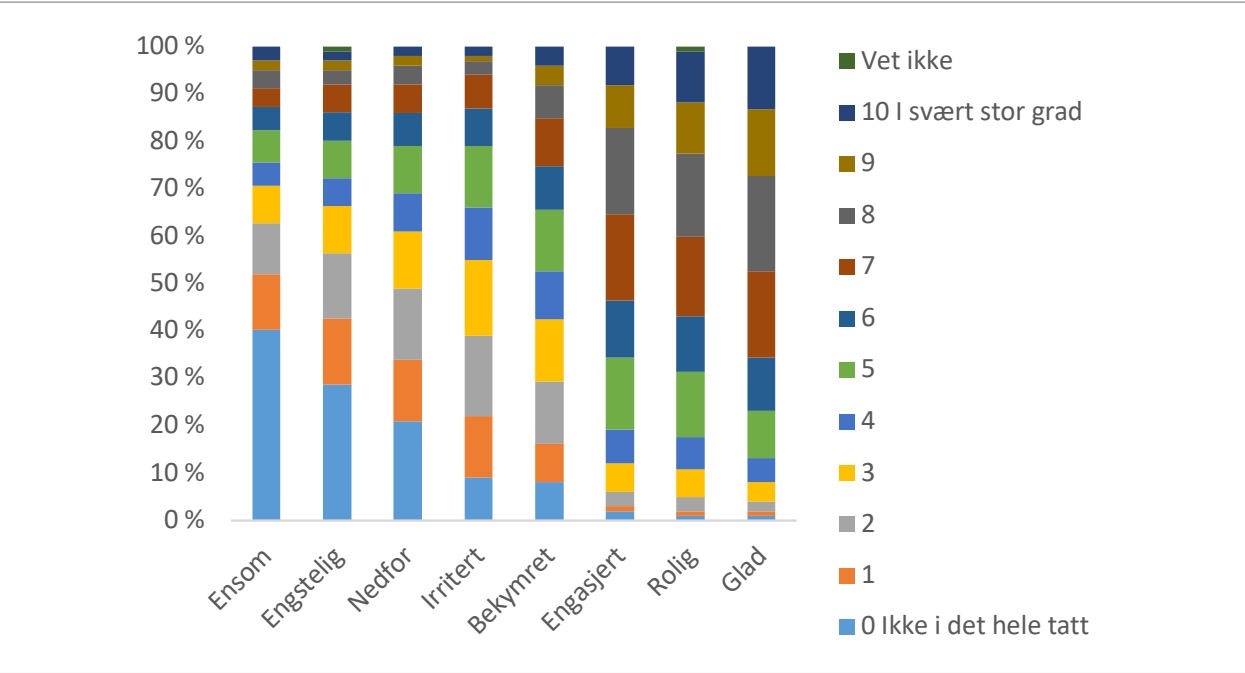
Den allmenne tilfredsheten med helsen og livet vil kunne speile mange ulike forhold. Ikke minst vil det være relevant å studere nærmere ulike

aspekter ved den psykiske helsetilstanden og hvilke elementer som underbygger psykisk stress. For å få et bedre innblikk i de bakenforliggende faktorene, er hedmarkingene anmodet om å beskrive hvordan de har opplevd den siste uken.

Bekymringer oftest forekommende

Det finnes som nevnt flere måter å kartlegge forekomsten av angst og depresjon på, der bildet som tegnes varierer med fremgangsmåten. Et ofte benyttet instrument er Hopkins Symptom Checklist, bestående av 25 ulike egenskaper (såkalt HSCL-25). Ettersom kartlegging av alle egenskapene er relativt omfattende i en regulær befolkningskartlegging, benyttes gjerne en forkortet utgave med åtte av indikatorene, den såkalte HSCL-8, som også legges til grunn for denne kartleggingen blant hedmarkingene.³⁶ Gitt den forkortede versjonen er også vurderingsskalaene ulike på tvers av undersøkelser. I en kartlegging ved Oslo legevakt, blant pasienter som ble utsatt for bombeattentatet 22. juli 2011, har man benyttet en fem-punkt skala, der man scoret fra 0 (ikke plaget) til 4 (stadig svært plaget).³⁷ Mens halvparten av pasientene rapporterte en lik eller over 1,0 etter ti måneder,

Figur 3.14: Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du...? Prosent, n= 7 318 – 7 383.



utgjorde den tilsvarende andelen 40% etter tre år. Dvs. det var ingen signifikant nedgang i gjennomsnittsskårene for noen av spørsmålene på skårene for angst og depresjon fra ti måneder til tre år hos dem som svarte ved begge måletidspunkter (dels grunnet begrenset utvalg på 40 pasienter).

I hedmarkundersøkelsen benyttes en ti-punkts vurderingsskala, fra score 0- Ikke i det hele tatt, til 10- I svært stor grad, for hver av de åtte sinnsstemningene (Figur 3.14). Egenskapene har dels motsatte fortegn, og utgjør en blanding av «oppstemte» og «nedstemte» uttrykk. I utgangspunktet vil vi forvente at stemningene speiler hverandre: Man kan ikke samtidig være både svært glad og svært nedfor. Dette er da også tilfelle. Dersom vi rangerer egenskapene fra venstre mot høyre etter skala-fordelingen, og uten hensyn til egenskapenes innhold, får vi dette bildet: Motpolene utgjøres av «Glad» (halvparten plasserer seg i kategoriene 8-10 langs denne aksen) og «Ensom» (seks av ti plasserer seg i kategoriene 0-2 langs denne aksen). Til venstre for «Glad» finner vi med synkende forekomst «Rolig», «Engasjert» og «Bekymret». Tilsvarende finner vi til høyre for «Ensom», med stigende forekomst «Engstelig», «Nedfor» og «Irritert». «Bekymret» og «Irritert» indikerer med andre ord stemninger der den

største andelen plasserer seg inn mot sentrum (halvparten gir score 3-7) mens de øvrige egenskapene virker polariserende i hver sin retning.

Tabell 3.3: Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du...? Gjennomsnitt og standardavvik, vurderings-score 0-10, samt prosentandel med score 1- eller 6 og høyere, n= 7 318-7383, n alle symptomer=6 797.

Symptom	Gj.snitt 0-10	Std. Avvik	Andel score 1+ (%)	Andel score 6+ (%)
Bekymret	4,2	2,7	91	33
Uengasjert	3,6	2,3	92	19
Iritert	3,4	2,4	90	20
Stresset	3,4	2,3	89	18
Nedfor-trist	3,0	2,7	78	20
Lei	2,9	2,2	88	13
Engstelig	2,7	2,7	70	18
Ensom	2,4	2,9	58	17
Alle symptomer	3,2	1,8	79	5

36 SSB – Helse i Norge, <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa41/helseogsyk.pdf>.
37 <https://tidsskriftet.no/2018/06/originalartikkel/22-juli-2011-psykiske-reaksjoner-hos-pasienter-ved-legevakten-i-oslo>

Dersom vi omgrupperer svarene, slik at de får samme «mentale retning», forenkles sammenlikningen (Tabell 3.3).

Gjennomsnittet langs vurderingsscoren varierer fra høyeste bekymret (4,2) til laveste ensom (2,4). Dette tilsvarer andeler av befolkningen som rapporterer forekomst (score 1 eller høyere) på henholdsvis 91% og 58%. Forekomsten vil dermed dels være avhengig av hvor vi setter grensen for følelsesavvik. Dersom vi sier at man må score 6 eller høyere for å ha symptom, gjelder dette for tre av ti (33%) i forhold til bekymringer og for to av ti (17%) i forhold til ensomhet. Én av ti har opplevd å være lei seg (motsatt av «glad»).

Ulike målemetoder, befolkningsgrunnlag og referanseskalaer kompliserer sammenlikningen med befolkningen i hele landet. En kartlegging fra 1998 viser at 19% har opplevd å ha liten interesse for noe, 26% å være ensom, 27% følelse av nedtrykthet og tungsindighet, mens 35% har erfart nervøsitet eller bekymring.³⁸ I så fall stemmer disse overens med score 6+ indikatorene i Hedmark, med unntak av ensomhet.

Dersom vi, ved hjelp av statistisk analyse, søker etter mønstre i holdningsdannelsen, finner vi at alle egenskapene reflekterer én og samme underliggende sinnsstemning. Det er særlig «Glad» og «Trist» som bygger opp under denne allmenne stemningen, mens den i minst grad styres av irritasjon og engasjement.³⁹

Når vi vurderer forekomsten av symptomer på tvers av alle indikatorene finner vi videre at gjennomsnittsscoren varierer lite mellom kvinner og menn og på tvers av fylkets regioner, men synker klart med stigende alder fra score 4,0 blant de yngste (høy verdi=høy forekomst av symptomer) til 2,7 blant de eldste, er høyere blant aleneboende (score 3,9) enn blant gifte (score 2,9), er høyere blant syke og ledige (score 4,7) enn blant alderspensjonister (score 2,7) og synker med stigende inntekt (fra score 3,7 på laveste inntektsnivå til 2,5 på høyeste).

Endelig er det klart at sinnsstemningene speiler allmenntilstanden, enten det gjelder tilfredshet med livet i sin alminnelighet, hvor meningsfylt man opplever det man gjør eller helsetilstanden generelt sett. De som vurderer helsen å være svært dårlig rapporterer samtidig høyest forekomst av stress (score 6,7), mens den er lavest blant dem som har den beste helsevurderingen (score 2,3).

Meningsfylt tilværelse

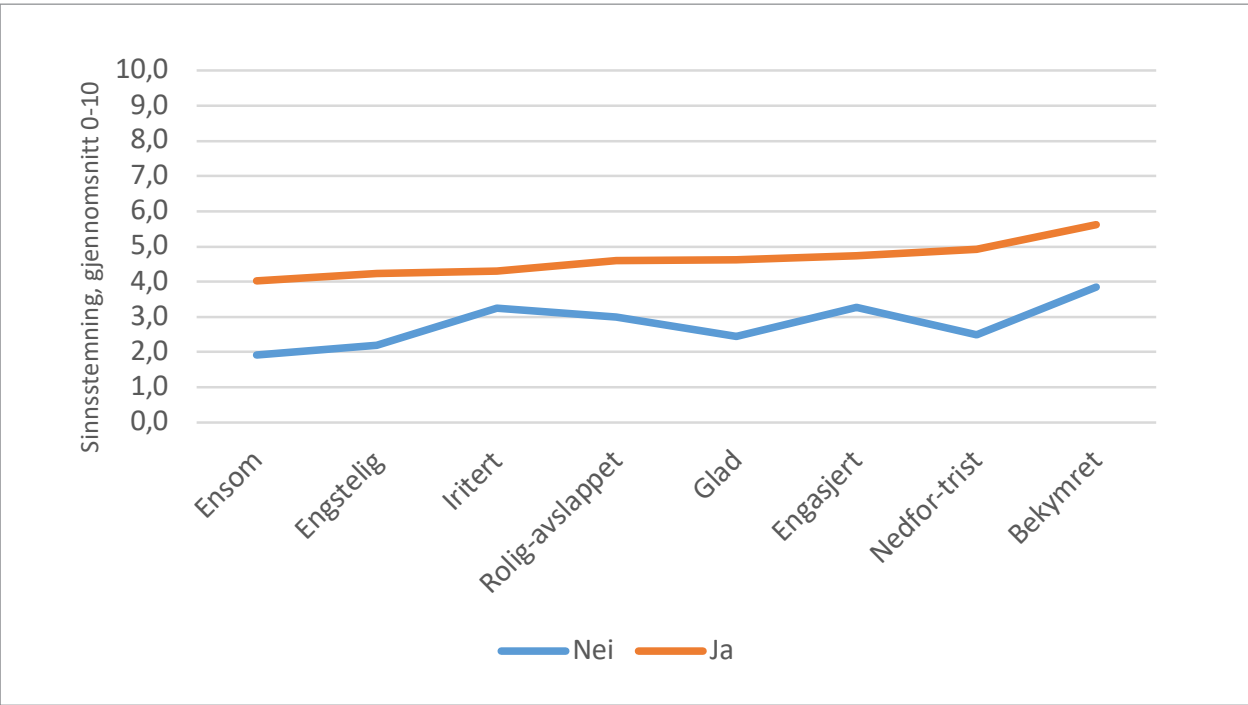
Når dette er sagt, har vi innledningsvis sett at det å ha glade følelser, og det å utvikle seg og skape mening med livet, vurderes forskjellig. Mens enkelte vil hevde at disse opplevelsene er rake motsetninger, hevder andre at det å oppleve interesse i løpet av en dag henger sammen med hvor tilfredse folk er med livet generelt, også i større grad enn det velbehag gjør. Tilfredshet fanger dermed opp begge sider ved en underliggende «lykketilstand». Krevende aktiviteter kan gjøre oss fornøyde, fordi de gir mening i livet. For dem som er tyngre til sinns eller lever under vanskelige livskår, kan en tilværelse som oppleves som meningsfylt kanskje sørge for at man er fornøyd med livet likevel.⁴⁰

La oss avslutningsvis i dette avsnittet se hvilke sinnsstemninger som styrer den allmenne forekomsten av psykisk stress og nedstemthet (Se figur 3.15 på neste side).

Stemningene er sortert etter stigende forekomst – utsagnsretningene er vendt samme veg, slik at stigende verdi viser stigende grad av stress:

- Personer med depressive tendenser viser høyere grad av stress på alle de åtte indikatorene, enn befolkningen for øvrig.
- Befolkningen uten stress-symptomer viser også innslag av stress på alle indikatorene, men i lavere grad.
- Ensomhet er i minst- og bekymringer i størst grad forekommende, uansett om man har depressive symptomer eller ikke.

Figur 3.15: Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene, etter forekomst av psykisk stress. Gjennomsnitt stemningsscorer 0 (negativ) – 10 (positiv), n= 6 797.



Bildet som tegnes indikerer med andre ord varierende helsetilstand, i tråd med situasjonen i hele landet. Samtidig bekreftes det at de individuelle tilpasningene til denne tilstanden vil kunne være forskjellige. Eksempelvis viser de tidligere kartlegginger at opplevelsen av egen

helse kan henge sammen med det sosiale nettverket man omgir seg med. Eventuell sykdom, plager eller handicap kan oppleves som tyngre om man samtidig har dårlig nettverk. Dette kommer vi tilbake til nedenfor.

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

39 Faktoranalyse: En analyseteknikk som søker å identifisere underliggende svarmønstre med utgangspunkt i statistiske sammenhenger mellom et større sett enkeltegenskaper. Dersom to eller flere av egenskapene korrelerer statistisk, tilordnes disse en egen underliggende dimensjon. Dimensjon nr. 2 utledes tilsvarende ved å søke tilsvarende mønstre mellom de resterende variablene, og prosessen gjentas til det ikke er mer variasjon å forklare. Dersom ingen av egenskapene samvarierer, utledes like mange faktordimensjoner som egenskaper. Dersom alle egenskapene er sterkt samvarierende, utledes en enkelt dimensjon.

40 <https://forskning.no/psykologi/lykken-er-ikke-bare-a-vaere-fornoyd/529925>



4

AKTIVITETS-
UTFOLDELSE



4. AKTIVITETSUTFOLDELSE

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

4.1 Hovedaktivitet

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

Det kan imidlertid ligge mange beveggrunner bak dette mønsteret, ettersom sosiale forhold endres over livsløpet. Pensjonister vil kanskje være tilfredse med at den yrkesaktive delen av livet er over, og at de kan trekke seg tilbake og yte sitt otium. Blant yrkesaktive vil en stressende arbeidsdag kunne trekke livs-

kvaliteten ned. Det samme gjelder studenter, som i tillegg ofte har dårlig råd. Vi må se nærmere på hvilke livssituasjoner de ulike hovedaktivitetene representerer, før vi nedenfor kommer tilbake til betydningen av sosiale nettverk.

4.2 Fysisk aktivitet

De helsemessige gevinstene ved (moderat) fysisk aktivitet er veldokumenterte. På den ene side gir arbeidsaktivitet i seg selv viktige helsefordeler og reduserer dødelighet og sykkelighet generelt. Ja, fysisk inaktivitet hevdes å utgjøre vårt nye store helseproblem. Tre av fire barn og unge, og halvparten av den voksne befolkningen er for lite aktive i forhold til faglige anbefalinger om daglig aktivitet. For lite aktivitet er videre, sammen med for høyt energiinntak, den viktigste årsaken til overvekt og diabetes type 2. Det vil si, nyere forskning påpeker at sammenhengen mellom overvekt og dårlig helse ikke er så entydig som man tidligere har hevdet: Slanking gir ikke mindre sykkelighet og lavere dødelighet. Om vektreduksjon oppnås på kort sikt, kommer kiloene etter hvert tilbake, og da gjerne i høyere monn enn da slanking startet.⁴¹ Uansett er ubalanse mellom inntak og uttak av energi uheldig, enten konsekvensen er vektøkning eller vekttap.

På den annen side viser studier også at trening og fysisk aktivitet i ungdomsårene gir psykologiske fordeler og påvirker humøret senere i livet. Effekten gjør seg med andre ord ikke bare gjeldende like etter treningsøkten, men viser at trening kan ha en langtidseffekt. Personer som har bedrevet fysisk aktivitet i ungdomsårene, er også de mest aktive som voksne, samtidig som man også sporer en positiv langtidseffekt på humøret (I motsetning til lottomillionærer, som ikke er lykkeligere et par år etter at gevinsten kom inn på konto).⁴²

Stillesitting typisk for hedmarkingene?

Fokus er de senere årene i stigende grad rettet mot tiden vi tilbringer i ro, særlig etter at man i 2014 innførte nasjonale anbefalinger om å redusere stillesitting.⁴³ Ja, det hevdes gjerne at

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

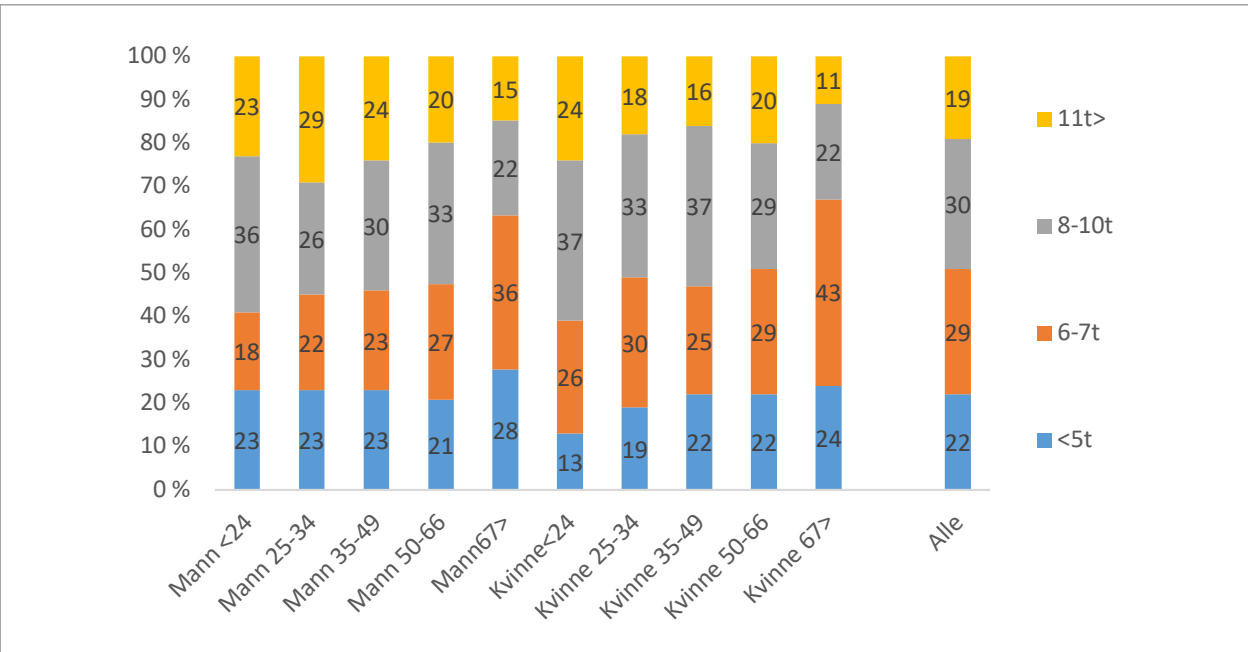
I utgangspunktet tenker vi oss at den enkeltes hovedaktivitet i betydelig grad vil bestemme det daglige aktivitetsnivået: Yrkesaktive og studenter reiser mellom hjem og skole/arbeidssted, og har ofte en fysisk krevende arbeidsdag. Samtidig viser forskningen at vi også har sluttet å bevege oss på arbeidsplassen de siste 40-50 årene. Dette kompenseres i noen grad med trening, men langt fra fullt ut. Den totale fysiske aktiviteten har falt dramatisk. Det hører også med til bildet at energiinntaket holdt seg stabilt eller økt, slik at befolkningen i sum er blitt tyngre. Endelig understrekes det at fysisk inaktivitet er mye farligere

enn det å ha noen ekstra kilo fett på kroppen. I sum: fysisk aktivitet har større betydning for folkehelsen enn vektreduksjon, samtidig som dette dels er to helt forskjellige ting. La oss se hvor aktiv hedmarksbefolkningen vanligvis er, og i hvilken grad aktivitetsnivået kan føres tilbake til ulike livssituasjoner.

Det er allment kjent at det er utfordrende å registrere fysisk aktivitet med hjelp av spørreskjema og selvrapportering. Nøyaktig registrering krever bruk av bevegelsesmålere. Aktivitetsmåling er imidlertid vanskelig i en bredt anlagt befolkningskartlegging, så vi er her henvist til spørreskjemaet. Problemstillingen er imidlertid rett frem: Vi ber innbyggerne tenke på den tiden de bruker på jobb, hjemme, på kurs og på fritiden og ber dem vurdere hvor mange timer av dagen de tilbringer sittende. Stillesitting er eksemplifisert med tiden man sitter ved et arbeidsbord, hos venner, mens man leser, sitter- eller ligger for å se på TV (Figur 3.2).

Spørsmålet viser seg også i utgangspunktet relativt vanskelig å besvare for hedmarkingene, selv om andelen som lar være å svare eller oppgir «Vet ikke» ikke er svært høy. Blant dem som oppgir tid, er tilbakemeldingene imidlertid dels inkonsistente.⁴⁴

Figur 4.2: Timer tilbragt sittende på en vanlig hverdag, etter kjønn og alder. Prosent, n= 5 643.



44 Kartleggingen er ikke rett frem: I spørreskjemaet anmodes man om å oppgi hele timer og minutter i to ulike felt. Dette medfører at mange tilsynelatende fører minutter i «timesfeltet» om aktiviteten er under en time, eller minutter som overstiger en time i «minuttfeltet». Dersom man leser svarene rett frem, er 20% av befolkningen fysisk aktive i mer enn 24 timer per døgn. For å gjenopprette konsistens er derfor minutter ut over 60 regnet om og overført til timesboksen, samtidig som timer ut over 24 er omgjort til minutter. Mediantidene er de samme før- og etter omkodningen.

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

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

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

Gitt disse begrensningene antydes det et skille i hedmarksbefolkningen ved rundt 8 timer. Halvparten av befolkningen er stillesittende mer- halvparten mindre enn åtte timer. Åtte timer tilsvarer da om lag en arbeidsdag, eller om lag 50-60% av døgnets våkne timer. Andelene som er svært aktiv (5 timer eller mindre stillesitting) eller svært lite aktiv (11 eller flere timer stillesittende) utgjør begge om lag to av ti.

Kartlegginger basert på både spørreskjema og objektiv aktivitetsmåler, viser at norske menn og kvinner er omtrent like fysisk aktive. I selvrapportering viser menn høyere nivå enn kvinner, men forskjellen forsvinner ved kontroll med fysisk aktivitetsmåling. Når man tidligere har antatt at menn er mer aktive enn kvinner, kan det med andre ord skyldes unøyaktigheter i måleinstrumentene. Blant annet vises det til at bevegelsessensorer registrerer aktivitet man kanskje ikke ville tenkt på å rapportere, som for eksempel lek med barn og husarbeid. Tidligere studier dokumenterer da også at aktivitetsnivået er ganske jevnt etter fylte 30 år. Det nivået du har da, beholder du gjerne fram til du når 65-70 år. Så, mens vi i utgangspunktet kanskje kunne tenke oss at stillesittingen ville stige med alderen, etter som den fysisk helsen gjerne svekkes over

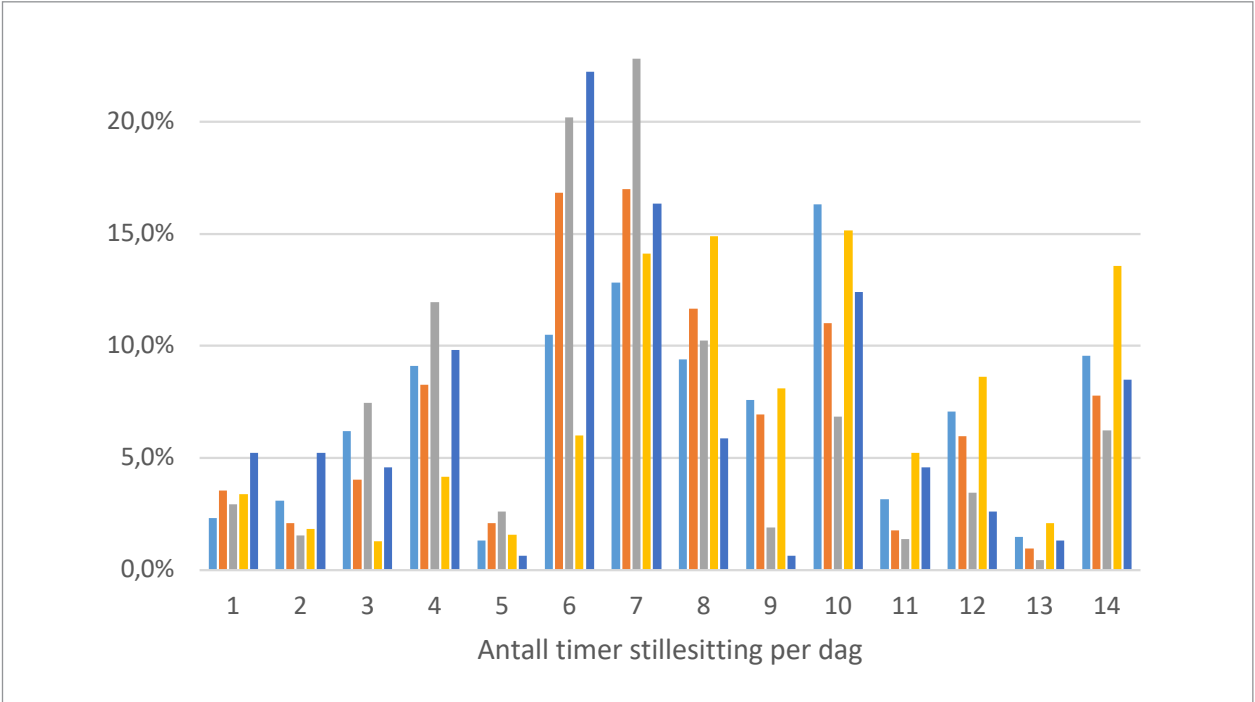
livssyklusen (slik vi har sett for helsetilstanden), er dette ikke nødvendigvis tilfelle, og bekreftes også blant innbyggerne i Hedmark. Selv om det i store trekk er likheten i aktivitetsmønsteret på tvers av kjønn og alder som er det slående, antydes det at det fysiske aktivitetsnivået kan være noe høyere blant de aller eldste, enn i befolkningen for øvrig.

Hvem er de inaktive?

Samtidig som åtte av ti i hele landets befolkning utøver mindre fysisk aktivitet enn den anbefalte normen, viser det seg altså vanskelig å identifisere hvem som beveger seg nok, og hvem som ikke gjør det. Og det er i helger og ferier at de største forskjellene oppstår. Arbeidsuka virker strukturerende, og utjevner forskjellene mellom kvinner og menn. Betrakter vi stillesittingen etter hovedaktivitet blant hedmarkingene, utdypes bildet (Figur 4.3).

Rapporteringen kjennetegnes av enkelte topper, rundt 4, 6-7 og 10 timer, som skyldes at registreringen er basert på omtrentlige anslag. Samtidig avviker pensjonistene og de «andre» med mindre inaktivitet enn yrkesaktive og studenter. Særlig blant studentene har mange lange stillesittende dager.

Figur 4.3: Fysisk aktivitet etter hovedaktivitet. Prosent, n= 5 643.



Men, mens vi kanskje ville tro at det ville være en klar sammenheng mellom stillesitting og vurdering av egen helsetilstand, så viser dette seg ikke å være tilfelle. Det samme gjelder også for egenvurdert livskvalitet. Andelen med høyest aktivitetsnivå (inntil 5 timer stillesitting) er like stor blant de minst- (29%) som blant de mest (28%) tilfredse. Andelen med lavest aktivitetsnivå (11 eller flere timer stillesitting) er imidlertid høyest blant de mest mis-tilfredse (35%) og synker med stigende tilfredshet til de mest tilfredse (16%).

4.3 Arbeidsreiser

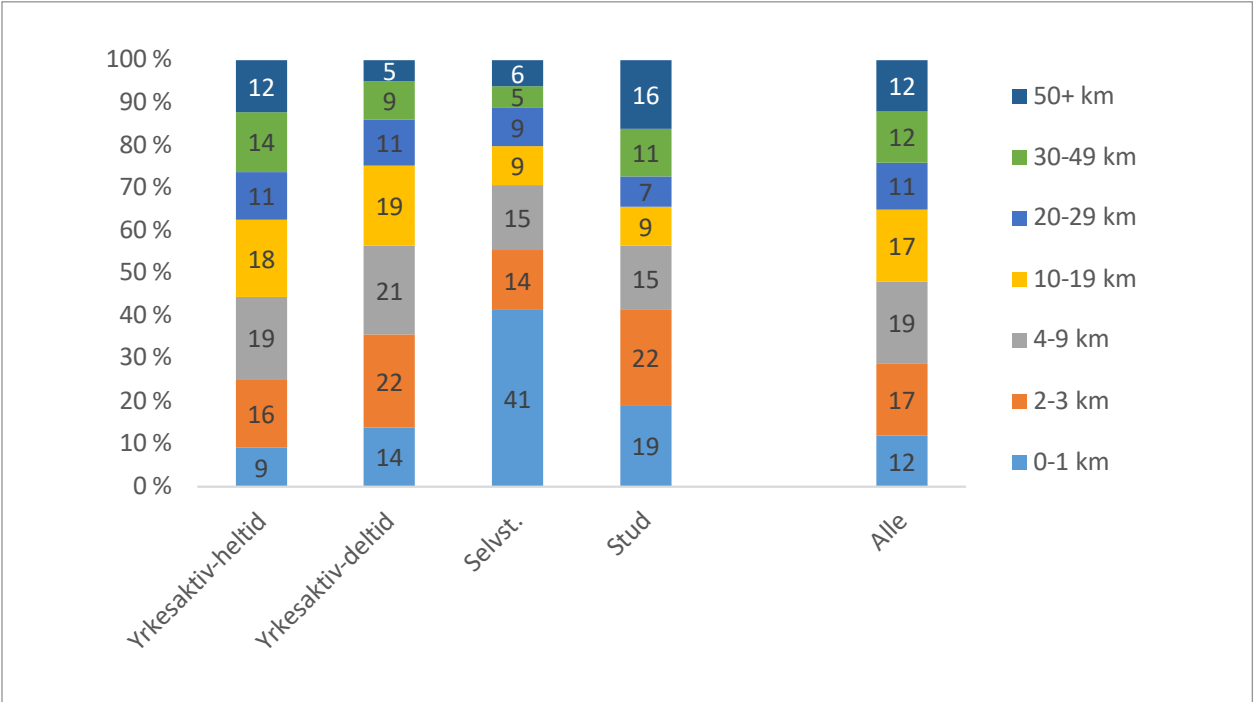
Ut over det fysiske aktivitetsnivå en yrkes- og skolehverdag innebærer, reiser man til- og fra arbeids-/studiested. På den ene side antar man gjerne at korte avstander og trygge gang- og sykkelveier mellom viktige mål-punkter som f.eks. bolig og skole, eller bolig og arbeid, har stor ulykkesforebyggende betydning. Samtidig vil turen frem- og tilbake til jobb gir mulighet for fysisk aktivitet under reisen. Med andre ord vil utstrakt stillesitting i noen grad kunne kompenseres ved fysisk aktivitet under arbeidsreisene, avhengig av reisens lengde og valg av transportmiddel.

Varierende reiselengder

Yrkesaktive og elever/studenter på Hedmark er bedt om å anslå avstanden fra hjemstedet til arbeids-, skole- eller studiested. I gjennomsnitt er reisen 25 km.⁴⁵ Variasjonene er imidlertid betydelige, fra de korteste på under 1 km til de lengste på rundt 900 km. For de lengste reisene vil det da ikke være snakk om ordinære daglige arbeidsreiser, men eventuelt pendling. For de korteste vil det kunne dreie seg om hjemme-kontor eller arbeid utført hjemmefra. På den annen side vil vurderingen av «hjem» kunne variere. Enkelte tenker kanskje på avstand til barndomshjem om de har kortere fravær grunnet studiesituasjon, og ikke på avstanden mellom nåværende bopel og studiestedet (Figur 4.4).

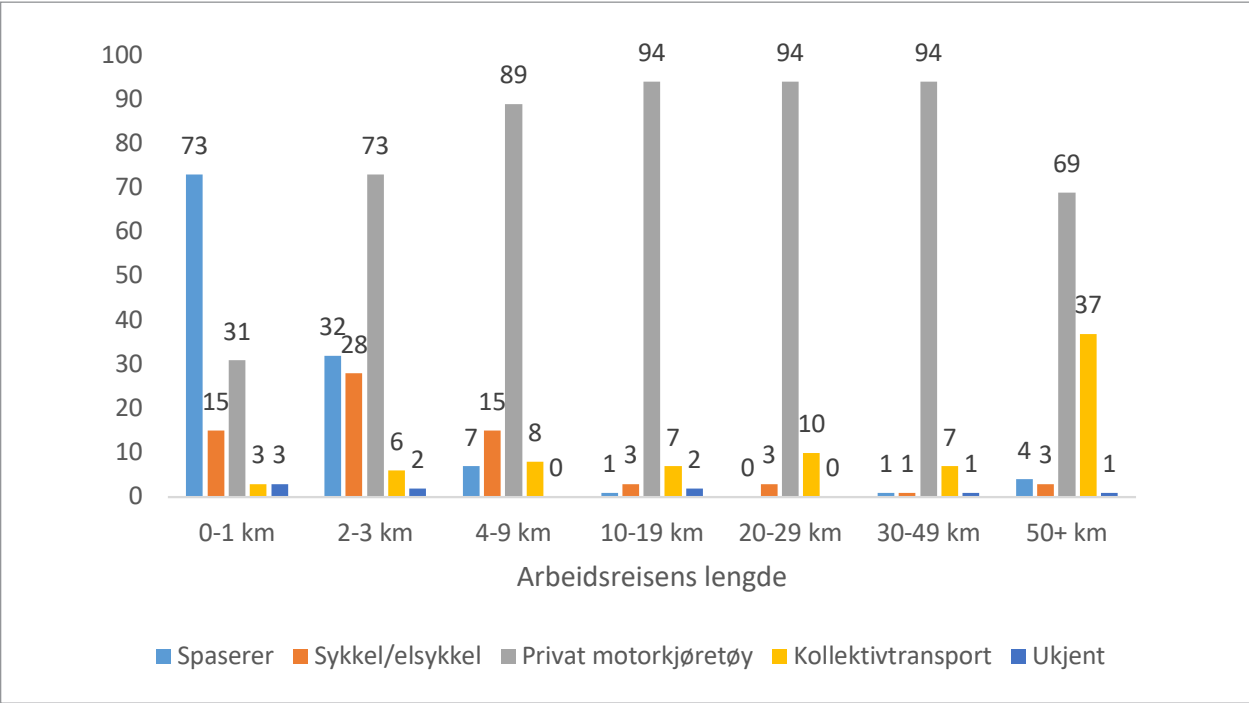
Vurderingsgrunnlaget nyanseres når reise-avstanden sammenliknes mellom studenter og yrkesaktive: De korteste reisene finner vi blant deltidsarbeidende og selvstendige (16-18 km). Deretter følger heltidsarbeidende (26 km) og studenter (37 km). Samtidig indikeres en polarisering blant studentene: Seks av ti reiser inntil 10 km mens tre av ti reiser 30 km eller mer. Blant de selvstendige har mange svært kort reisevei, og noen av disse vil da kunne ha hjemmekontor.

Figur 4.4: Yrkesaktive og studenter: Arbeidsreisens lengde etter hovedaktivitet. Prosent, n= 4 145.



45 Median reisetid er 10 km.

Figur 4.5: Transportmiddel benyttet mellom hjem og arbeid/skole/studiested, etter arbeidsreisens lengde? Prosent, n= 4 212.



Videre, og gitt at hovedaktivitetene fordeler seg relativt jevnt over regionen, betyr det at også arbeidsreiseavstandene er relativt jevnt fordelt over fylket? Dersom vi avgrenser oss til de heltids yrkesaktive, med forbehold om at enkelte utvalgskategorier er små, varierer disse fra de lengste reisene i Rendalen (51 km), Sør-Odal (46 km) og Nord-Odal (42 km) til de korteste i Elverum (18 km), Os (16 km) og Tynset (13 km).

Bilen viktigste transportmiddel

Arbeidsreisenes lengde sier imidlertid i seg selv ikke nødvendigvis noe om innholdet av fysisk aktivitet undervegs. Samtidig begrenses de mest fysisk aktive reisemåtene gjerne av reiseavstandens lengde. La oss se nærmere på hvilke transportmidler som benyttes under arbeidsreisene i Hedmark (Figur 4.5).

Privatbilismen dominerer, stort sett uavhengig av arbeidsreisens lengde. Seks av ti bruker privatbil. På de aller lengste reisene erstattes bil dels av kollektivtransport. På de korteste reisene, under 1 km, spaserer man gjerne. Sykkel er også et alternativ ved reiser inntil 3 km. På den annen side vil valg av transportmiddel ofte bestemmes av hva man har tilgang på, som igjen dels er

økonomisk bestemt. Bilen benyttes av åtte av ti yrkesaktive ansatte, seks av ti selvstendige samt fire av ti studenter. Fire av ti selvstendige og tre av ti studenter spaserer. Sykkel benyttes blant én av ti, uansett hovedaktivitet. Fire av ti studenter benytter kollektivtransport, mot én av ti i de andre hovedaktivitetene.

Transportvanene på Hedmark avviker da ikke vesentlig fra vanene i landet for øvrig, der syv av ti vanligvis benytter seg av motorkjøretøy, og tre av ti benytter kollektivtransport, to av ti sykler eller spaserer. Avvikene vil dels kunne tilskrives Hedmark fylkes særskilte topografi, og det forhold at landets øvrige befolkning i stor utstrekning befinner seg i store byer. Tall fra Transportøkonomisk institutt viser andelen som rapporterer bil som vanligste transportmiddel er 63% og at denne andelen har vært stabil siden 1992. Sammenligner vi data på gange og sykling viser tallene at kun 7% og 11% rapporterer henholdsvis gange og sykkel som sin transportform til arbeid. Det kan være behov for en økt promotering av aktiv transport i tilknytning til arbeidsreiser.⁴⁶

46 <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>



5. NÆRMILJØ

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

I dette kapitlet ser vi nærmere på ulike egenskaper ved bostedet i bred forstand, og i hvilken grad disse understøtter eller forebygger variasjoner i livskvalitet: Det gjelder fysiske egenskaper så vel som sosiale.⁴⁷

5.1 Trivsel

Det påpekes gjerne at god helse og livskvalitet innebærer mer enn sunt kosthold og trening. Vi må også ha steder å utfolde oss. Tap av grønne plasser kan tilsvarende true folkehelsen, ved å begrense de fysiske aktivitetsmulighetene:

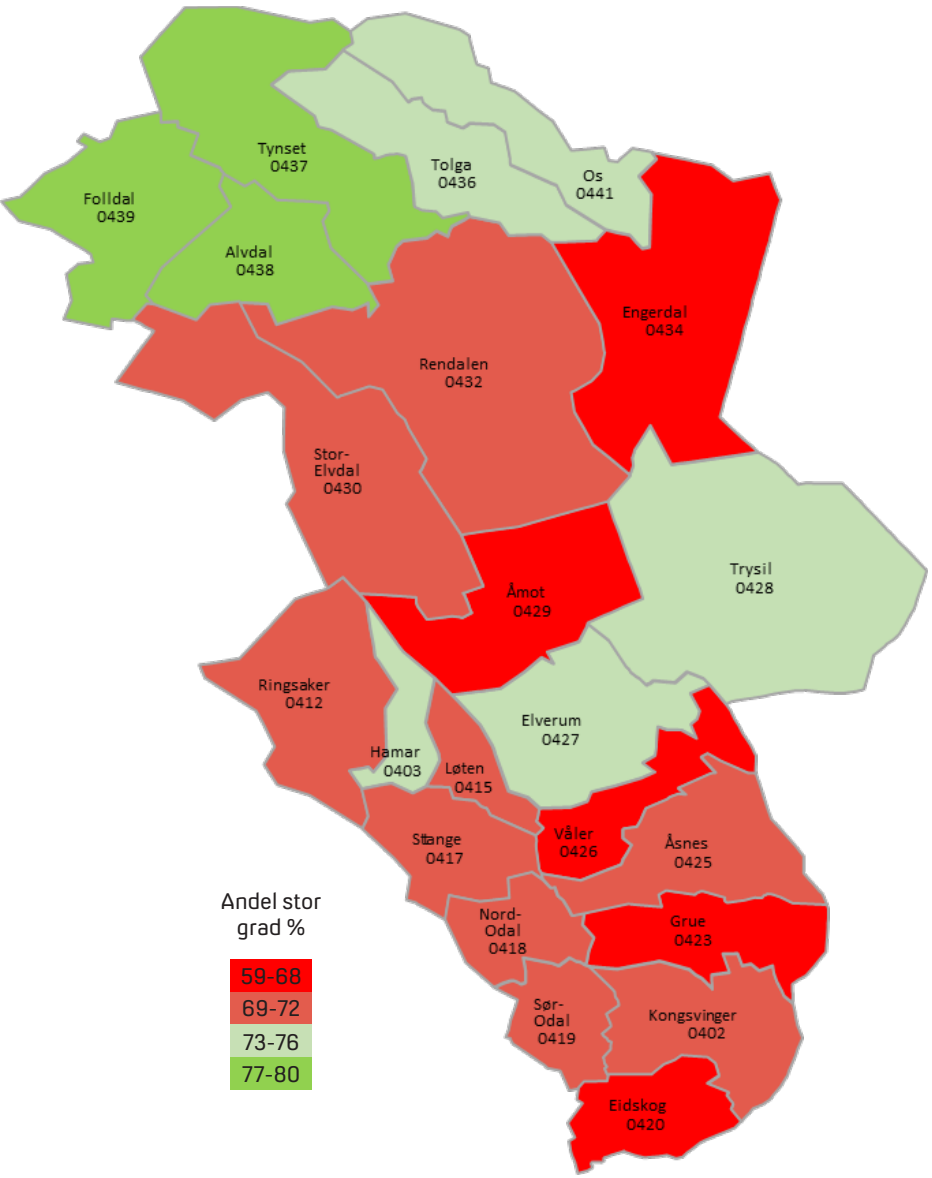
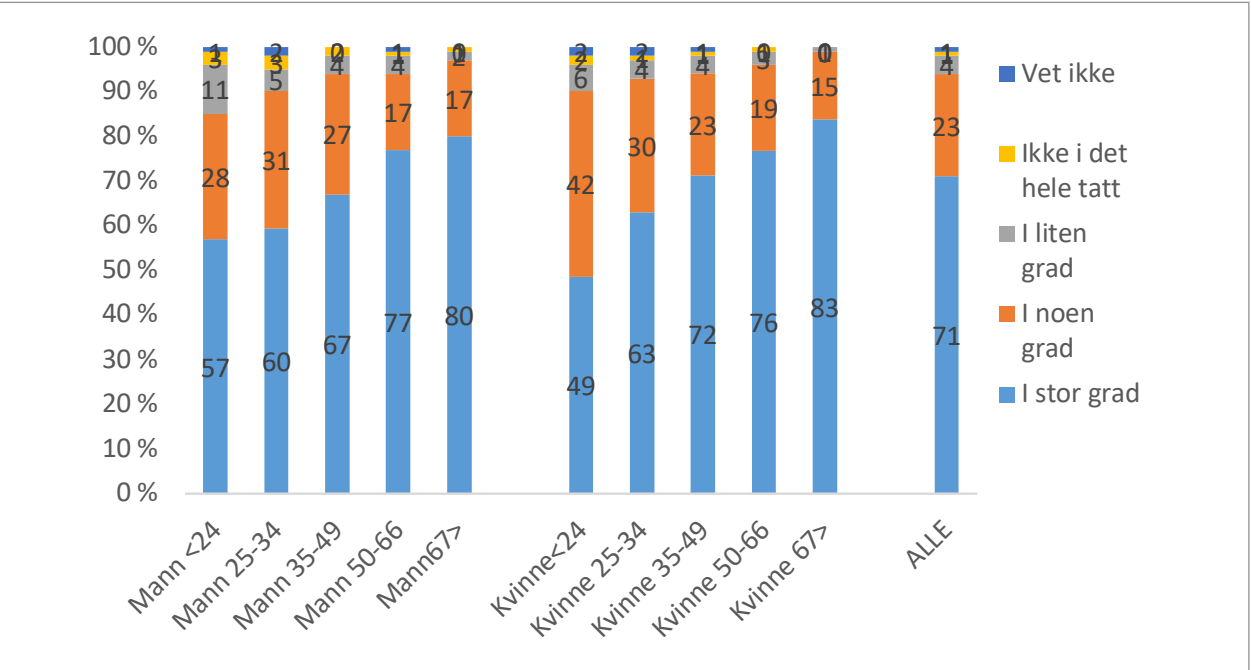
Økt tilflytting til byene gir stadig behov for nye boliger. Det blir mer folk på mindre plass, noe som ofte skjer bekostning av byparker og grøntarealer. Dette, koplet til frafall fra organisert idrett, og stadig flere unge med vektproblemer, skaper blant annet store utfordringer med å øke aktivitetsnivået til dagens tenåringer (jfr kapittel 4.2).

Trives i nærmiljøet

Hedmarkingene er utvilsomt tilfredse med nærmiljøet, slik det fremgår av svarene på spørsmålet «I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?» (Figur 5.1).

De aller fleste (95%) oppgir at de trives, syv av ti vil si i «stor» grad. Dette er også som forventet, gitt at befolkningen gjerne har mulighet for å flytte på seg om de ikke trives der de bor. Samtidig stiger trivselen med alderen, særlig når det gjelder andelen som trives i «stor» grad. Mens dette gjelder for om lag halvparten av de yngste under 25 år, gjelder det for åtte av ti blant de eldste over 67 år. Forklaringene kan da være sammensatte: Enten at forankringen øker jo

Figur 5.1: Egenvurdert trivsel i nærmiljøet etter alder og kjønn. Prosent, n=7 717.



lenger man er bosatt på samme sted, at man etter hvert tilpasser seg omgivelsene, at de som mistrives flytter ut, o.s.v.

Høy trivsel på tvers av fylket

Samtidig merker vi oss at andelen av de yngste kvinnene under 25 år, som oppgir at de trives i «noen grad», er høyere enn blant mennene i denne alderskategorien. Mønsteret spiller dermed dels det bildet vi ovenfor har funnet for opplevd livskvalitet, der de yngste kvinnene i større grad rapporterer lavere trivsel og høyere utbredelse av psykisk stress.

Det er nærliggende å knytte bostedsvurderingen til egenskaper ved bostedet som sådan, selv om vi har sett at opplevd livskvalitet i relativt liten grad varierer på tvers av kommunene. Disse egenskapene vil da variere for den enkelte og

dermed også på tvers av lokale miljøer, eventuelt innenfor kommunene. Uansett. La oss se i hvilken grad vurderingene reflekterer variasjoner mellom kommunene, som er kartleggingens minste rapporteringsenhet (Figur 5.2).

Kartet viser andelen som trives i stor grad, og som for hele fylket omfatter syv av ti. Andelen varierer fra laveste 59% i Åmot og 67% i henholdsvis Eidskog, Grue og Engerdal, til høyeste andel i de tre nordligste kommunene (Folldal, Alvdal og Tynset (alle med 79%). For de nordligste kommunene faller vurderingen dels sammen med god egenvurdert helse/ fravær av sykdom og psykisk stress samt generell høy livskvalitet. Tilsvarende scorer Fjellregionen høyest også på denne indikatoren (77%) mens de tre øvrige score noe lavere men på samme nivå (70-71%).

47 Miljøfaktorer i det lokale helsearbeidet: NOU 1998:18.

Tabell 5.1: Trivsel i eget nærmiljø etter bakgrunnskjennetegn. Prosent.

		I hvilken grad trives du i nærmiljøet ditt?						
Bakgrunn		I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke	Sum	n
Inntekt	751.000>	85	13	1	1	0	100	478
Alder	67+	82	16	2	1	0	101	1646
Hovedaktivitet	Alderspensjon	82	16	2	1	0	101	1549
Sivilstand	Gift / partner	80	17	2	1	0	100	3337
Utdanning	Univ. høy	78	18	3	1	0	100	1381
Inntekt	551-750.000	78	19	2	1	0	100	1080
Alder	50-66	77	18	4	1	0	100	2250
Bosted	Fjellregionen	77	19	3	1	1	101	1751
Utdanning	Univ. lav	75	21	3	1	0	100	1791
Inntekt	351-450.000	75	22	2	1	0	100	1446
Hovedaktivitet	Yrkesaktiv	74	22	3	1	0	100	4259
Inntekt	451-550.000	74	22	3	1	1	101	1237
Kjønn	Kvinne	72	23	3	1	1	100	4347
Kjønn	Mann	71	23	4	1	1	100	3370
ALLE		71	23	4	1	1	100	7717
Bosted	Hamarregionen	71	23	4	1	1	100	1925
Bosted	Sør-Østerdal	71	23	4	1	1	100	1627
Bosted	Kongsvingerregionen	70	24	5	2	0	101	2414
Alder	35-49	69	25	4	1	1	100	1749
Sivilstand	Samboende / kjæreste	69	25	4	1	1	100	2255
Utdanning	Videregående	69	25	4	1	1	100	3015
Utdanning	Grunnskole	66	24	6	2	1	99	1053
Hovedaktivitet	Annet	66	26	5	1	2	100	233
Inntekt	<350.000	65	26	6	2	1	100	2614
Alder	25-34	61	30	5	2	2	100	1140
Sivilstand	Alene	60	29	7	2	1	99	1735
Alder	18-24	53	35	8	2	2	100	932
Hovedaktivitet	Syk-ledig	53	31	11	3	2	100	898
Hovedaktivitet	Elev-student	53	35	8	2	3	101	682

Når triveselsvariasjonene vurderes etter andre sosiale og demografiske kjennetegn, bekreftes det igjen at alder er utslagsgivende i vurderingen (Tabell 5.1).

Høy trivsel er utbredt blant alderspensjonister og personer 50 år og eldre, og i mindre grad de yngste under 34 år. Andre egenskaper som faller sammen med høy trivsel, og som dels spiller

aldersvariasjonene, er høy inntekt, høyt utdanningsnivå, det å være gift/samboende samt dels bosted i Fjellregionen. I så måte er det åpenbart at trivsel med bostedet også knyttets til tilfredsheten med livet i sin alminnelighet: Blant de mest mistilfredse med livet, oppgir halvparten at de mistrives i nærmiljøet. Blant de mest tilfredse gjelder dette for åtte av hundre (ikke vist).

Tabell 5.1 Viktigste egenskaper for opplevd trivsel i nærmiljøet etter alder og kjønn. Prosent.

Trivsel faktorer	Alder-kjønn										
	Mann <24	Mann 25-34	Mann 35-49	Mann 50-66	Mann 67>	Kvinne <24	Kvinne 25-34	Kvinne 35-49	Kvinne 50-66	Kvinne 67>	ALLE
Tilgang til natur- og friluftsområder	45	56	65	68	63	53	59	73	73	61	64
Være i fred	55	63	58	56	36	46	56	47	49	33	49
Tilgang til butikk/ spsested	46	42	40	34	48	61	52	40	37	49	43
Tilgang til kommunale tjenester	31	28	33	35	44	48	38	37	33	46	37
Kjenne naboer	20	22	31	40	55	16	25	28	38	55	36
Utsikt til natur	25	25	31	35	28	18	27	32	36	32	31
Pent miljø	41	29	30	24	26	35	28	21	27	25	27
Gode gang- og sykkelvegier	17	21	19	18	25	24	28	26	24	26	23
Tilgang til kulturaktiviteter	10	15	13	13	15	17	18	20	19	24	17
Gode parkerings- muligheter	11	14	9	6	6	12	11	5	5	7	8
Tilgang på felles møteplasser	13	11	7	5	7	16	9	6	7	11	8
Annet	9	7	5	3	1	5	4	5	3	2	4
Ingen spesielle forhold	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1
Vet ikke	2	2	1	0	0	2	0	1	1	0	1
Gj.snitt antall faktorer	3,3	3,4	3,4	3,4	3,6	3,5	3,6	3,4	3,5	3,7	3,5
n											

5.2 Fysisk miljø

Vurderingen av trivsel i nærområdet er basert på subjektiv vurdering. Det er da av betydning hvilke faktorer innbyggerne selv legger til grunn i vurderingen av nærmiljøet, og som i og for seg ikke nødvendigvis trenger å overensstemme med «objektivt sett» gode livsbetingelser i et folkehelseperspektiv. Videre har vi ovenfor funnet den laveste trivselen relativt sett blant de yngste kvinnene, som vi ovenfor har sett også viser til lavest selvopplevd livskvalitet – høyest forekomst av psykisk stress, o.s.v. I hvilken grad knyttes disse forholdene til bostedet?

Prioriterer ro og tilgang på natur

Før vi ser nærmere på denne problemstillingen, la oss se litt nærmere på hvilke egenskaper som oppleves som de viktigste for at man skal trives i nærmiljøet. Hedmarkingene er forelagt en liste med elleve kjennetegn, og bedt om å vurdere hvilke av disse de oppfatter som de viktigste for å trives i nærmiljøet. Det var mulig å oppgi inntil fire forhold (Tabell 5.1).

Befolkningen har i utgangspunktet flere prioriteringer, der man i snitt oppgir 3,5 forhold. Den egenskapen som prioriteres av flest er tilgangen på natur- og friluftsområder: Seks av ti fremhever denne egenskapen. Deretter følger det å kunne være i fred (fem av ti), tilgang på butikker og spisesteder samt tilgang på kommunale tjenester (begge fire av ti). I motsatt ende prioriteres tilgang på felles møteplasser, parkeringsmuligheter og kulturaktiviteter av færre enn én av ti.

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

- Yngre menn under 34 år vektlegger i mindre grad tilgang på naturområder samt å kjenne naboer, mens de i noe større utstrekning prioriterer pent miljø, og dels det å kunne være i fred.
- De eldste mennene over 67 år vektlegger kjennskap til naboer og tilsvarende i mindre grad det å få være i fred.

- Unge kvinner vektlegger, som de unge mennene, i mindre grad tilgang på natur, men da sammen med kjennskap til naboer og utsikt til natur.
- De eldste kvinnene over 67 deler mennenes prioriteringer.

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

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

Folk er trygge i nærmiljøet

Ut over kjennetegnene ved bostedet er befolkningen bedt om å vurdere egen trygghet ved å ferdes ute i nærmiljøet, og hvilke forhold som eventuelt gjør at man føler seg utrygg. Vurderingen baseres på spørsmålet «Tenk på bostedet ditt: I hvilken grad føler du deg trygg når du er ute og går (Figur 5.3)?

De aller fleste opplever trygghet når de ferdes ute i nærmiljøet: Ni av ti føler seg trygge (score 6-10 på vurderingsskalaen 0-ikke trygg i det hele

tatt, til 10-i svært stor grad). De fleste opplever dessuten svært høy grad av trygghet (syv av ti markerer score 10-11 på skalaen). Menn rapporterer i litt større utstrekning trygghet enn kvinner. Motpolene er særlig de yngste kvinnene, der én-to av ti opplever utrygghet og de eldste mennene over 67 år der 97% føler høy grad av trygghet.

Utrygghet knyttes til flere forhold

Når andelen utrygge er så vidt liten, betyr det også at de færreste tar stilling til hvilke årsaker som forårsaker utrygghet. Ikke desto mindre vil opplevelsen av utrygghet kunne være særlig viktig for livskvaliteten til dem det faktiske gjelder.

I utgangspunktet er det flere årsaker som gjør seg gjeldende, med om lag like stor utbredelse: Øverst kommer kriminalitet (tre av ti) etterfulgt av trafikk, manglende belysning, helseårsaker og rovdyr (to av ti) samt veistandard og «andre» forhold (en av ti). Vurderingene er gjennomgående like mellom kvinner og menn, samtidig som kvinnene oppgir noe flere årsaker (i gjennomsnitt 1,4 mot 1,2 blant mennene). Kvinnene opplever de fleste forholdene i større utstrekning enn menn, med unntak av veistandarden.

Sammenlikner vi de yngste kvinnene under 35 år, med de eldste mennene over 67, ser vi at førstnevnte i størst grad vektlegger kriminalitet (seks av ti) og manglende gatebelysning (fire av ti), mens sistnevnte nevner helsemessige årsaker

(tre av ti – samme andel som blant de eldste kvinnene). De yngste mennene nevner for øvrig i større grad vegstandarden (tre av ti), i tillegg til kriminalitet (fem av ti).

God tilgang på rekreasjonsområder

Tilgang på parker og grøntarealer trekkes som nevnt gjerne frem som vesentlige betingelser for fysisk aktivitet, og dermed implisitt for livskvalitet, direkte og indirekte. Vurderingen knyttes gjerne til generell urbanisering fortetting av de større byene spesielt. Den understøttes av tidligere forskning, som viser at urbane grønne områder er viktige for både fysisk aktivitet og psykisk helse, og som i så måte betyr at parker i byene er viktigere for folkehelsen enn hva man ofte tror. Eksempelvis dokumenteres det at folk føler seg komfortable i parker med naturlige elementer, som mye gress og planter og blomster -ikke harde overflater som for eksempel steindekke. Byparker med mye gress og trær bidrar til å redusere stress, og gir økt velvære.

Betydningen av de små parkene er i så fall undervurdert. Det er behov for en kombinasjon av store og små arealer, men først og fremst mange mindre grøntområder tett på der folk bor.⁴⁸

Forskningen viser tilsvarende til behovet for å beskytte og bygge urbane parker, som legger til rette for fysisk aktivitet for unge i hverdagen. Nærhet til parker er svært viktig – at det kun er noen hundre meter til nærmeste grøntområde. Nærhet kan bety avstanden hjemmefra til parken, men også andelen gressplener og grøntområder i nabolaget.⁴⁹

Hedmark fylkes lokalisering utenfor de tette befolkede delene av landet innebærer at presset man opplever mot storbyene kan være mindre påtrengende. Følgelig har de aller fleste hedmarkinger tilgang på rekreasjonsområder i nærmiljøet. Vi kartlegger da områder som kan brukes til lek og avkopling innen 200 meter, samt turterreng innen 500 meter, fra egen bolig. Åtte av ti har tilgang til rekreasjonsområde, mens ni av ti har tilgang til turterreng.

De to egenskapene varierer da bare i noen grad med bostedets geografiske beliggenhet.

Eksempelvis oppgir befolkningen i Kongsvinger-regionen i minst grad å ha slik tilgang (80%), mens den er høyest i Fjellregionen (86%). Tilsvarende oppgir noe færre i Hamarregionen (89%) å ha tilgang på naturterreng mens det samme gjelder så nær som alle (97%) i Fjellregionen. De geografiske variasjonene er slik sett ikke svært store, ettersom hele fylket som helhet befinner seg utenfor landets mest sentrale områder.

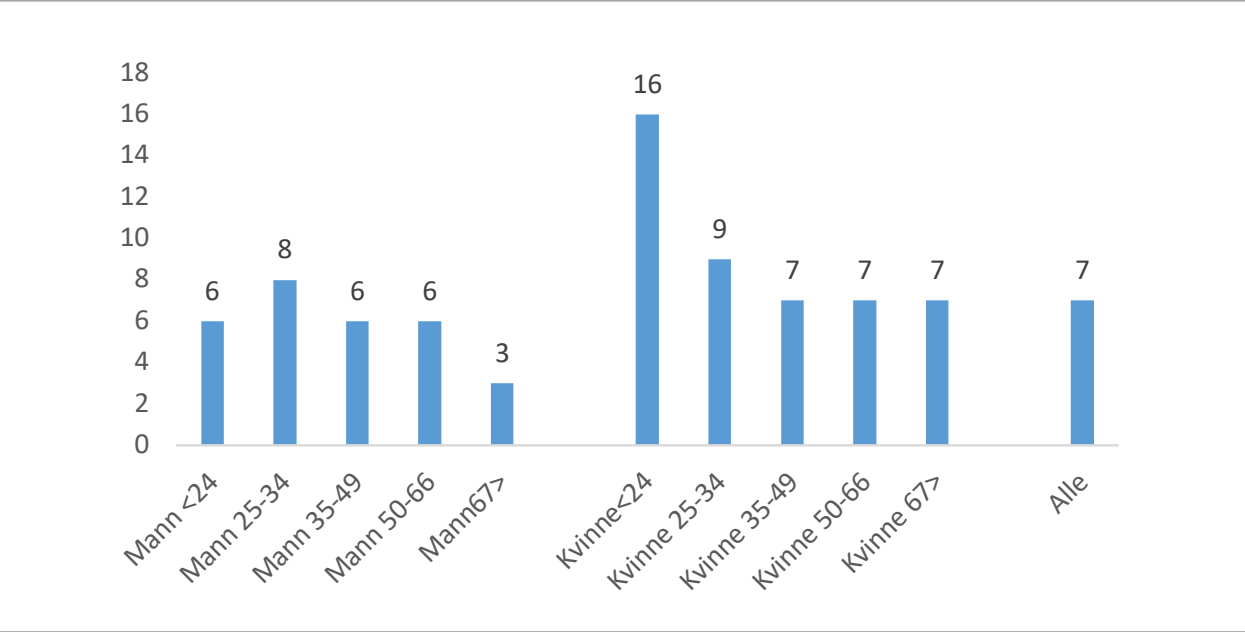
Like fullt melder spørsmålet seg hvordan tilgangen oppleves for den enkelte, og om den kan knyttes til opplevd livskvalitet. Ja, sammenhengen er der, selv om den ikke er entydig: Blant dem med lavest score på opplevd livskvalitet, har seks av ti tilgang på rekreasjonsområde mens åtte av ti har tilgang til turterreng. Blant de mest tilfredse med livet i sin alminnelighet har ni- og ti de samme tilgangene, henholdsvis. Men variasjonen tilskrives i stor grad andelen som oppgir «vet ikke», som i begge tilfeller utgjør én av ti blant de minst tilfredse og en av hundre blant de mest tilfredse. I så måte kan manglende livskvalitet på disse områdene i noen grad assosieres til apati eller manglende oversikt.

Få plaget av støy og dårlig luft

Endelig har vi bedt innbyggerne vurdere hvorvidt de opplever støy fra naboer eller annen støy utenfra (f.eks. trafikk, industri eller anlegg), samt støv, lukt eller annen forurensning, når de oppholder seg inne i egen bolig. De færreste er plaget av denne type miljøforurensning. Ni av ti (87% for støy, 93% for støv etc.) er ikke plaget. Det antydes i så måte at andelen støyplagede i Hedmark ligger betydelig under landsgjennomsnittet, der eksempelvis om lag 35% utsettes for vegtrafikkstøy, som er den hyppigste typen støyplage.⁵⁰ Når andelen er så vidt lav i Hedmark kan dette dels knyttes til fylkets rurale karakter, der færre bor tett inntil trafikkerte veger og jernbanelinjer enn i- og rundt store bysentre.

Geografisk sett utgjør Hamarregionen motpol til Fjellregionen i miljøvurderingene (og Sør-Østerdal vedr støv), men de regionale variasjonene er ikke svært store.

Figur 5.3: Opplevd trygghet i nærmiljøet etter kjønn og alder. Prosent, n=7 736.

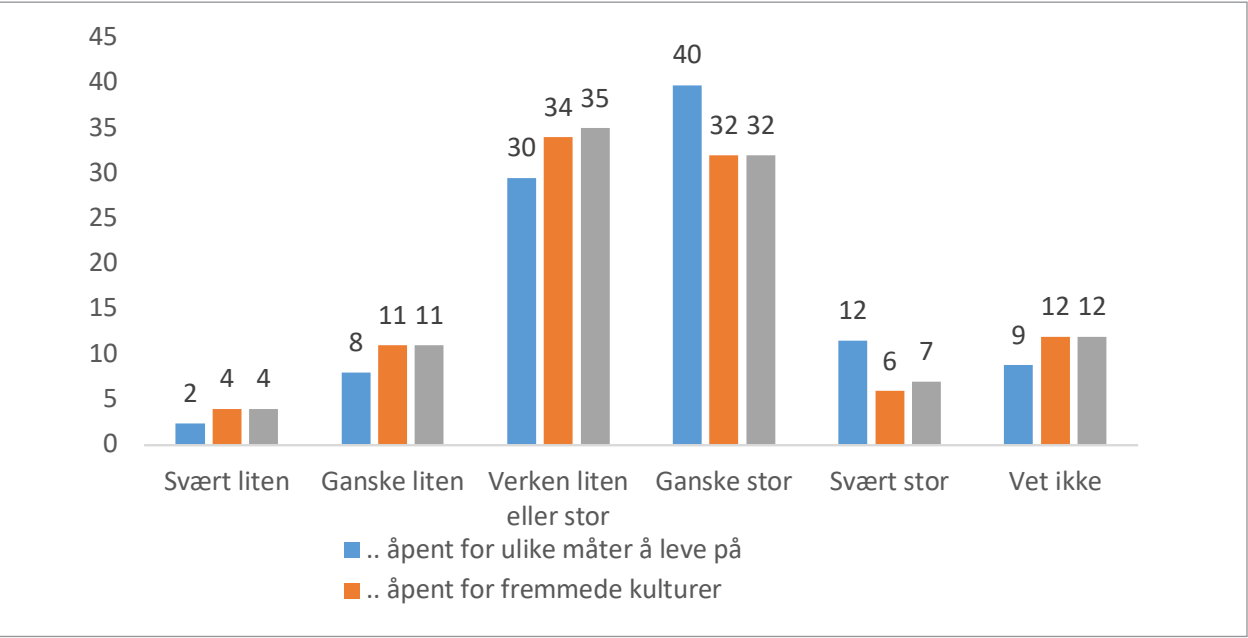


48 <https://forskning.no/trening-forebyggende-helse-naturressursforvaltning/faerre-parker-truer-folkehelsen/622023>.

49 Ibid.

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

Figur 5.4: I hvilken grad passer de følgende beskrivelsene på lokalsamfunnet ditt?
Prosent, n=7 488 – 7 607.



5.3 Sosialt miljø

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

Ganske åpne og inkluderende nærmiljø

Ved siden av de fysiske (geografisk betingende) kjennetegnene, vil nærmiljøet også karakteriseres ved sosiale (psykologiske) faktorer knyttet til åpenhet, integrasjon og sosialt samkvem. Vi har ovenfor sett at særlig de unge er opptatt av ro og distanse, mens de eldre i større grad søker inklusjon og samkvem. La oss se nærmere på noen av de sosiale egenskapene ved lokalsamfunnet. Spørsmålene som stilles er i hvilken grad hedmarkingene opplever lokalsamfunnet som åpent for ulike måter å leve på, åpent for fremmede kulturer og inkluderende overfor ny-innflyttere (Figur 5.4).

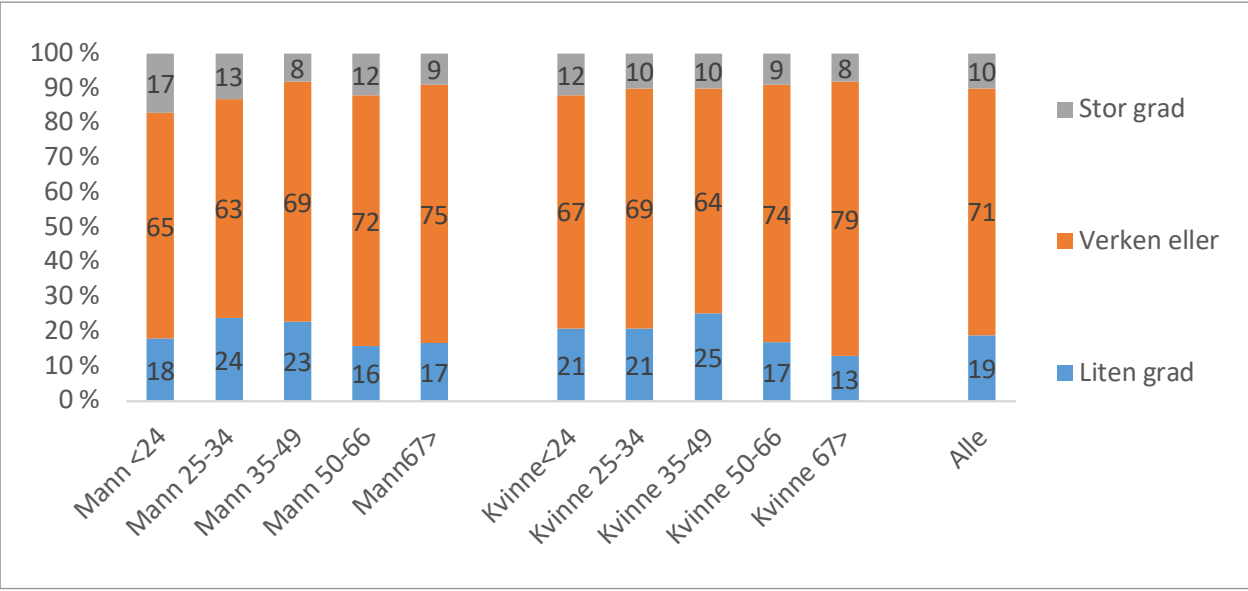
De fleste inntar mellomstandpunkt: Seks – syv av ti oppgir at lokalsamfunnet i verken liten eller stor grad, eller i ganske stor grad, er åpent og inkluderende. En av ti tar ikke stilling (Vet ikke). De færreste (én-to av ti) mener med andre ord at dette *ikke* er tilfelle.

De tre indikatorene utgjør i praksis én og samme vurdering: Dersom man opplever samfunnet som åpent, opplever man det også som inkluderende.⁵¹ Dersom vi summerer over de tre vurderingene, og dividerer med tre, får vi et samlet uttrykk for nærmiljøets sosiale kjennetegn (Score1 svært liten grad – 5 svært stor grad).

Videre grupperer vi svarene i tre kategorier (score inntil 2,0 = lav grad, 2,1-3,0 = verken eller, og score 3,1 eller høyere = høy grad). Det er, generelt sett bare små variasjoner i innbyggernes opplevelse av nærmiljøets sosiale karakter mellom kvinner og menn, og mellom gamle og unge. Flertallet mener miljøet er «verken eller» (inklusive vet-ikke). Det antydes i en viss grad at opplevelsen av åpenhet synker med stigende alder, men variasjonene er ikke store.

De regionale variasjonene er noe større, der Sør-Østerdalen (Trysil og Stor-Elvdal) sammen med Våler i Kongsvingerregionen fremstår som de mest lukkede miljøene, Fjellregionen (Tolga, Tynset), sammen med Engerdal i Sør-Østerdal som de mest åpne. Men heller ikke de regionale variasjonene er svært store og variasjonene innen regionene er til dels større enn mellom dem.

Figur 5.5: Vurdering av nærmiljøets sosiale karakter. Indeks over åpenhet og inkludering.
Prosent, n=7 357.



På den annen side er det en klar sammenheng mellom vurderingen av nærmiljøets sosiale karakter og vurderingen av egen livskvalitet.⁵² Blant de minst tilfredse med livet oppgir fem-seks av ti at nærmiljøet i liten grad er åpent og inkluderende, mot én av ti blant de mest tilfredse. Det vil si, gitt at de mistilfredse i utgangspunktet utgjør en begrenset del av befolkningen totalt sett (én av ti).

Én-to av ti diskrimineres

I forlengelsen av nærmiljøets inkluderende karakter reises spørsmålet om man opplever seg diskriminert på noe vis. Vi har spurt innbyggerne om de i løpet av de siste 12 månedene er blitt diskriminert, eller behandlet dårligere enn andre på grunn av ulike personlige kjennetegn (Tabell 5.2).

De fleste, åtte-ni av ti (84%) har ikke opplevd diskriminering eller dårlig behandling det siste året. Én-to av ti *har* med andre ord slik opplevelse, som vil kunne være svært viktig for egen trivsel og for vurderingen av nærmiljøet. Blant dem som faktisk har slik opplevelse, gjelder den gjerne for ett forhold, og hyppigst for helseproblemer, alder eller kjønn.

Samtidig knyttes opplevelsene til vurderingen av nærmiljøets åpenhet og inkludering. Blant

dem som opplever nærmiljøet som lite åpent, sier halvparten at de har vært diskriminert, og da med utgangspunkt i en rekke ulike forhold, men hyppigst grunnet helseproblemer.

Tabell 5.2: Opplevd diskriminering etter vurdering av nærmiljøets åpenhet og inkludering (indeks). Prosent. Q014 (n=7323)

Diskrimineringsgrunnlag	Opplevd inkludering i nærmiljøet			
	Liten grad	Verken eller	Stor grad	Alle
Helseproblemer	23	12	6	7
Alder	6	6	3	4
Kjønn	9	7	3	3
Etnisk bakgrunn	8	3	1	2
Politiske holdninger	9	4	2	2
Funksjonshemming	1	1	1	1
Hudfarge	2	2	0	1
Region/livssyn	7	1	1	1
Seksuell identitet	3	1	1	1
Annet forhold	13	7	4	4
Nei, ikke diskriminert	42	63	80	78
Vet ikke	10	8	6	6
Gj.snitt antall forhold	0,8	0,4	0,2	0,3
n				

⁵¹ Internkorrelasjonene er eta 0.48 – 0.52. I en faktoranalyse utledes en første dimensjon som forklarer 65% av variansen, og der alle de tre egenskapene har ladninger på 0.78 – 0.83. Additiv indeks: Vet ikke er gitt midtkategori – score 3.

⁵² Eta=0.25.

6 NETTVERK



Foto: Øystein Lia



6. NETTVERK

Ut over de individuelle egenskapene og bosteds-kjennetegn, plasserer kartleggingen *innbyggeren i sentrum*. Temaer som trivsel, deltakelse, sosial støtte og inkludering tar utgangspunkt i innbyggernes sosiale nettverk. Mange undersøkelser viser til det sosiale nettverkets betydning for helse og livskvalitet, der forskningen kort kan oppsummeres som følger:⁵³

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

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

Og, tilgang på nære nettverk ikke er ensbetydende med høy livskvalitet. Eksempelvis er nyere forskning blant nybakte mødre og fedre tvetydig, og viser at livet ikke alltid blir bedre med avkom. Foreldre med barn er like lykkelige som, eller lykkeligere, enn par uten barn. Teorien er da at barn påfører betydelige ekstra bekymringer for hvorvidt avkommet er trygt, vil få en god oppvekst, kan holdes unna stoffmisbruk, etc. Like fullt svarer foreldrene jevnt over at de er både lykkeligere, mer fornøyde og har sterkere opplevelse av mening i livet, enn de barnløse. Tilsvarende rangeres barnerelaterte aktiviteter som mer tilfredsstillende enn voksent tidsfor driv. Men igjen ikke uten forbehold, da småbarnsperioden for mange vil være særlig utfordrende.

Mens foreldre i alderen 26 år og oppover regner seg selv som lykkelige, scorer barnløse i alderen 17-25 år høyest på lykkeskalaen.⁵⁴

6.1 Sosiale nettverk

Nettverksanalyse skiller gjerne mellom fire nærhetsgrader, i form av konsentriske sirkler rundt den enkelte innbyggeren.⁵⁵ Kartleggingen i Hedmark i 2017 viser f.eks. at innbyggerne omgir seg med flere ulike typer nettverk:

- Åtte-ni av ti har *nære nettverk* – personer som viser interesse og som de kan regne med.
- Syv av ti har tilgang på *effektive nettverk* – familie, naboer, venner.
- Fem-seks av ti har *tilgjengelige nettverk* – nærmiljø og personer man de utføre aktiviteter sammen med.
- Halvparten eller flere er komfortable med sitt *utvidede nettverk* – særlig når det gjelder lokalsamfunnets trygghet og trivsel, litt mindre for åpenhet og inkludering.

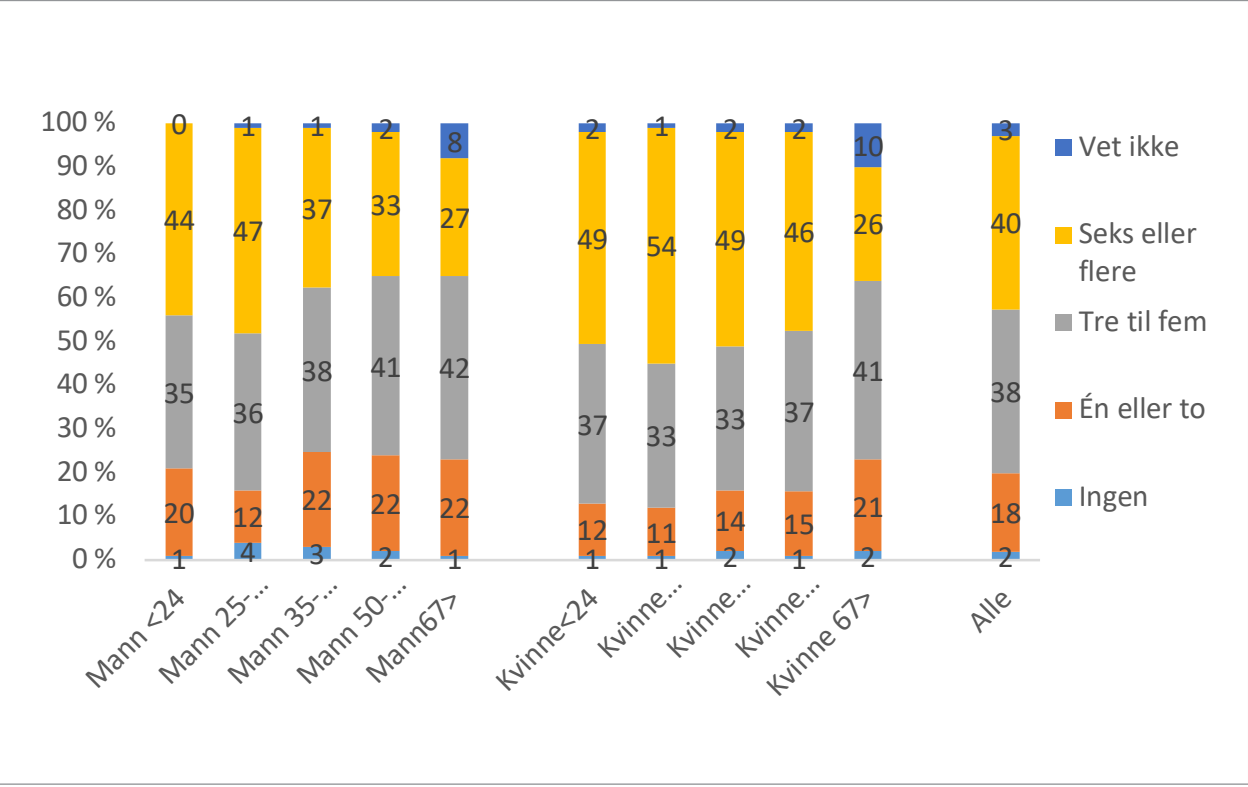
I hele landet oppgir halvparten av befolkningen i 2015 at de omgir seg med «sterk sosial støtte», samme nivå som blant hedmarkingene den gang (51%). Situasjonen er for øvrig ganske lik på tvers av landet, mellom laveste nivå 47% (Vest Agder) og høyeste nivå 56% (Finnmark).⁵⁶ La oss se i hvilken grad de samme forholdene gjør seg gjeldende på Hedmark nå.

Åtte-ni av ti har nære nettverk

Det *nære nettverket* består som nevnt av de aller nærmeste og som man gjerne har et fortrolig forhold til. Relasjonen kjennetegnes av høy kontakthypighet, samt gjensidig og følelsesmessig binding, lojalitet og tilhørighet. Ved sykdom, krise o.l. er det gjerne disse personene som først stiller først opp – også over tid. Vi har spurt hedmarkingene om hvor mange som står dem så nær at de kan regne med dem om de får store personlige problemer (Figur 6.1).

I utgangspunktet har så godt som «alle» tilgang til én eller flere personer de kan støtte seg på

Figur 6.1: Antall nærstående personer etter alder og kjønn. Q004. Prosent, n=7 709.



i slike situasjoner: Kun to av hundre oppgir at ingen personer er tilgjengelige. Samtidig antydes det at nettverkene utvides i 25-49-års alder, for deretter å innsnevres igjen med stigende alder. Blant de eldste over 67 år tar én av ti ikke stilling, hvilket kan indikere manglende kontakt. Vi merker oss også at andelen uten kontakt er litt høyere blant menn i alderen 25-49 år enn ellers i befolkningen.

Situasjonen blant hedmarkingene indikerer at det står noe vanskeligere til enn for gjennomsnittet av hele den norske befolkningen der én av ti (8% - 2015) oppgir at de har to eller færre personer de kan regne med ved store personlige problemer.⁵⁷

Når nettverkene blant hedmarkingene tilsynelatende utvides noe i 25-49-års alderen,

vil dette kunne tilskrives at man inngår i samlivsrelasjoner og etablerer familie. Dette bekreftes da også blant hedmarkingene, selv om sammenhengen ikke er veldig sterk: Blant personer som er gift/partner sier færre enn én av hundre at de ikke har noen å forholde seg til mens fire av ti har seks eller flere personer i sin nærhet. Blant enslige oppgir fire av hundre at de ikke har noen nære, mens tre av ti har seks eller flere personer å forholde seg til.

Syv av ti har effektive nettverk

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

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

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

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

56 Folkehelseinstituttet, Norgeshelsa statistikkbank; Sosial støtte 16-79 år. <http://norgeshelsa.no>.

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

misnøye og stress i dette nettverket. Vi har spurt hedmarkingene hvor ofte de er sammen med gode venner, dvs. utenom egne familiemedlemmer (Figur 6.2 på neste side).

Ut over kontakten med nærstående har de aller fleste også sosial omgang. Tre-fire av hundre har ingen gode venner eller tar ikke stilling (vet ikke). Det mest typiske er at man omgås omtrent ukentlig (fire av ti), mens én av ti også har daglig omgang. For tre av ti er kontakten månedlig. På samme måte som for tilgangen til det nære nettverket, ser vi at kontaktflaten i det effektive nettverket utvides fra 25-49 års alder, for deretter å avta, både blant kvinner og blant menn. De yngste under 25 år representerer et unntak, der tre-fire av ti inngår i daglig kontakt. Dersom vi regner årlig eller hyppigere kontakt som nedre grense for nettverket, har syv av ti hedmarkinger effektive nettverk de kan støtte seg til.

Aldersvariasjonene utdypes når vi betrakter kontaktmønsteret i lys av innbyggernes hovedaktivitet (Figur 6.3 på neste side).

Elever og studenter har den hyppigste sosiale omgangen, der åtte av ti pleier slik omgang ukentlig og fire av disse daglig. Deretter følger alderspensjonister, der seks av ti har ukentlig omgang mens en av ti har daglig kontakt. Hyppigheten er lavest blant yrkesaktive og ledige/sykemeldteder fire av ti har ukentlig eller hyppigere kontakt, mens én-to av ti har kontakt noen ganger i året. Den markante nedgangen i andelen daglige kontakter rundt 24-25 års alder faller med andre ord sammen med overgangen fra studier- til yrkesliv. Blant elever og studenter har nesten fire av ti *daglig* vennekontakt, og det samme gjelder syv av ti vernepliktige og sivilarbeidere. Blant yrkesaktive er den tilsvarende andelen om lag én av ti (ikke vist).

Videre indikeres det at fravær av effektivt nettverk for flere også samtidig innebærer fravær av *nært* nettverk. Blant personer uten tilgang på nært nettverk, eller med én eller to nærstående, oppgir to-tre av ti at de heller ikke har gode venner, eller er sammen med disse sjeldnere enn en gang i året. Inkluderes venner man er sammen med «noen ganger i året» vil om lag halvparten av disse ha omgang med effektivt nettverk. Blant personer med tre-fem andre i

det nære nettverket oppgir halvparten at de er sammen med gode venner daglig eller ukentlig. For dem med seks- eller flere personer i det nære nettverket er seks av ti sammen med venner ukentlig eller oftere.

Syv-åtte av ti har tilgjengelige nettverk

Det *tilgjengelige nettverket* utgjør personer vi sjelden møter, og som vi ikke har så omfattende eller nær kontakt med. Naboer kan mobiliseres i en krise selv om man ellers ikke har nær kontakt. Det samme gjelder fjernere venner, tidligere skolekamerater, kollegaer eller folk som har flyttet andre steder men som vi fortsatt har kontakt med via epost, telefon, sosiale medier o.l.

Hedmarkingene bedt om å ta stilling til to utsagn som beskriver deres sosiale relasjoner: «Mine sosiale relasjoner er støttende og givende» og «Jeg bidrar aktivt til andres lykke og livskvalitet».⁵⁸ Svarene gis ved å plassere seg langs en ti-punktskala fra score 0 (helt uenig) til 10 (helt enig). Igjen plasserer de fleste seg mot toppen av skalaen: To av ti gir score 10 for sine sosiale relasjoner, mens til sammen åtte av ti plasserer seg over skalaens midtpunkt. Det tilsvarende bildet finner vi også igjen i vurderingen av eget bidrag til andres lykke og livskvalitet, der én-to av ti gir score 10 og syv av ti plasserer seg over midten.

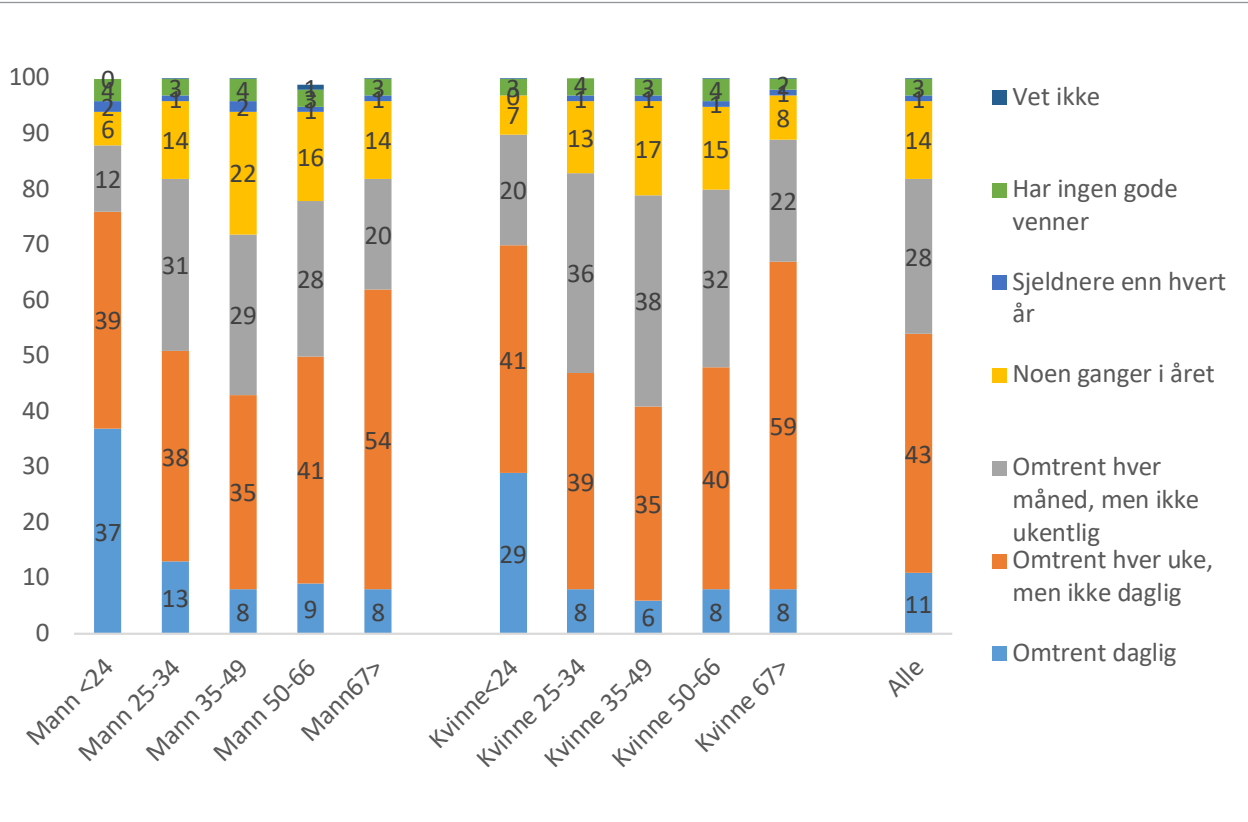
For disse egenskapene er variasjonene små, både når det gjelder bosted og alder/kjønn.

Åtte av ti har utvidede nettverk

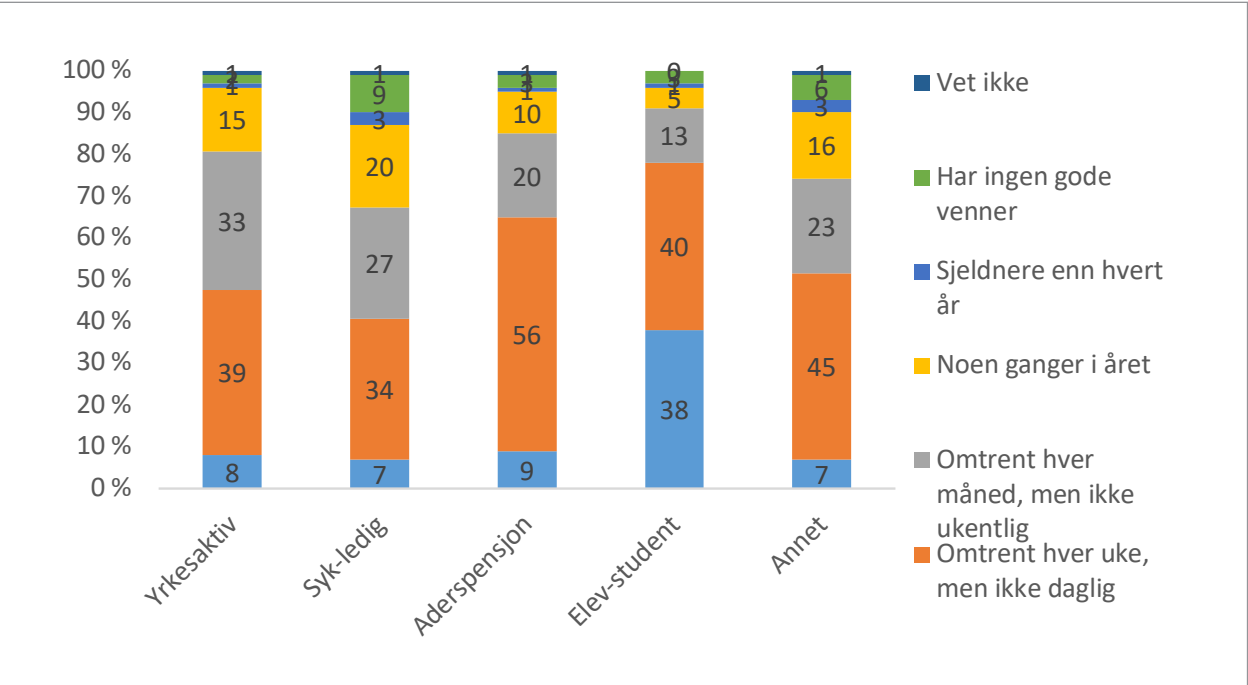
Endelig omgir man seg med et *utvidet nettverk* - et «ytre» nettverk av bekjente: Mennesker som vi på en måte kjenner, og de kjenner oss. Disse kan bo på samme boligfelt, jobber på samme arbeidsplass, gå på samme skole, eller personer som utfører tjenester. Dette er mennesker vi snakker mer overflatisk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

Vi har ovenfor sett på vurderingene av eget bosted, bl.a. opplevelsen av nærmiljø, trygghet og inkludering, og som kan sies å inngå i det utvidede nettverket. I tillegg har vi bedt hedmarkingene tenke på bostedet sitt, og vurdere i hvilken grad de opplever å hører til der. Vurderingsskalaen løper igjen fra 0 (ikke i det hele tatt) til 10 (i svært stor grad). Og de fleste

Figur 6.2: Hyppighet i omgang med gode venner etter alder og kjønn. Prosent, n= 7 733.

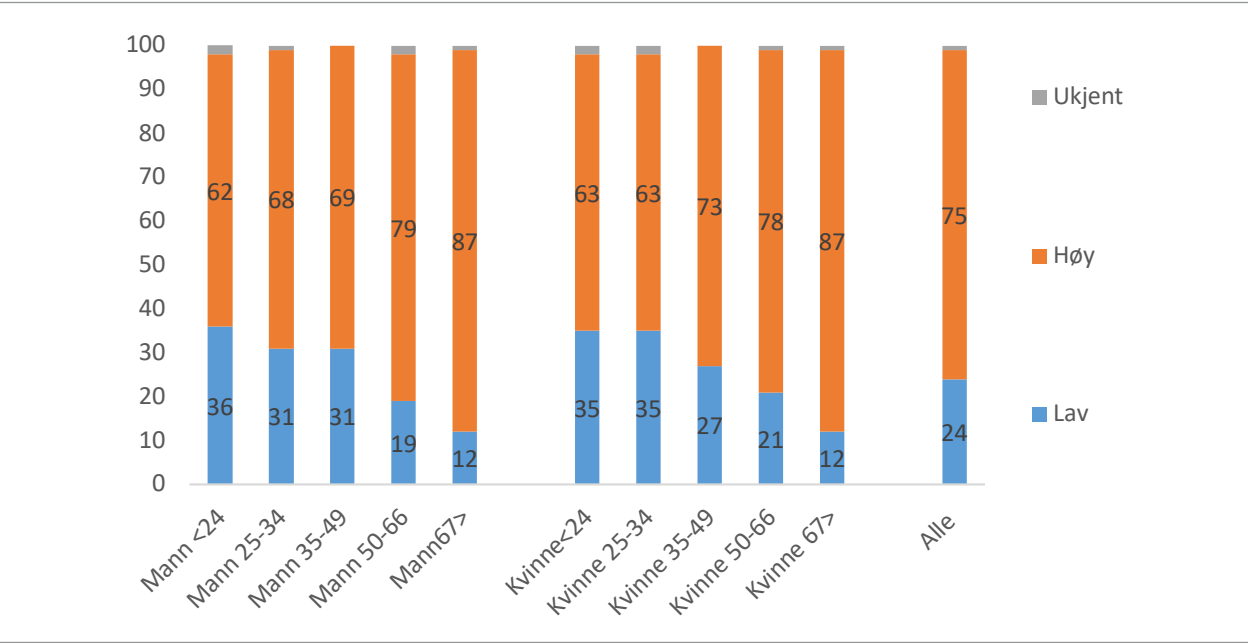


Figur 6.3: Hyppighet i omgang med gode venner etter hovedaktivitet. Prosent, n= 7 629.



58 En av respondentene påpeker at det er vanskelig å foreta denne vurderingen selv: Det er de andre som må vurdere om man selv bidrar eller ikke.

Figur 6.4: Vurdering av tilhørighet til eget bosted etter kjønn og alder. Prosent, n= 7 765.

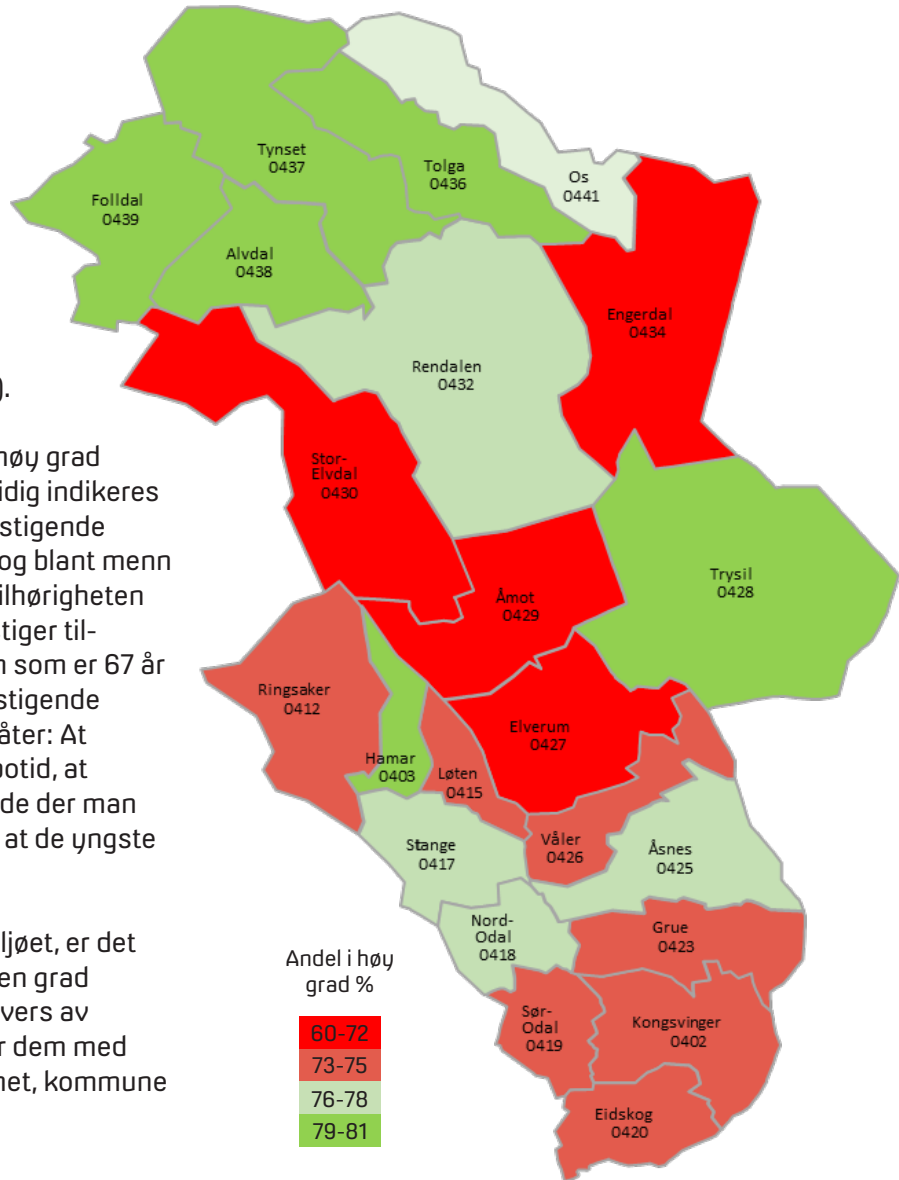


Figur 6.5: Egenvurdert trivsel i nærmiljøet etter bosted. Prosent, n=7 765.

plasserer seg igjen opp mot skalaens toppunkt. Tre-fire av ti gir score 10, mens omtrent like mange plasserer seg i score 6-9. Vi regner score 6 og høyere som «høy» grad av tilhørighet (Figur 6.4).

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

Når vurderingen knyttes til lokalmiljøet, er det videre interessant å vurdere i hvilken grad forskjellene gjør seg gjeldende på tvers av lokalsamfunnene, slik vi registrerer dem med vår minste geografiske analyseenhet, kommune (Figur 6.5).



Igjen ser vi at variasjonene er relativt små på tvers av kommunene. Unntak er eventuelt Åmot, der andelen med høy tilfredshet utgjør seks av ti (62%). Ellers er tilfredsheten noe lavere i Stor-Elvdal, Elverum og Engerdal (68-72% høy tilfredshet) enn i de nordligste kommunene Folldal, Alvdal, Tynset og Tolga (79-81%) samt i Trysil (81%). Tilsvarende er tilfredsheten mest utbredt i Fjellregionen (79%) etterfulgt av Hamar-regionen (76%), Kongsvingerregionen (75%) og Sør-Østerdal 71%. Mao, de regionale forskjellene er heller ikke svært store.

6.2 Arbeidsmiljø

Vi har ovenfor sett at det å være yrkesaktiv innebærer at man er i kontakt med andre mennesker, samtidig som fravær fra skole og arbeidsliv kan virke begrensende på den sosiale omgangens hyppighet. Videre vil arbeids-situasjonen i seg selv kunne virke på opplevelsen av livskvalitet, i den grad man trives og mestrer jobben. Eksempelvis refereres det ofte til at arbeidsmiljø innbefatter hyppig eksponering for støy, forurensning, dårlige lysforhold, farlige maskiner, kjemiske stoffer, tunge løft, ensidige bevegelser o.l. som kan være fysisk skadelige for helsen. Psykososiale forhold som samhold og trivsel, samt innflytelse over egen arbeids

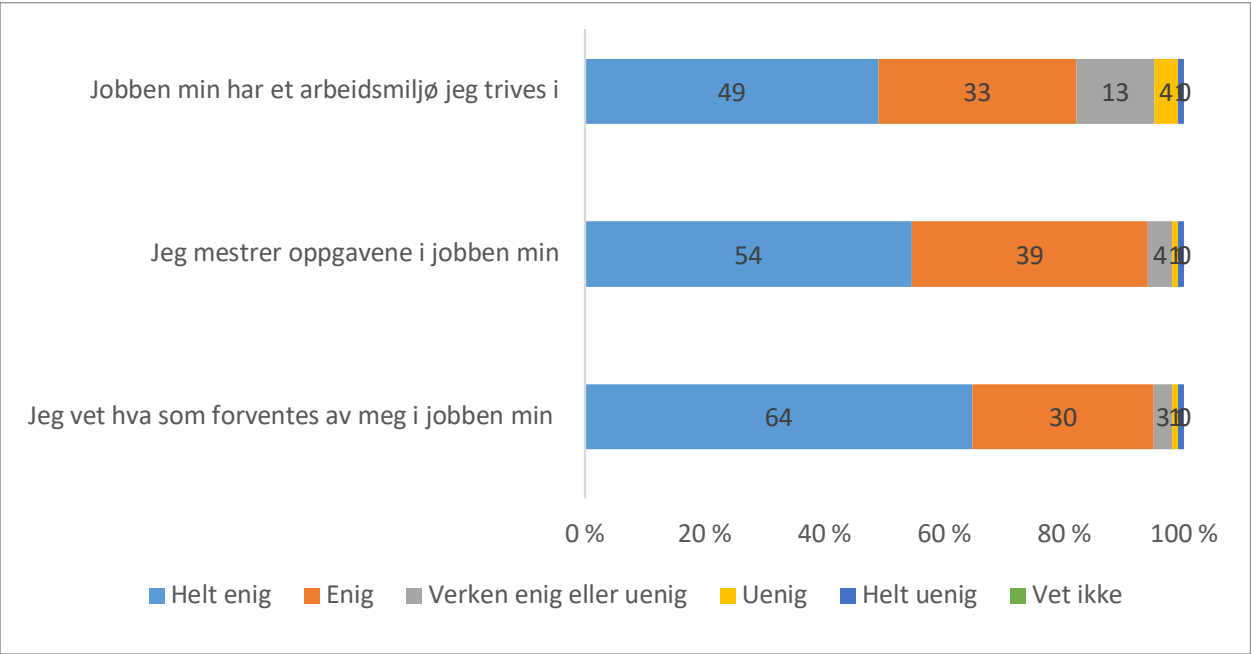
situasjon, har derimot stor positiv betydning for helse og velvære.⁵⁹ Det samme gjelder arbeidets eventuelle innslag av fysisk aktivitet.

Utbredt trivsel i arbeidsmiljøet

For å få et innblikk i disse forholdene er den yrkesaktive delen av befolkningen (inklusive sykemeldte) bedt om å ta stilling til tre utsagn om arbeidsforholdet sitt: «Jeg vet hva som forventes av meg i jobben», «Jeg mestrer oppgavene i jobben min» og «Jobben min har et arbeidsmiljø jeg trives i». Opplevelsene av disse tre sidene vil dels kunne være sammenfallende i det enkelte arbeidstilfellet (Figur 6.6).

De fleste, ni av ti, sier seg enige i de tre utsagnene, henholdsvis. Størst grad av oppfyllelse finner vi for forventningsstyringen. I overkant av ni blant ti vet hva som forventes i jobben, seks av disse sier seg helt enige i det. Usikkerheten er noe mer utbredt når det gjelder mestring av arbeidsoppgaver. Selv om andelen enige er like stor som for forventningsavstemningen, reduseres andelen helt enige til om lag halvparten. Endelig reduseres enigheten ytterligere når det kommer til trivsel på arbeidsplassen. Her sier åtte av ti seg enige, samtidig som halvparten også her er helt enige.

Figur 6.6: Hvor enig eller uenig er du i de følgende beskrivelsene når det gjelder arbeidsforholdet ditt? Prosent, n=4 325 – 4 350.



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

For å få et samlet og helhetlig uttrykk for arbeidsmestringen har vi igjen laget en enkel indeks, som summerer de tre vurderingene. Selv om det er klar sammenheng mellom dem, er de ikke absolutte: Man kan oppleve at arbeidsoppgavene mestres, selv om man ikke trives i jobben, etc. Samtidig er det klart at de fleste opplever mestring på alle de tre indikatorene.

Mens arbeidsmestringen i begrenset grad varierer med demografisk bakgrunn som alder, kjønn og bosted, er den klart knyttet til opplevd livskvalitet. Blant de (yrkesaktive) som ikke er tilfredse med livet i sin alminnelighet, oppgir tre av ti at de mestrer jobben. Blant de mest tilfredse er den tilsvarende andelen ni-ti av ti.

6.3 Økonomisk nettverk

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

Videre vises det til den «hedonistiske trede-møllen» som forklaringsfaktor: Når man for eksempel får en lønnsøkning, så oppleves en umiddelbar økning i lykke, men etter kort tid har man blitt vant til endringen. For mange halveres lykkefølelsen allerede et år etter lønnsøkningen. Man tilpasser seg «lykken», og endrer krav og forventninger.⁶⁰

Varierende økonomisk tåleevne

Vi skal ikke her gå dypere inn i dette til dels omfattende forskningsfeltet, men se kort på hedmarkingenes egen vurdering av hvordan de klarer å få endene til å møtes med den

husstandsinntekten de har i dag, og i hvilken grad inntektsnivået er utslagsgivende for opplevelsen av egen livskvalitet (Figur 6.7).

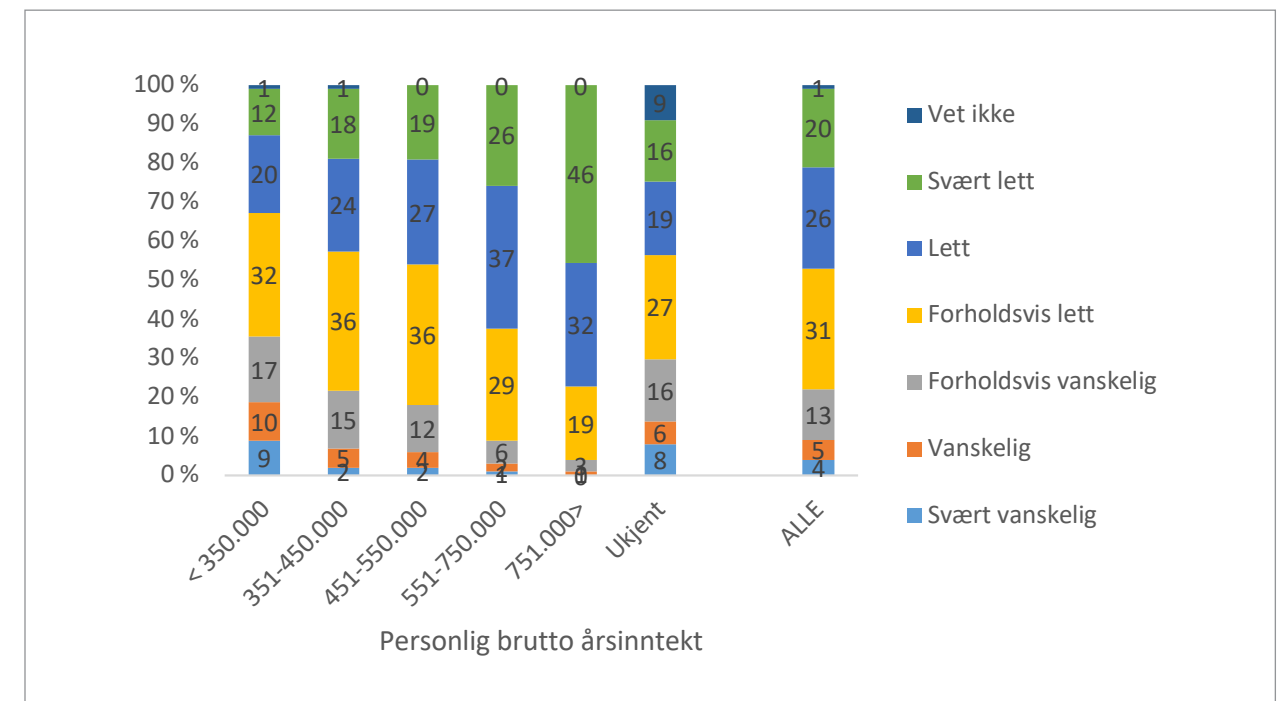
Gjennomsnittsinntekten for personer i Norge 17 år og eldre i 2018 er 437.300 kroner.⁶¹ Inntektene i Hedmark kartlegges etter innplassering i kategorier. Kategorien som deler inntektene i to, blant dem som oppgir inntekt, er 351.000-400.000 kroner. I så måte antydes det at inntektene blant hedmarkingene er på nivå med inntektene i landet forøvrig. Tre av ti hedmarkinger har inntekt 350.000 eller lavere, mens to av hundre har inntekt over 1 million.

Husholdningens samlede utgiftsbelastning oppleves på ulike måter. Om lag halvparten (46%) sier det er lett å få endene til å møtes, hvorav to vil si svært lett. Én av ti opplever situasjonen som vanskelig, hvorav fire av hundre vil si svært vanskelig. De resterende fire av ti sier det er forholdsvis lett eller –vanskelig.

Vurderingen av husstandens samlede inntekt, mot egen personlige inntekt, er ikke rett frem, da den personlige inntekten i flerpersongrupper vil kunne understøttes av de øvrige husstandsmedlemmene. I så måte speiler vurderingen respondentenes nære økonomiske nettverk, og vi ser vi en tydelig tendens til at utfordringene stiger med synkende inntekt. Blant personer med kr. 750.000 eller høyere (personlig) inntekt, sier åtte av ti at husstandens situasjon er lett, to av hundre at den er vanskelig. Blant personer med kr. 350.000 eller lavere personlig inntekt oppgir halvparten at husstandssituasjonen er lett håndterlig mens to av ti sier den er vanskelig. Det vil si, lav inntekt er ikke ensbetydende med at situasjonen er vanskelig, men peker tydelig i den retningen.

Og, mens de regionale og demografiske variasjonene i vurderingen av husstandsinntekts tilstrekkelighet er relativt små (hvilket indikerer at den enkelte i flerpersongrupper over livssyklusen vil understøttes av andre husstandsmedlemmer), gjør vanskelighetene seg i størst utstrekning gjeldende etter livssituasjon. Eksempelvis er inntektsvariasjonene klart knyttet til vurderingen av livskvalitet: Blant de

Figur 6.7: Vurdering av hvor lett eller vanskelig er det er å få husstandens samlede inntekt til å strekke til i det daglige, etter faktisk personlig brutto årsinntekt. Prosent, n= 7 377.



mest mistilfredse med livet i sin alminnelighet sier over halvparten at inntektssituasjonen er vanskelig. Blant de mest tilfredse utgjør den én av hundre.

Det vil si, sammenhengen mellom inntektsnivå og egenvurdert livskvalitet er svakere enn for særlig de andre oppnådde statusegenskapene utdanning og yrkesaktivitet. Blant grunnskoleutdannede oppgir seks av ti en inntekt under 350.000 (flere av disse vil ennå være i studiesituasjon), mens halvparten av dem med høy universitetsutdanning har en inntekt på mer enn en halv million. Blant yrkesaktive har fire av ti inntekt ut over en halv million, mens halvparten av alderspensjonistene, seks av ti syke/arbeidsledige og syv av ti studenter har 350.000 kroner eller lavere inntekt. Blant de aller minst tilfredse med livet har også seks av ti 350.000 kroner eller lavere inntekt. Men blant de mest tilfredse har «bare» hver fjerde inntekt over en halv million.

Betalingsevne styrer tannlegebesøk

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

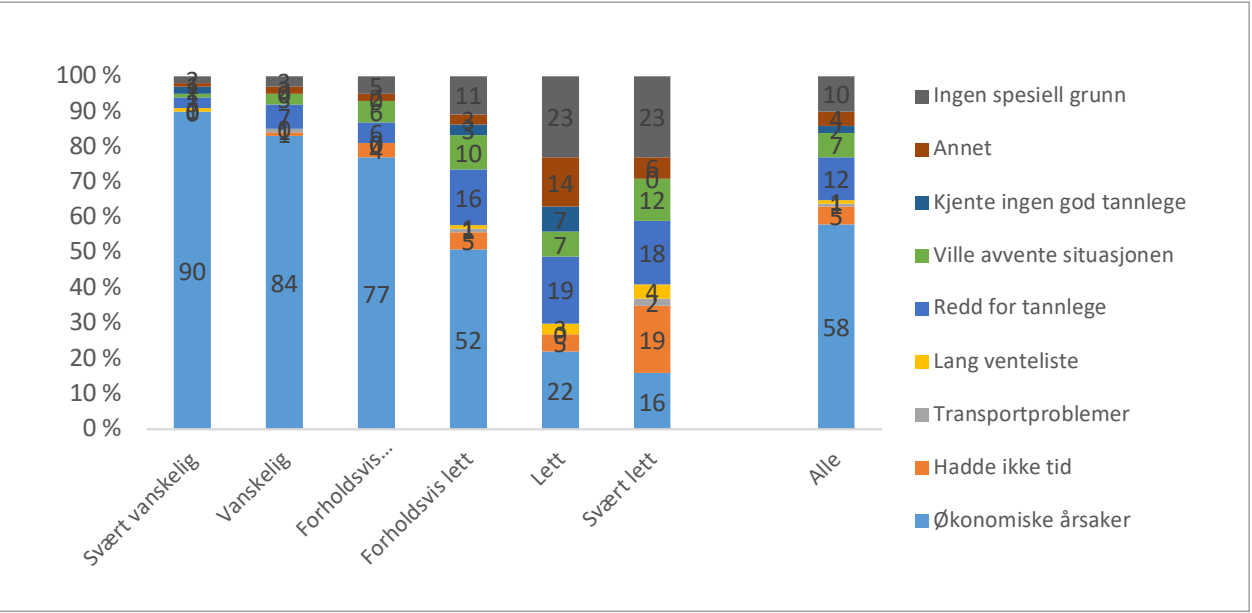
Hedmarkingene er for det første spurt eksplisitt om de i løpet av det siste året har hatt behov for å besøke tannlege, men har unnlatt å gjøre det. Og, sammenhengen er klar: Andelen som oppgir ikke å ha besøkt tannlege synker systematisk fra fire av ti blant dem med lavest tilfredshet til én av ti blant dem med høyest tilfredshet.

Det neste spørsmålet er da hvilke forhold som er utslagsgivende for at man ikke besøker tannlegen. Årsakene kan i utgangspunktet være mangfoldige, fra manglende kjennskap til tannleger, via transportproblemer og ventelister til

⁶⁰ <https://forskning.no/utviklingsokonomi-nmbu-norges-miljo-og-biovitenskapelige-universitet-partner/gjor-penger-oss-lykkeligere/496052>

⁶¹ <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/statistikker/selvangivelse>. Medianinntekten for alle landets husholdninger er per 2017 kroner 510.000. Den varierer fra laveste 410.000 blant alenemødre/fedre til 993.700 blant par med voksne barn, der yngste barn er 18 år eller eldre

Figur 6.8: Andel som oppgir økonomiske årsaker som begrunnelse for ikke å besøke tannlege, etter husstandens økonomiske betalingsevne. Prosent, n= 1 250.



tannlegeskrekk. Samtidig er det nærliggende å knytte betalingsevnen til husstandens økonomiske situasjon, subsidiært egen inntekt, da regningen vil kunne gjøre et betydelig innhugg i privatøkonomien. Personer som i løpet av det siste året har hatt behov for å gå til tannlege, uten å gjøre det, er bedt om å oppgi hovedårsak (Figur 6.8).

For det første ser vi at økonomiske årsaker er dominerende, og fremheves av seks blant ti. Deretter følger tannlegeskrekk, at man ville avvente situasjonen eller «ingen» spesiell grunn, alle nevnt blant om lag én av ti.

Sammenhengen med husstandens betalings-evne er dessuten relativt entydig: Blant personer som oppgir at betalingsevnen er svært vanskelig, sier ni av ti at økonomiske årsaker styrer valget. Andelen synker med stigende betalingsevne til én-to av ti blant dem som opplever husstandens økonomiske situasjon som svært enkelt håndterbar. Samtidig øker de andre forklaringene i omfang, med relativt sett om lag samme styrke. Den samme tendensen finner vi også for faktisk personlig inntekt, men i noe svakere grad da lav personlig inntekt vil kunne kompenseres hos øvrige husstandsmedlemmer.

7 AVSLUTNING

7. AVSLUTNING

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

Det finnes i forskningslitteraturen flere ulike tilnærminger til forståelsen av hvordan gode og dårlige levekår fordeler seg i samfunnet, og hvordan gode og dårlige situasjoner kan kompensere hverandre eller hope seg opp. Tilnærmingsmåtene vil i sin tur være nyttige når man søker etter årsakskjeder. Vi går ikke nærmere inn i denne litteraturen her, men oppsummerer kort den tema-inndelte analysen i det foregående ved hjelp av et par helhetlige modeller.⁶²

Sammensatte livssituasjoner

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

For å danne oss et helhetlig bilde, kan vi anvende vi en såkalt multivariat statistisk analyse, der flere egenskaper inngår i vurderingen samtidig. Betydningen av de respektive bakgrunnskjenne-tegnene vurderes ikke bare ut i fra den enkelte egenskapens selvstendige bidrag til de observerte variasjonene, men også i forhold til hvilken effekt den har når vi samtidig «kontrollerer» for effekten av de øvrige kjennetegnene. Eksempelvis vil en person med lav utdanning også kunne ha lav inntekt, som i sin tur vil kunne gi dårlig utgangspunkt for å leve et godt liv. Hva er det da som i

størst grad bidrar til å skape ulikhet – er det utdanningsnivået eller inntekten? Spørsmålet er forenklet sagt hvilke egenskaper ved innbyggerne som bidrar (statistisk sett) til de observerte variasjonene og hvilke verdier langs disse egenskapene som skaper henholdsvis høy og lav livskvalitet.

La oss først følge variasjonene i livskvalitet etter *objektive kjennetegn*. Her ser vi på de tilskrevne (demografiske) egenskapene som alder, kjønn og bosted samt *oppnådde* (sosiale) egenskaper som sivilstand, yrkessituasjon, utdanningsnivå og inntekt (Tabell 7.1a). Øverst i tabellen finner vi hele befolkningens vurdering av tilfredshet med livet, slik vi har sett det i kapittel 1: En av ti er lite tilfredse, tre-fire av ti er som vi har sett middels tilfredse mens fem av ti er godt tilfredse. Når alle disse egenskapene vurderes samlet, er det særlig hovedaktivitet, sivilstand og inntekt som bidrar til variasjonene, dels sammen med utdanningsnivå. Kjønn, alder og bosted har mindre betydning i så måte. Ytterpunktene er på den positive siden yrkesaktive, gifte med personlig inntekt over 750 000 kroner, der åtte av ti viser høy tilfredshet mens fire av hundre har lav tilfredshet. På den motsatte siden finner vi aleneboende med sykdom i alderen 25-49 år, der åtte av ti har lav tilfredshet og syv av hundre har høy tilfredshet. De to ytterpunktene utgjør henholdsvis 5% og 1% av befolkningen.

Når det gjelder *subjektive kjennetegn*, legger vi til grunn egenvurdert helsetilstand, sinnstilstand, stillesitting, hvorvidt man har sykdom samt hvorvidt man har depressive kjennetegn. Alle egenskapene slår ut i den ene eller andre retning. Høyst livskvalitet assosieres med svært god egenvurdert helse sammen med best sinns-tilstand, der ni av ti har høy tilfredshet med livet. Motsatsen her er særlig personer med dårlig sinnstilstand, store sykdomsbegrensninger og depressive kjennetegn, og der ni av ti har lav tilfredshet. Disse ytterpunktene utgjør henholdsvis 15% og 5% av befolkningen.

Tabell 7.1a - Livskvalitet og demografi. Tre-analyse.

Bakgrunn					Tilfreds med livet			Sum	Andel av befolkningen %
					Lav	Middels	Høy		
Hele befolknningen					12	35	53	100	100
Hovedaktivitet	Sivilstand	Alder	Utdanningsnivå	Inntekt					
Yrkesaktiv	Gift-partner			751.00>	4	18	79	101	5
Alderspensjonist	Samboende/Alene		Universitet - høy		4	17	79	100	1
Yrkesaktiv	Gift-partner			350-400.000/551-750.000	3	32	65	100	12
Yrkesaktiv	Sambo-kjærest			551-750.000					
Lav tilfredshet:									
Yrkesaktiv	Alene			<350.000	35	47	18	100	2
Syk-ledig	Alene	18-24/50+			49	36	15	100	2
Syk-ledig	Sambo-kjærest			350-550.000	52	27	21	100	2
Syk-ledig	Alene	25-49 år			79	14	7	100	1

Tabell 7.1b - Livskvalitet og subjektiv helse. Tre-analyse.

Bakgrunn					Tilfreds med livet			Sum	Andel av befolkningen %
					Lav	Middels	Høy		
Hele befolknningen					12	35	53	100	100
Egenvurdert helse	Sinnstilstand	Stillesitting	Sykdomsbegrens	Depresjon					
Høy tilfredshet:									
Svært god	Best				0	11	89	100	15
God	Best	<10 timer			0	14	86	100	20
God	Best	11 timer>			0	21	78	99	4
Svært dårlig/Verken ell	Best		Ingen		0	23	77	100	2
Lav tilfredshet:									
	Middels		Noen	Ja	39	53	8	100	1
	Dårligst	<5t/8-10t		Nei	64	33	3	100	4
	Dårligst		Ingen	Ja	74	25	2	101	2
	Dårligst		Store	Ja	90	8	2	100	5

Tabell 7.1c - Livskvalitet og objektiv helse. Tre-analyse.

Bakgrunn					Tilfreds med livet			Sum	Andel av befolkningen %
					Lav	Middels	Høy		
Hele befolknningen					12	35	53	100	100
Trivsel nær, miljø	Åpent nærmiljø	Nærstående	Tilhørighet	Turterreng					
Høy tilfredshet:									
I stor grad	Stor grad	Seks eller flere			2	23	75	100	23
I stor grad	Liten grad	Seks eller flere			10	19	70	99	2
I stor grad	Stor grad	Tre-fem	Høy		4	35	61	100	25
I stor grad	Verken eller	Seks eller flere			3	38	59	100	7
Lav tilfredshet:									
I noen grad		Tre-fem	Lav/ukjent		27	55	18	100	5
I noen grad		Ingen, en-to	Lav/ukjent		48	44	8	100	4
Liten/ingen grad		Tre-fem			53	40	7	100	2
Liten/ingen grad		Ingen, en-to			77	15	7	99	3

62 For en nærmere diskusjon av levekårsfordelinger, se f.eks. Barstad (2016).

Endelig ser vi på objektive livskvalitetsindikatorer som egen trivsel i nærmiljøet, nærmiljøets grad av åpenhet for ulike måter å leve på, egenopplevd tilhørighet til nærmiljøet, tilgang på nærstående i tilfelle problemer samt tilgang på turterreng. Alle indikatorene, bortsett fra tilgang på turterreng, er utslagsgivende i vurderingen av livskvalitet. På den ene side finner vi personer med høy trivsel i nærmiljøet, der nærmiljøet oppleves som åpent samtidig som man har tilgang på seks eller flere personer i nettverket sitt. I denne kategorien sier 75% at tilfredsheten er høy. På motsatt side finner vi personer med liten eller ingen tilfredshet i nærmiljøet, uten – eller med én-to nærstående, der nesten åtte av ti har lav tilfredshet. Disse to ytterpunktene utgjør 23% og 3% av innbyggerne henholdsvis.

I sum ser vi at det er flere ulike kombinasjoner av egenskaper som leder til henholdsvis høy eller lav livskvalitet. Og elementene som ligger til grunn for vurderingen bestemmer dels målgruppenes størrelse. Tiltak innrettet med utgangspunkt i objektive indikatorer vil rettes mot tilgang på effektive nettverk, men vil kun treffe tre av hundre. I så måte vil en tilnærming rettet mot særlig utsatte grupper måtte innrettes med en rekke ulike tilpasninger, for å få bred effekt. Tilsvarende, om målsettingen er å øke den allmenne livskvaliteten for hele befolkningen, vil tiltak styrt mot den delen av befolkningen som i dag er «middels tilfreds» og som både er bredere og sannsynligvis lettere å flytte opp i kategorien «høy» tilfredshet, ha størst effekt.

Styres av meningen med livet

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

Vi går nå motsatt veg sammenliknet med seg-mentering og vurdering av tiltaksgruppenes størrelse og kjennetegn, og ser etter de eventuelle

enkeltegeskaper som i størst grad bidrar til å skille mellom variasjonene i livskvalitet, når vi samtidig inkluderer alle enkeltegeskaper – demografiske, subjektive og objektive egen-skaper (Tabell 7.2).

Tabell 7.2. Livskvalitet klassifisert. Diskriminantanalyse, kanoniske diskriminant-funksjoner. n=6 662.

Bakgrunnskjennetegn	Funksjon
Sinnstilstand	0,76
Depresjon	-0,21
Egenvurdert helse	-0,21
Trivsel i eget nærmiljø	-0,17
Tilgang på effektivt nettverk	-0,14
Tilhørighet til bosted	0,12
Alder-kategorier	0,10
Sykdom	-0,09
Sivilstand	-0,08
Kjønn	-0,08
Hovedaktivitet	0,07
Stillesitting-kategorier	0,06
Sosialt miljø	0,04
Region	-0,03
Pers. inntekt	-0,02
Pers. inntekt	0,00
% korrekt klassifisert:	
Lav	80
Middels	61
Høy	85
Eigenvalue	1,7
% forklart varians	97,9

Analysen er igjen en multi-variat statistisk teknikk, der vi nå vurderer i hvilken grad de respektive bakgrunnskjennetegnene vi har belyst enkeltvis i det foregående, evner å skille mellom de tre kategoriene av lav, middels og høy egenvurdert livskvalitet.⁶³ Hvilke egenskaper bidrar i så fall i størst grad til å skille med dem? I den grad bakgrunnskjennetegnene har betydning for klassifiseringen, når vi samtidig

«kontrollerer for» effekten av alle de andre kjennetegnene, sier de også noe om hvilke mekanismer som virker og som vil kunne danne utgangspunkt for tiltaksutforming.

Analysen utleder en enkelt funksjon, hvilket tilsier at utfordringen er sammensatt, men én-dimensjonal. Og den formes i første rekke av innbyggernes «eudaimoniske» helsetilstand – i hvilken grad man opplever livet som meningsfylt. Et meningsfylt liv er med andre ord grunnleggende for det gode liv blant hedmarkingene.

Andre egenskaper som underbygger det gode liv er fravær av depresjon samt god (egenvurdert) fysisk helse. Deretter følger god trivsel i nær-miljøet og opplevelsen av høy grad av tilhørighet til eget bosted, sammen med tilgang på nære nettverk. Samtidig merker vi oss at flere av de tilskrevne (kjønn, bosted, tilgang på turterreng) og oppnådde (hovedaktivitet, inntekt) status-egenskapene bare i liten grad underbygger

denne dimensjonen. Det vil si, disse sistnevnte egenskapenes betydning reduseres når man samtidig tar hensyn til de førstnevnte.

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

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

8 VEDLEGG



Foto: Beate Ruud (Kongsvinger kommune)



VEDLEGG 1: OM UNDERSØKELSEN

Folkehelsekartleggingen i Hedmark 2019 er gjennomført som kombinasjonsundersøkelse rettet mot et tilfeldig utvalg i den voksne befolkningen. Særlig ønsket om at undersøkelsen skulle distribueres digitalt legger føringer på undersøkelsesdesignet.

1. MÅLGRUPPE

Kartleggingens målgruppe er Hedmarks befolkning 18 år og eldre. Dersom vi etablerer en øvre aldersgrense på 90 år, har fylket 157.662 innbyggere tilgjengelige for invitasjon.

Målgruppen er identifisert og tilrettelagt hos Folkeregisteret, landets best oppdaterte befolkningsregister. Folkeregisterinformasjonen er imidlertid ikke tilrettelagt for elektronisk utsending. Men Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har opprettet et kontaktregister, inklusive e-postadresse, som fellesløsning for offentlige virksomheter, til bruk i dialogen med innbyggerne.⁶⁴ Ved kopling mot dette registeret muliggjøres digital utsending, som er både fleksibel og kosteffektiv. Det vil si, det er anledning til å reservere seg mot registrering, ajourføring er basert på selvrapportering, deler av befolkningen er fremdeles ikke på nett og oppførte adresser er ikke alltid er korrekte (gir «bounce») eller er duplikater.⁶⁵

Bruk av kontaktregisteret alene som utvalgs-kilde, medfører dermed implisitt målgruppe-avgrensning mot personer uten nettilgang og e-post. Disse må i så fall følges opp på annen måte, om de skal være med i kartleggingen. I praksis henvises man til ordinær postal utsending, med utgangspunkt i folkeregistrert postadresse. Kontaktregisterets e-postadressekvalitet er imidlertid erfaringsmessig høy.

2. UTVALG

Hedmark fylkeskommune (HFK) ønsket tilrettelagt et representativt befolkningsutvalg med mulighet for å gjøre kommune- og / eller region-spesifikke analyser.

Utvalgsstørrelse

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

HFK ønsket i utgangspunktet tilrettelagt anslagsvis 400 respondenter for hver kommune, tilsvarende totalt 8.800 respondenter for hele fylket. Gitt en respons på om lag 20%, tilsier dette utsending av i overkant av 40 000 invitasjoner. Et netto utvalg på 400 respondenter vil imidlertid kunne være vanskelig å oppnå i enkelte kommuner, da det ikke er tilstrekkelig befolkningsgrunnlag til utsending av fire ganger så mange invitasjoner som befolkningens faktiske størrelse.⁶⁶ Dersom vi beholder kravet om netto 400 respondenter til analyse i de kommunene der befolkningsgrunnlaget tillater det, og justerer antallet ned i de minste kommunene til utsending til maksimalt 65%-69% av befolkningen, gir dette et justert utsendingsvolum på rundt 40 000 invitasjoner (Tabell V1.1).

Bestillingen til Folkeregisteret returnerte 42 900 respondenter. Disse ble videresendt til Difi for påføring av e-postadresse blant respondenter som kan kontaktes digitalt. Difi-koplingen returnerte i sin tur 33 920 respondenter med e-postadresse, og 6 514 respondenter med telefontilgang, i sum 40 434 respondenter.

Erfaringer fra tidligere tilsvarende undersøkelser, blant annet en nylig gjennomført tilsvarende kartlegging i Hordaland, tilsa en respons på om lag 25%. Det ville i så fall være behov for utsending til om lag 33 000 respondenter for å oppnå det ønskede netto utvalget på 8 000 respondenter. Med andre ord, og gitt brutto 42 900 respondenter til utsending, ville man kunne oppnå ønsket utvalg med en respons i underkant av 20%. Oppsettet er da i første rekke å betrakte som et

Tabell V1.1: Befolkning og estimert utvalgsstørrelse etter gitte koplingsmuligheter. Antall og prosent.

		Befolkning 18-90 år	Folke- registeret	Difi			
Region / kommune		N	Koplet	E-post	Post	Til utsending	Estimert utvalg (20%)
Glåmdalsregionen		43098	14700	11484	2386	13870	2774
0402	Kongsvinger	14478	2100	1670	319	1989	398
0420	Eidskog	5054	2100	1662	319	1981	396
0423	Grue	3958	2100	1604	379	1983	397
0426	Våler	3067	2100	1549	420	1969	394
0418	Nord-Odal	4158	2100	1642	327	1969	394
0419	Sør-Odal	6399	2100	1682	300	1982	396
0425	Åsnes	5984	2100	1675	322	1997	399
Hamarregionen		74009	10000	8324	1269	9593	1919
0403	Hamar	24739	2500	2124	273	2397	479
0412	Ringsaker	26954	2500	2073	332	2405	481
0417	Stange	16259	2500	2071	340	2411	482
0415	Løten	6057	2500	2056	324	2380	476
Fjellregionen		11824	9200	6964	1538	8502	1700
0441	Os	1600	1600	1181	294	1475	295
0436	Tolga	1213	1200	891	214	1105	221
0437	Tynset	4384	2100	1708	263	1971	394
0439	Folldal	1276	1200	1300	266	1566	313
0438	Alvdal	1852	1700	1300	266	1566	313
0432	Rendalen	1499	1400	993	292	1285	257
Sør-Østerdal		28731	9000	7148	1321	8469	1694
0427	Elverum	16613	2200	1808	279	2087	417
0434	Engerdal	1048	800	605	127	732	146
0428	Trysil	5377	2100	1707	288	1995	399
0430	Stor-Elvdal	2077	1800	1340	331	1671	334
0429	Åmot	3616	2100	1688	296	1984	397
SUM		157662	42900	33920	6514	40434	8087

anslag, og responsen i en befolkningskartlegging kan ikke forhånds-garanteres.⁶⁷ Samtidig er det hensiktsmessig å sende invitasjoner ut i puljer, slik at man ikke sender flere invitasjoner enn hva som trengs for å oppnå inntil 400 intervjuer i en enkelt kommune.

Utvalgssammensetning

Ut over utvalgsstørrelsen skal nettoutvalget etter endt datainnsamling være representativt

for befolkningen, det vil si relativt til kjente egenskaper som alder, kjønn og bosted.⁶⁸ Kartleggingens respons og utvalgets størrelse er i så måte ikke avgjørende for utvalgskvaliteten, om frafallet er tilfeldig. Erfaringene fra tilsvarende tidligere kartlegginger tilsier imidlertid at dette ikke er tilfellet: Eksempelvis vil gjerne aldersgruppen under 29 år både være vanskelig tilgjengelig og å motivere til deltakelse.

⁶⁴ Folkeregisterutvalg koplet til Kontaktregisteret ble benyttet som metode i Folkehelsekartleggingen i Hordaland 2017, basert på heldigital gjennomføring via SMS eller e-posti hht registrert kontaktpunkt (telefonintervju av underutvalg). Det er også benyttet til folkehelsekartlegginger i regi av Helsedirektoratet.

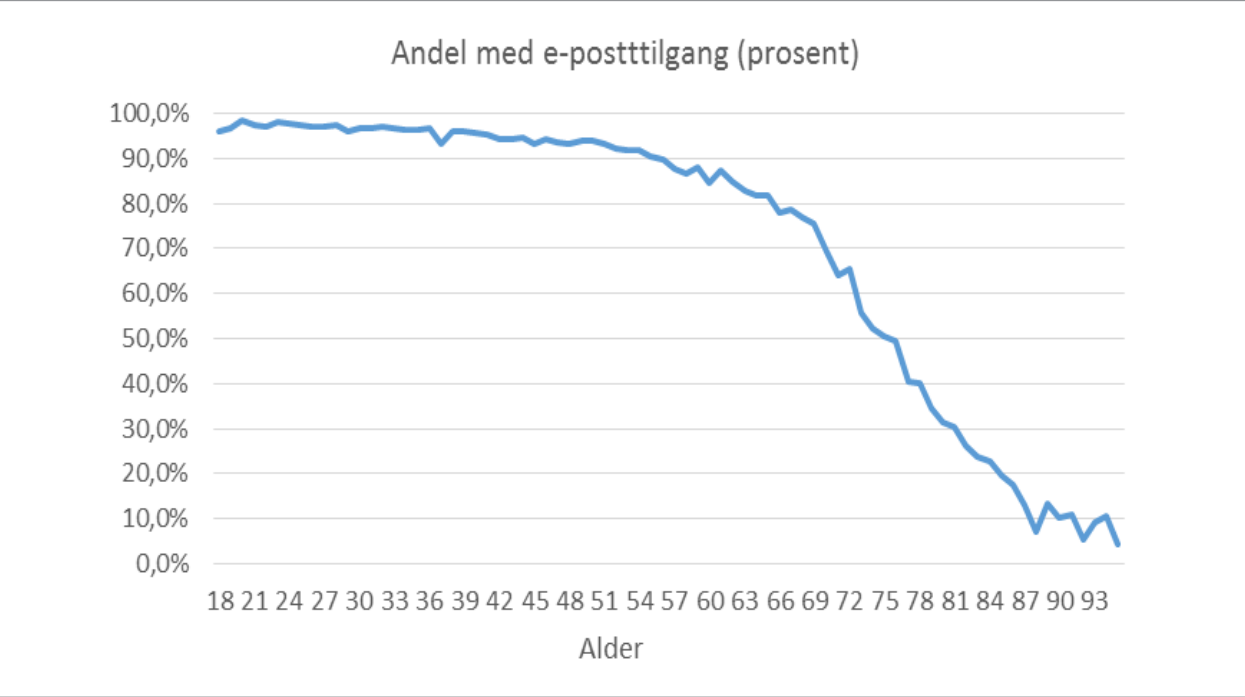
⁶⁵ Kantar gjennomfører Difi's nasjonale brukerundersøkelse i 2016 og i 2019 med kombinert web- og postalskjema (sistnevnte for respondenter uten e-postadresse) hentet fra Kontaktregisteret. Web-responentene utgjør 70% av respondentene. Andelen ukorrekte adresser er lav, men stigende med alderen. (https://www.difi.no/sites/difino/files/dokumentasjonsrapport/innbyggerundersokelsen_19.06_2017_u_vedlegg.pdf).

⁶⁶ I tillegg vil befolkningsfordelingen etter alder og kjønn kunne begrense mulighetene.

⁶⁷ Eksempelvis var Responsen i Difi's Nasjonale innbyggerundersøkelse i 2016 21% i det digitale utvalget og 33% i det analoge – dels fordi det analoge har større andel eldre respondenter, som også er de mest responsvillige. En pilotering av folkehelseundersøkelsene i Agderfylkene og i Vestfold 2016 gav 43%: <https://www.fhi.no/publ/2017/folkehelseundersokelser-i-fylkene--pilot-dokumentasjonsrapport--organisering/>

⁶⁸ Representativitet når det gjelder undersøkelsens sentrale problemstilling, helse eller tilfredshet med livet, kan ikke vurderes, da disse egenskapene ikke er eksakt kjente i befolkningen.

Figur V1.1: Andel kontaktbare i KRRs register, etter alder. Prosent.



Vi har dessuten sett at utvalgskildene legger føringer på utvalgssammensetningen, særlig i det respondentenes nettilgang er varierende i befolkningen. Mens nettpenetrasjonen ikke har særlig stor innvirkning på utvalgets regionale sammensetning, har den stor betydning for aldersfordelingen (Figur V1.1).

Figuren viser, for hver årsklasse, andelen kontaktbare innbyggere, dvs. personer med internetttilgang og som ikke har reservasjon. Vi ser at tilgangen i de yngste årsklassene er tilnærmet unison. Fra rundt 50 års alder er den fallende og synker mot 10% fra rundt 85 års alder. Med andre ord: hel-digital utsending vil ikke fange den eldste delen av befolkningen, som erfaringsmessig gjerne vil ha den svakeste fysiske helsen / høyeste tilfredsheten med livet i sin alminnelighet. Tilsvarende vil estimerer basert på et rent digitalt utvalg kunne overestimere *hele* befolkningens helsetilstand. Tidligere kartlegginger indikerer at den eldste delen av befolkningen, som faktisk er tilgjengelig på nett, har bedre helse enn de ikke-tilgjengelige. I så måte vil utvalget blant de eldste heller ikke uten videre kunne etter-stratifiseres ved vektning. Sammensetningen av brutto utvalg til utsending er som følger, når vi tar høyde for informasjonen

- i de respektive utvalsregistre og tilpasser til forventet respons (Tabell V1.2):
- Befolkningen fordeler seg relativt jevnt over alderskategoriene under 34 år, 35-49 år, 50-66 år samt 67 år og eldre, hver med om lag en fjerdedel av befolkningen.
 - Ettersom forventet frafall er høyest blant de yngste, er aldersgruppen under 35 år delt i to, mens utvalget fordeles med like store andeler på 20% på hver alderskategori, i bestillingen til Folkeregisteret.
 - Det endelige folkeregisterutvalget er i det store og hele i tråd med befolkningsfordelingen, samtidig som enkelte av de yngste under 35 år faller fra.
 - E-postkoplingen hos Difi innebærer frafall i størrelsesorden 20%, og i det vesentligste blant de eldste over 67 år.

Tilrettelegging av befolkningsutvalg som dekker *hele* befolkningen, krever med andre ord både digital og analog utsending. Respondenter som ikke er tilgjengelige på nett, mottar i denne kartleggingen postalt spørreskjema (se nedenfor). I tillegg åpnes muligheten for SMS-utsending, da alle utvalgets respondenter er oppført med telefonnummer. Dvs. gitt at respondenten har smarttelefon.

Tabell V1.2: Befolkning etter alder og kjønn. Prosent.

Alder						
Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67-109 år	TOTAL
Befolkning (n=157 662)						
Menn	5,6	7,2	11,7	14,3	10,8	49,6
Kvinner	5,1	6,6	11,5	14,4	12,8	50,4
Total	10,7	13,8	23,3	28,7	23,6	100,0
Disproporsjonalt utvalg	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	100,0
Folkeregisteret (n=42 900)						
Menn	8,6	8,9	10,1	11,3	11,3	50,2
Kvinner	8,9	9,2	10,2	10,8	10,7	49,8
Total	17,5	18,1	20,3	22,0	22,0	100,0
Difi - digital (n=33 920)						
Menn	10,4	10,6	11,6	11,4	5,5	49,5
Kvinner	10,8	11,0	11,4	10,8	6,5	50,0
Total	21,2	21,7	22,9	22,2	12,0	100,0

Med dette gjenstod totalt 40 434 respondenter med enten e-post- eller postal adresse etter utvalgstilretteleggingen, tilgjengelige for utsending.

3. METODE

HFk ønsket som nevnt primært elektronisk data-innsamling, eventuelt komplettert med annen metode for å treffe smalere / underdekkede målgrupper.

Web-skjema

Kartleggingen er, som følge av utvalgsplanen, i det vesentlige nett-basert. Web-skjema gir for øvrig stor fleksibilitet i utformingen, effektiv bruk av filtre og kosteffektiv gjennomføring. Ikke minst i en tid der inntil 40% av besvarelsene i web-baserte befolkningsundersøkelser gjøres på mobiltelefon, er det avgjørende viktig at undersøkelsen er tilpasset mobile enheter. Tidligere folkehelsekartlegginger er gjerne basert på postale spørreskjema, og i nyere tid på elektroniske versjoner av samme. Så lenge besvarelsen baseres på *skriftlig selvutfylling*, innebærer den elektroniske utsendingen ingen prinsipiell eller metodisk forskjell fra den analoge. (Det elektroniske skjemaet er dessuten bedre egnet når undersøkelsen har filtre, da respondenten ledes automatisk gjennom skjemaet).

Web-utvalget i 2019 er i så måte metodisk sett sammenliknbart med tidligere postale- og andre nyere web-baserte undersøkelser.

Postalskjema

Ettersom en betydelig andel av befolkningen ikke er nett-tilgjengelig, og manglende nettilgang vil kunne korrelere med undersøkelsens problemstilling, er postalt spørreskjema tilrettelagt særskilt for denne delen av målgruppen. Postal-skjemaet følger det samme designet som web-formatet, bortsett fra at hele skjemasidene er synlige for respondentene under utfyllingen (i web-skjemaet vises spørsmålene ett for ett), og filterprosedyrer ikke kan styres eksplisitt, ut over hoppe-instruks.

SMS-skjema

Endelig ble web-skjema sendt via SMS direkte til respondentens mobiltelefon, blant et tilfeldig underutvalg ikke-responderende respondenter. Hensikten var å vurdere om denne utsendingsmetoden ville kunne gi ytterligere effekt på responsen, ettersom man med denne type invitasjon kan svare umiddelbart og enkelt med egen telefon. SMS-utsendingene returnerte imidlertid beskjedne respons, og ble avviklet etter de innledende testutsendingene.⁶⁹

69 Forutsetter smarttelefon.

4. UTSENDINGSMATERIELL - SPØRRESKJEMA

HFK har laget utkast til invitasjonsbrev og spørreskjema, som er tilrettelagt og formattert i samråd med Kantar. Skjemaet har et omfang på 40 spørsmål. Median intervjuetid i web-utgaven er 12 minutter.

Innholdsmessig kartlegger skjemaet egenvurdert fysisk og psykisk helse, sammen med faktorer i nærmiljøet som antas å påvirke innbyggernes livskvalitet. Ettersom tilgangen på registerbaserte folkehelse-opplysninger er betraktelig utvidet i senere tid, er spørreskjemaet tilpasset tilgangen på informasjon fra andre kilder.⁷⁰ Samtidig rettes fokuset ikke bare mot utfordringer, men også mot ressurser som befolkningen mener de selv og kommunen har, og som kan komme fellesskapet til gode.⁷¹

5. DATAINNSAMLING

Ut over utvalgstilretteleggingen, er det om å gjøre at datainnsamlingen ikke tilfører utvalget systematiske skjevheter.

Gjennomføring

Datainnsamlingen er gjennomført i april-mai 2019. Etter en lengre designfase i perioden januar – mars, ble undersøkelsen testet i felt (på web-utvalget) den 26. februar. Resten av utvalget ble distribuert umiddelbart etterpå, med påminnelse den 11. mars. I tillegg ble påminnelse

sendt via SMS til et mindre testutvalg primo april. Postalutvalget gikk i felt samtidig med web-utsendingen. Det ble ikke sendt postal påminnelse. Feltarbeidet ble avsluttet den 30.04.2019, da FHK ønsket foreløpig rapportering til månedsskiftet mai/juni.

Responsmotivasjon

Følgende tiltak ble iverksatt for å stimulere til deltakelse:

- *Utvalget er trukket nært opp til utsendings-tidspunktet, for optimal adressekvalitet.*
- *Undersøkelsen er sendt ut med fylkes-spesifikk invitasjon, signert av Folkehelse-teamet og påført fylkets og folkehelse-teamets logoer.*
- *Informasjon om kartleggingen er lagt ut på HFKs kjemmeside.*
- *Lokale myndigheter var aktive i promoteringen av undersøkelsen – evt. via kommunenes hjemmesider.*

Respons og frafall

Det tilrettelagte utvalget utgjorde som nevnt en base for utsendingen, der man suksessivt kunne hente ut tilfeldig valgte respondenter etter behov. Totalt sett ble 38 920 skjema sendt ut (Tabell V1.3).

Responsen varierer mellom web- og postal-utvalgene. Blant de 33 920 web-inviterede respondentene, åpnet en tredjedel (29%) lenken. Blant disse oppstår det imidlertid frafall: 627 har

avslått deltakelse i undersøkelsens innledende samtykkeerklæring. Videre har 2 494 ikke levert komplett spørreskjema. Og 13 respondenter hadde ikke avsluttet utfyllingen da undersøkelsen ble stengt. De 6 854 besvarelsene utgjør 72% av de kontaktede og 21% av de utsendte invitasjonene.

I tillegg til web-invitasjonene ble det sendt ut 5 000 postale invitasjoner. 56 av disse kom i retur grunnet uriktig adresse, o.l. De 621 besvarelsene utgjør 12% av de utsendte invitasjonene som antas å ha nådd frem til respondentene. De postale respondentene ble gitt anledning til å svare digitalt, om de ønsket det. Invitasjonen inneholdt derfor undersøkelsens nettadresse, samt brukernavn for individuell pålogging. 11 av de 5 000 inviterte benyttet seg av denne muligheten (Dvs 11 av de 621 besvarelsene i postalutvalget er foretatt på nett).

Ikke-komplette web-besvarelser kan bety at respondenter har avsluttet like etter påbegynt utfylling, eller like før avslutning. Vi har valgt å inkludere respondenter som har besvart halvparten- eller flere spørsmål (Tabell V1.4).

Tabell V1.4: Partiell frafall etter alder. Prosent.

	Besvart spørsmål				
Alder	q10	q21	q26	q33	Total
18-24	85,1	11	3,3	0,6	100,0
25-34	94,3	3,5	2,1	0,1	100,0
35-49	96,5	2	1,2	0,3	100,0
50-66	97,3	1,4	1,1	0,3	100,0
67+	98,4	0,6	0,7	0,3	100,0
Total	95,6	2,7	1,3	0,3	100,0
n	7437	220	112	23	7792

Av de totalt inkluderte 7 792 respondentene har 95,6% levert komplett besvarelse, mens 2,5% har besvart til og med spørsmål 21, 1,3% har holdt ut til spm26 og ytterligere 0,3% har besvart spørsmål 33.

Videre er utfyllingsgraden aldersbetinget. Blant de eldste 67 år og eldre, har 98% levert komplett besvarelse. Fullføringsgraden synker med synkende alder til 85% blant de yngste. I tillegg til å øke utvalgsstørrelsen, bidrar inklusjonen av de delvis utfylte skjemaene også til å forbedre hele utvalgets sammensetning, for de spørsmålene som er besvart.

Tabell V1.5: Brutto- og netto utvalg etter bosted, alder og kjønn. Antall og prosent.

Alder							
Region	Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67+	TOTAL
Brutto utvalg (n=40 434)							
Kongsvinger regionen	Mann	3,4	3,5	3,4	3,4	3,4	17,1
	Kvinne	3,2	3,4	3,5	3,5	3,6	17,2
	Total	6,6	6,9	7,0	6,9	7,0	34,3
Hamarregionen	Mann	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	11,8
	Kvinne	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	12,0
	Total	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	23,7
Fjellregionen	Mann	1,5	1,7	2,2	2,4	2,4	10,2
	Kvinne	1,4	1,5	2,1	2,8	2,9	10,8
	Total	3,0	3,1	4,3	5,3	5,3	21,0
Sør-Østerdal	Mann	1,9	2,0	2,2	2,2	2,1	10,4
	Kvinne	1,9	2,0	2,1	2,3	2,3	10,6
	Total	3,8	4,0	4,3	4,4	4,4	20,9
Total	Mann	9,3	9,5	10,1	10,3	10,1	49,4
	Kvinne	9,0	9,2	10,2	11,0	11,2	50,6
	Total	18,2	18,8	20,3	21,3	21,4	100,0

70 Blant annet er folkehelseprofiler på både fylkes- og kommunenivå nå tilgjengelige som del av FHI's informasjonsarbeid.

71 Kopi av spørreskjemaet (postalversjon) finnes vedlagt.

Alder							
Region	Kjønn	18-24 år	25-34 år	35-49 år	50-66 år	67+	TOTAL
Netto utvalg (n= 7 791)							
Kongsvinger regionen	Mann	1,4	1,9	3,0	4,0	3,4	13,7
	Kvinne	2,8	3,3	4,0	4,8	2,7	17,6
	Total	4,2	5,2	7,0	8,8	6,1	31,3
Hamarregionen	Mann	1,2	1,5	2,1	2,8	3,0	10,8
	Kvinne	2,1	2,6	3,2	3,8	2,5	14,2
	Total	3,3	4,1	5,4	6,7	5,5	25,0
Fjellregionen	Mann	0,7	1,1	2,2	3,3	2,9	10,1
	Kvinne	1,2	1,4	3,1	4,2	2,6	12,6
	Total	2,0	2,5	5,2	7,5	5,4	22,7
Sør-Østerdal	Mann	0,8	1,1	2,0	2,9	2,3	9,2
	Kvinne	1,7	1,7	3,0	3,3	2,1	11,9
	Total	2,6	2,8	5,0	6,2	4,5	21,1
Total	Mann	4,2	5,6	9,3	13,0	11,7	43,8
	Kvinne	7,8	9,1	13,3	16,2	9,8	56,2
	Total	12,0	14,7	22,6	29,1	21,5	100,0

6. NETTO UTVALG

Gitt frafallet under datainnsamlingen reises spørsmålet om det endelige utvalget har avvikende trekk fra befolkningen.

Utvalsrepresentativitet

Når åtte av ti inviterte har valgt ikke å besvare undersøkelsen, må vi vurdere om frafallet eventuelt har systematisk karakter, som i så fall vil være utslagsgivende for resultatenes fortolkning. Vi kan da sammenstille det endelige utvalget med det tilrettelagte bruttoutvalget før utsending (Tabell V1.5).

Den geografiske fordelingen kategoriseres, for å forenkle visualiseringen.⁷² Det endelige utvalget har i det vesentlige beholdt bruttoutvalgets egenskaper. Den regionale fordelingen følges stort sett ad, der Kongsvingerregionen er svakt overrepresentert (+3 prosentpoeng). Menn er noe underrepresentert (-6 prosentpoeng), og det samme gjelder de yngste under 25 år (-6 prosentpoeng og 25-34 år (-4 prosentpoeng

Vekting av netto utvalg

Ut over vurderingen av demografisk representativitet, vet vi som nevnt ikke om responsen er knyttet til undersøkelsens tema, hvorvidt de «friskeste» deltar i større utstrekning enn de «sykeste», etc. Samtidig er det kjent at internettpenetrasjonen varierer med alder kjønn og utdanningsnivå, slik vi har sett overfor. Og vi har sett at variasjonene i helse og livskvalitet systematisk knyttes til disse egenskapene. I sum; eldre (kvinner) med lavt utdanningsnivå er ikke på nett, hvilket tilsier at et rent web-utvalg både vil overvurdere befolkningens fysiske helsetilstand og undervurdere befolkningens tilfredshet med livet. Dette får vi en indikasjon på ved å sammenlikne de postale med de digitale svarene, for enkelte sentrale egenskaper (Tabell V1.6).

De digitale svarene på postalutsendingen utgjør kun 11 respondenter, og er således beheftet med for stor usikkerhet til å kunne vurderes særskilt.⁷³ Sammenstiller vi det digitalt og det

Tabell V1.6: Folkehelserelaterte egenskaper etter svarmetode. Vektet utvalg. Prosent.

A. Helserelaterte kjennetegn

Utsending-svarmetode					
Bakgrunn	Web ut-inn	Post ut-inn	Post ut-Web inn	Total	Eta
Egenvurdert helse:					.14
Svært god	20	12	0	19	
Go	52	42	79	52	
Verken god eller dårlig	18	30	21	19	
Dårlig	7	11	0	8	
Svært dårlig	1	1	0	1	
Ukjent	1	5	0	1	
Tilfreds med livet					.15
0 ikke fornøyd i det hele tatt	1	3	7	1	
1	1	3	0	1	
2	2	1	0	2	
3	4	2	0	4	
4	5	2	0	4	
5	8	9	0	9	
6	10	5	0	10	
7	16	10	21	16	
8	20	16	57	20	
9	15	18	0	15	
10 Svært fornøyd	17	29	0	18	
Ukjent	1	3	14	1	
Opplever psykisk stress					.02
Nei	78	74	79	77	
Ja	22	26	21	23	
Sammen med gode venner					.07
Daglig	11	10	0	11	
Ukentlig	42	48	54	42	
Månedlig	29	19	15	28	
Årlig	14	15	31	14	
Sjeldnere	1	1	0	1	
Har ingen venner	3	6	0	3	
Ukjent	1	1	0	1	
Opplevd trygghet i nærmiljø					.09
Utrygg	6	13	0	7	
Trygg	94	86	93	93	
Ukjent	0	2	7	1	
Sum alle egenskaper	99-101	99-101	99-101	99-101	
n (uvektet)	7171	610	11	7792	

B. Sosiale-demografiske kjennetegn

Utsending-svarmetode					
Bakgrunn	Web ut-inn	Post ut-inn	Post ut-Web inn	Total	Eta
Kjønn					.05
Mann	51	42	36	50	
Kvinne	49	58	64	50	
Alder					.38
18-24	11	0	13	11	
25-34	15	2	27	14	
35-49	25	4	20	23	
50-66	31	13	7	29	
67+	18	81	33	23	
Utdanningsnivå					.28
Grunnskole	12	44	14	14	
Videregående/fagutdanning	40	32	14	39	
Høgskole/universitet lav	25	12	29	24	
Høgskole/universitet høy	21	5	43	20	
Ukjent	2	7	0	3	
Yrkesaktivitet					.39
Yrkesaktivitet	60	8	23	56	
Syk-ledig	12	8	8	11	
Alderspensjon	18	72	39	22	
Elev-student	8	1	31	8	
Annet	2	11	0	3	
Personlig inntekt					.25
<350.000	29	71	29	32	
351-400.000	19	15	36	19	
451-500.000	17	4	0	16	
551-750.000	19	1	21	18	
751.000+	9	1	0	8	
Ukjent	7	8	14	7	
Sum alle egenskaper	99-101	99-101	99-101	99-101	
n (uvektet)	7171	610	11	7792	

postalt utsendte utvalget, ser vi at det postale som forventet gjennomgående har betydelig høyere alder, og dermed også høyere andel pensjonister, samt lavere utdanningsnivå. For de helserelaterte egenskapene er sammenhengene noe svakere, samtidig som det digitale utvalget

viser høyere andel med god egenvurdert helse, høyere andel med svært høy tilfredshet med livet, omtrent lik andel med opplevd psykisk stress, lavere andel med høy tilfredshet med livet og lavere andel med hyppig vennekontakt. Utsendingsmetoden er med andre ord systematisk

72 For komplett utvalgsfordeling på kommunenivå, se Vedlegg 4.

73 Ved å skille ut di digitale postalsvarene, utledes den «rene» metodeeffekten av de digitale utsendingene.

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

		Kjønn			
Alder	Region	Mann	n	Kvinne	n
18-24	Kongsvingerregionen	1,0	111	0,4	215
	Hamarregionen	2,1	97	1,2	162
	Fjellregionen	0,6	57	0,3	96
	Sør-Østerdal	1,3	66	0,6	134
	Total	1,3	331	0,6	607
25-34	Kongsvingerregionen	0,9	149	0,5	259
	Hamarregionen	2,4	119	1,4	202
	Fjellregionen	0,5	82	0,3	112
	Sør-Østerdal	1,3	84	0,7	135
	Total	1,3	434	0,7	708
35-49	Kongsvingerregionen	1,0	231	0,8	312
	Hamarregionen	2,7	167	1,7	252
	Fjellregionen	0,4	169	0,3	240
	Sør-Østerdal	1,0	158	0,7	235
	Total	1,3	725	0,9	1039
50-66	Kongsvingerregionen	1,1	308	0,9	375
	Hamarregionen	2,3	222	1,8	298
	Fjellregionen	0,4	256	0,3	330
	Sør-Østerdal	0,9	224	0,8	258
	Total	1,1	1010	0,9	1261
67+	Kongsvingerregionen	0,9	267	1,3	211
	Hamarregionen	1,5	236	2,2	191
	Fjellregionen	0,3	223	0,3	200
	Sør-Østerdal	0,8	183	1,0	165
	Total	0,9	909	1,2	767
Total	Kongsvingerregionen	1,0	1066	0,8	1372
	Hamarregionen	2,2	841	1,7	1105
	Fjellregionen	0,4	787	0,3	978
	Sør-Østerdal	1,0	715	0,8	927
	Total	1,1	3409	0,9	4382

knyttet til egenskaper ved utvalgets demo-
grafiske- og helserelaterte egenskaper.
Utsending med kun digitalt skjema ville
produsert et yngre utvalg med bedre helse og
lavere tilfredshet med livet, enn det et kombinert
digitalt-postalt utvalg gjør.

Vekting av netto utvalg

Ettersom utvalget er tilrettelagt med ønske om
å kunne rapportere kommunevis, er de største

kommunene underrapporterte i utvalget
sammenliknet med befolkningen (såkalt design-
effekt). Det endelige utvalget er vektet tilsvarende
befolkningsfordelingen etter alder og kjønn innen
kommunene og på tvers av kommunene innen
fylket. De største byene vektes opp som følge av
undersøkelsesdesignet (Tabell V1.7).

De største designeffektene får vi på Hamar-
regionen, da denne er underrepresentert i

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

A. Hele fylket

UNIVERS (plott)	157 662				
UTVALG, antallet vi spør (plott)	7 791	97	1,2	162	
...vi måler svar på	50 %	40 %	20 %	5 %	
+/- svaret som er gitt	1,1 %	1,1 %	0,9 %	0,5 %	Feilmargin
Gir nedre grense i konfidensintervall	48,9 %	38,9 %	19,1 %	4,5 %	
Gir øvre grense i konfidensintervall	51,1 %	41,1 %	20,9 %	5,5 %	

B- Kommune med 400 respondenter

UNIVERS (plott)	7 000				
UTVALG, antallet vi spør (plott)	400	97	1,2	162	
...vi måler svar på	50 %	40 %	20 %	5 %	
+/- svaret som er gitt	4,9 %	4,8 %	3,9 %	2,1 %	Feilmargin
Gir nedre grense i konfidensintervall	45,1 %	35,2 %	16,1 %	2,9 %	
Gir øvre grense i konfidensintervall	54,9 %	44,8 %	23,9 %	7,1 %	

bruttoutvalget som følge av kommunens
størrelse relativt til fylkets øvrige kommuner.

Statistisk usikkerhet

Et kritisk element i undersøkelsesdesignet er
som nevnt de krav som stilles til estimatenes
presisjon. La oss kort se på noen av betingelsene
gitt kommunespesifikke rapporteringer med
utgangspunkt i totalutvalget for hele fylket, samt
underutvalgene med tentativt 400 representative
respondenter i en kommune med om lag 7.000
innbyggere (Tabell V1.8):

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

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

I en kommune med utvalg på 400 respondenter
vil den tilsvarende usikkerheten utgjøre 4,9
prosentpoeng. Blant kommunens befolkning vil
altså 45,1 – 54,9% ha denne egenskapen, selv om
det mest sannsynlige resultatet er 50%.

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

Og tilsvarende – når en egenskap måles med
eksempelvis 5% usikkerhet, må forskjellen i
denne egenskapen mellom to kommuner være
om lag 10% for at forskjellene skal kunne sies å
være statistisk signifikante.⁷⁴

74

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

VEDLEGG 2: LITTERATUR

Barstad, Anders (2016) Hoping av dårlige levekår. En analyse av Levekårsundersøkelsen EU_SILC 2013. Statistisk Sentralbyrå, rapport 2016/32.

Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K et al. *The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory*. Behav Sci 1974; 19: 1 - 15.

Diener, E., m.fl.: *Purpose, Mood, and Pleasure in Predicting Satisfaction Judgments*. Social Indicators Research, online 25. januar 2011.

FHI; Folkehelseinstituttet (2011). *Rapport 2011:2 Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger - tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*.

Gundersen, Knut og Moyhnahan, L. (2006) *Nettverk og sosial kompetanse*. Gyldendal akademiske. Beskrivelsen hentet fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/fritidkultur/16877>. op.cit.

Helgsesen, Marit K. m.fl (2014) *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR rapport 2014:3.

Helsedirektoratet (2019) *Veivisere i lokale folkehelseiltak*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/utdanning-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskaps-grunnlag>

Barstad, Anders, m.fl. (2016): *Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. Helsedirektoratet, Rapport IS-2479.

Bang Nes, Ragnhild, m.fl (2018) *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. Helsedirektoratet, rapport IS-2727 KORT.

OECD; Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (2017). *Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. SDSN; Sustainable Development Solutions Network. World Happiness report 2017.

Kantar TNS (2017) Hedmark fylkeskommune. Nærmiljø og inkludering. Mimeo.

Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J.(red.): *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2011.

Saunes, Ingrid S. m.fl. (2017). *Helse i Norge – 2017*. Kommentarrapport til OECDs sammenlikning av helse i ulike land. Rapport, Folkehelseinstituttet.

Vittersø, J., m.fl.: *Life satisfaction is not a balanced estimator of the good life: Evidence from reaction time measures and self-reported emotions*. Journal of Happiness Studies, 10, 2009.



