

Helse og livskvalitet
i Malvik kommune 2018
- LEV VEL



Ruca Maass
Kirsti Sarheim Anthun
Siren Hope
Monica Lillefjell

NTNU - Trondheim 2019

Rapportserie NTNU Senter for helsefremmende forskning
© Maass R, Anthun K.S., Hope S., Lillefjell M.
ISBN 978-82-93158-46-2
ISSN 1892-6207
Rapport 2019/02

Forord

I denne rapporten presenteres bakgrunnsteori, metode og resultater fra den tredje befolkningsundersøkelsen Helse og Livskvalitet 2018, som er gjennomført som en del av folkehelsesatsingen LEV VEL i Malvik kommune.

Befolkningsundersøkelsen gir en oversikt over befolkningens levekår og sier noe om hva beboerne i Malvik kommune anser som betydningsfullt for å fremme god helse og livskvalitet. I tillegg evalueres kommunens satsingsområder for nærmiljø og nærturområder.

Videre presenteres trender og utvikling over tid fra første befolkningsundersøkelse som ble gjennomført i 2012 til andre datainnsamling i 2014 og nå tredje datainnsamling høsten 2018. Dette er viktig kunnskap for kommunen i kommunal samfunnsplanlegging og for hvordan lokalmiljøet skal videreutvikles.

Prosjektgruppen har bestått av følgende personer:

Fra Malvik kommune; kommunalsjef Tone Østvang og rådgiver Eli Trøan,

Fra NTNU; førsteamanuensis Ruca Maass, førsteamanuensis Kirsti Sarheim Anthun, forsker Siren Hope og professor Monica Lillefjell

Prosjektet som danner grunnlaget for denne rapporten er finansiert av Malvik kommune.

Vi takker Malvik kommune for et godt samarbeid i gjennomføringen av prosjektet. Vi vil videre rette en stor takk til de som svarte på undersøkelsen. Den kunnskapen som deltakerne har bidratt med anses som svært betydningsfull i den videre planleggingen og for folkehelsearbeidet i kommunen, samt i forskning på hva som fremmer god helse og livskvalitet.

Trondheim 15.08. 2019

Ruca Maass og Monica Lillefjell
Prosjektledelse

NTNU,
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Sammendrag

Bakgrunn: Denne rapporten fremstiller funn fra den tredje runden av LEV VEL undersøkelsen i Malvik Kommune. Ifølge folkehelseloven skal alt folkehelsearbeid være kunnskapsbasert og forankret i lokale utfordringer og ressurser. LEV VEL undersøkelsen sikter mot å fremskaffe kunnskap om helsefremmende faktorer og befolkningens levekår i Malvik kommune. Formålet med undersøkelsen er å gi kommunen et godt grunnlag for en helsefremmende utvikling av lokalmiljøet.

Metode: Data ble samlet inn gjennom en elektronisk spørreundersøkelse. Alle innbyggere i Malvik Kommune over 18 ble invitert til å delta. Spørreskjemaet ble utviklet av kommuneansatte og forskere i samarbeid. Det ble benyttet til å kartlegge blant annet levekår, helserelatert atferd, sosiale relasjoner og bruk og oppfatninger av aktivitetstilbud i nærmiljøet. I den 3. runden ble det i tillegg kartlagt oppfatninger og bruk av fire spesifikke friluftsområder i Malvik Kommune, omtalt som satsningsområder. Data ble analysert både deskriptivt, for å kunne beskrive helsetilstanden i dag, og komparativt, for å belyse tendenser og utvikling siden den første datainnsamlingsrunden i 2012.

Resultat: En overvekt av respondentene rapporterer å ha gode levekår: de er høyt utdannede, har god inntekt, eier egen bolig og er i fast jobb. Likevel er det en betydelig andel som opplever utfordringer med løpende utgifter. Rundt halvparten har vært sykemeldt i løpet av det siste året, både med og uten legeerklæring. Samtidig rapporterer de fleste opplevelse av god helse og fornøydhet med tilværelsen. I motsetning til tidligere år beskriver kvinner sin helse som litt dårligere enn menn i denne (2018) undersøkelsen. Over 90% av respondentene trives i Malvik. Beliggenhet, sosialt miljø og trygge oppvekstvillkår trekkes frem som positive sider ved det å bo i Malvik. Deltagerne er også godt fornøyd med både tilgjengeligheten av og kvaliteten på nærmiljøressursene. Deltagerne deltar i nærmiljøet på ulike måter, både i organiserte og uorganiserte former, men få oppgir å engasjere seg i mer forpliktende former (som for eksempel på seg styreverv). Når de blir spurt hvordan Malvik kan bli bedre, trekkes utvikling av «sentrum», desentralisering av servicefunksjoner, og innsats for bedre skolemiljø og kollektivtrafikk frem. Samtidig kommer det frem at kulturtilbudet fortsatt har forbedringspotensial.

Når man ser på kommunens satsingsområder i forhold til tilrettelegging av nærmiljø og nærturområder, viser undersøkelsen at både tilfredshet med og bruk av satsingsområdene er høy. Spesielt Stavsjøområdet og Midtsandtangen brukes av mange respondenter. Områdene synes å brukes hovedsakelig av folk fra nærmiljøet. Hyppige brukere av områdene har ofte lav til middels inntekt, er noe eldre enn gjennomsnittet, og opplever bedre livskvalitet og mer trivsel i Malvik enn gjennomsnittet. I tillegg er folk med funksjonsnedsettelse overrepresentert som brukere av satsingsområdene- samtidig som de er mindre fornøyd med utformingen av områdene (spesielt med tilgjengeligheten).

Sammenligner man funn fra de tre datainnsamlingsrundene i 2012, 2014 og 2018 ser man at noen av levekårsindikatorene har gått ned, til tross for at utvalget i 2012 inkluderte en større andel respondenter med lav sosioøkonomisk bakgrunn enn de to andre årene. Sammenlignet med 2012 er det i 2018 flere som oppgir vansker med løpende utgifter, færre er i lønnet arbeid og færre har et fast ansettelsesforhold. Andelen som har vært sykemeldt det forrige året fremstår som stabil, mens andelen som trives svært godt i Malvik går noe ned. Samtidig viser både helse, livskvalitet og sosial kapital positive tendenser siden 2014, etter først å ha avtatt mellom 2012 og 2014. Andelen som er fornøyd med sin mulighet til å påvirke beslutningsprosesser har tiltatt jevnt siden 2012.

Abstract (English)

Background: This report presents results from the third wave of the Malvik population survey, the LEV VEL survey. The LEV VEL survey aims at providing the municipality with local and up-to-date knowledge about health-relevant factors and living conditions, which can contribute to the development of knowledge-based approaches.

Method: Data was gathered through an electronic survey. All inhabitants of Malvik above 18 years were invited to participate. The survey was developed in cooperation between the municipality and researchers from the NTNU. It screens a variety of factors, such as living conditions, health-relevant activities and life-style, social relationships as well as perceptions and use of neighbourhood-resources and facilities. In the third wave, questions about perceptions and use of 4 specific facilities for out-door activities which have been upgraded in recent years are included. Data are analysed both descriptive and comparative, to highlight trends and tendencies since the first wave in 2012.

Results: Large proportions of respondents report good living conditions with high education and income. The majority of this sample owns their house/flat and is employed regularly. Despite this does a fair proportion of respondents' experiences problems with running costs at least sometimes. About half of the participants have been on sick-leave during the past year, both with or without a medical certificate. On the other hand, almost all respondents experience good health and life satisfaction. Women experience a little worse health than men, something which was not found in this population earlier. More than 90% of participants are thriving in Malvik. Malvik's location is described as a major asset. More, safe conditions for children and families and the local social community are pointed out as positive sides of living in Malvik. Participants are satisfied with accessibility and quality of local environmental resources. Respondents seem to participate in their neighbourhood in a variety of ways, and through both organised and un-organised activities. However, few report to engage in more committing ways, such as joining the board of a local neighbourhood-organisations. When asked about how Malvik could be improved, participants focus on development of the "centrum", decentralised municipal services, and an effort towards the school, collective transport and cultural life.

Looking at the "Satsningsområdene" shows that both satisfaction with and use of these facilities are high, especially for Stavsjøområdet and Midtsandtangen. All of these facilities seem to be used mostly by local inhabitants. Regular users are characterised by low- to middle income, higher life satisfaction and more thriving in Malvik, as well as older age and higher likelihood to have a disability than the average respondent. Simultaneously do people with disabilities experience less satisfaction with accessibility and quality of these facilities

Comparing results from 2012, 2014 and 2018 (wave 1-3) indicates that some of the living condition-indicators have declined, despite the fact that wave 1 included larger proportions of people with lower socio-economic background than wave 2 and 3. In 2018, more respondents experience difficulties with running costs, fewer are employed and fewer have a regular employment (with no time limit). Proportion of people having been on sick-leave are steady since wave 1. Self-rated health, life satisfaction and social capital dropped between wave 1 and 2 but have again increased since 2014. Proportions of people reporting to thrive in Malvik have declined slightly since 2012, while proportions of people who are satisfied with their possibility to influence decisions have increased steadily since 2012.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	8
1.1 Helsefremming i nærmiljøet- hvorfor?	9
1.2 Helsefremming i nærmiljøet- hvordan?	10
1.3 Hvordan er kunnskap fra befolkningsundersøkelsen brukt i kommunen hittil?	12
1.4 Hvordan er kunnskap fra befolkningsundersøkelsen brukt i forskning hittil?	12
2. Metode	14
2.1 Utvikling av og endringer i spørreskjema	15
2.2 Datainnsamling.....	16
2.3 Analyser	16
3. Hovedfunn 2018.....	18
3.1 Beskrivelse av utvalget.....	18
3.2 Bosituasjon	20
3.3 Arbeid og livsopphold.....	21
3.4 Trivsel i Malvik Kommune	23
3.5 Sosialt nettverk og nabolagsrelasjoner	25
3.6 Deltagelse	26
3.7 Oppfatning og bruk av nærmiljøressurser	27
3.8 Kultur	30
3.9 Fysisk aktivitet og kroppen	32
3.10 Alkohol & Tobakk	33
3.11 Helse og livskvalitet	34
3.12 Sammendrag hovedfunn.....	38
4. Satsingsområder	39
4.1 Oppfatninger av tilgjengelighet og kvalitet.....	41
4.2 Bruk av satsingsområdene.....	43

4.3 Brukes satsingsområdene av mennesker med nedsatt funksjonsevne?	45
4.4 Sammendrag satsingsområdene	47
5. Tendenser siden 2012	48
5.1 Utvalg	48
5.2 Arbeid og sykefravær	49
5.3 Trivsel og sosialt nettverk	50
5.4 Oppfatninger og bruk av nærmiljøressurser	51
5.5 Fysisk aktivitet	52
5.6 Tobakk og alkohol.....	52
5.7 Helse, livskvalitet og opplevelse av sammenheng	53
5.8 Sammenfatning tendenser 2012- 2018	54
6. Oppsummering.....	56
7. Referanser	58

1. Innledning

Denne rapporten presenterer resultater fra LEV VEL undersøkelsen 2018 i Malvik kommune. Dette er den tredje innsamlingsrunden av befolkningsdata, som gir oversikt over befolkningens levekår, og hva innbyggerne i Malvik anser som betydningsfulle faktorer for helse og livskvalitet. Kunnskapen som undersøkelsen avdekker er viktig for kommunal samfunnsplanlegging og nærmiljøutvikling. Undersøkelsen er utviklet i et samarbeid mellom kommunen og forskere fra NTNU, som også har utformet denne rapporten.

Befolkningsundersøkelsen er forankret i kommuneplanens samfunnsdel (2018 – 2030). Et av de overordnede målene er at man skal kunne velge å leve sunt i Malvik kommune. Undersøkelsen er en del av kommunens folkehelsesatsning LEV VEL, som ved siden av denne undersøkelsen omfatter en rekke tiltak og prosjekter. For mer informasjon, se folkehelseportalen på kommunens nettsider:

<https://www.malvik.kommune.no/folkehelseportal.364003.no.html>.

Folkehelseloven krever en kunnskapsbasert tilnærming til folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011). Helsen påvirkes av en rekke faktorer som arbeid, transport, utdanning, sosial inkludering og aktivitetsmuligheter i nærmiljøet. Selv om en rekke folkehelseutfordringer har sammenheng med globale og overordnede tendenser (for eksempel økt skjermbruk), må de løses lokalt og gjennom en koordinert innsats av flere samfunnsaktører. Dette innebærer at kommunen må ha oversikt over utviklingstrekk, risikofaktorer og helsefremmende faktorer både generelt og lokalt.

Denne rapporten gir innsikt i innbyggernes helse, oppfatninger og behov og er således et ledd i å skaffe et gyldig og pålitelig kunnskapsgrunnlag for videre beslutninger og utvikling i Malvik kommune. Målet er å fremskaffe kunnskap om helsefremmende faktorer som påvirker og bedrer folkehelsen og livskvaliteten for innbyggerne i Malvik kommune; kunnskap som kan bidra til en helsefremmende utvikling av lokalmiljøet

1.1 Helsefremming i nærmiljøet- hvorfor?

WHO anser det å styrke lokale sosiale nettverk og deres handlingskompetanse som en sentral strategi i helsefremming (WHO, 1986). Nærmiljøet er dermed en viktig arena for å fremme helse og forebygge sykdom. Det kan være en viktig arena særlig for en del utsatte befolkningsgrupper som bruker mye tid i sitt nærmiljø: for eksempel ungdom, eldre, folk utenfor arbeidslivet, mennesker med funksjonshemming mm. (Maass et al., 2014). Nærmiljøet representerer en signifikant arena gjennom livsløpet, og tilbyr mange muligheter til helsefremming, og ikke minst tidlig innsats rettet mot barn og unge (Mistry, Minkovitz, Riley, Johnson, Grason, Dubay & Guyer, 2012).

I dag finnes det store geografiske ulikheter i helse, både globalt, nasjonalt og lokalt (FHI, 2018; WHO, 2011). Slik ulikhet følger som regel den sosiale gradienten; jo høyere sosioøkonomisk status, jo bedre helse, og lengre forventet levetid (Marmot, 2017). Likevel er det ikke alltid tilfelle; hvordan nærmiljøet utformes og forvaltes kan ha mye å si (Cockerham, Hattori & Yamori, 2000).

Nærmiljøet bidrar med både risikoer og ressurser, og dette påvirker helsen vår. Mulige helserisikoer i nærmiljøet omfatter alt fra fysiske forhold, som trafikk og luftforurensing til personlige erfaringer av sosial utrygghet, ekskludering og avmakt. Ressurser inkluderer aktivitetsmuligheter, sosiale nettverk, følelse av kontroll og trygghet, tilgjengelig informasjon, estetiske hensyn mm. (Maass, Lillefjell & Espenes, 2017).

Sammenfattende kan man si at sosial helseulikhet produseres i nærmiljø gjennom skjev fordeling av ressurser og risiko, og gjennom ujevn innflytelse blant individer og/eller sosiale grupper mht. fordeling av ressurser og utforming av nærmiljø. Sosial ulikhet viser seg dermed ikke bare i hva som finnes av ressurser i et nærmiljø, men også i forhold til hvor lett det er for ulike individer og sosiale grupper å få innflytelse over, og delta i å utforme sine nabolag og nærmiljøressurser (Kruize, Droomers, van Kamp & Ruijsbroek, 2014). Det å gi individer eller grupper mulighet til å påvirke sitt eget nærmiljø og de ressurser som finnes der, kan i så måte bidra til å fremme helse.

1.2 Helsefremming i nærmiljøet- hvordan?

Å utjevne sosiale helseforskjeller er en viktig politisk målsetting (Stortingsmelding nr. 19 [2018-2019]) som krever kompetanseheving i den offentlige forvaltningen. Den overordnede målsetting er å fremme god helse for alle, uavhengig av alder, kjønn, kultur, velstand eller somatiske forutsetninger. Det å realisere et slikt mål kan vise seg å være vanskelig å få til i praksis. I noen tilfeller kan det å plassere nye ressurser i et nærmiljø virke mot sin hensikt, og bidra til å øke helseforskjellene. Dette kan forklares med at befolkningsgrupper som allerede er aktive og vant med å bruke ressurser ofte er mer tilbøyelige til å prøve ut og ta i bruk nye ressurser (Mittelmark, 2014). En annen forklaring kan være at ressurser som utformes for alle utformes i tråd med flertallets ønsker og behov. Dette kan i verste fall resultere i utforming eller funksjon som virker direkte ekskluderende for enkelte befolkningsgrupper, som for eksempel mennesker med nedsatt funksjonsevne (Lid & Solvang, 2016).

For å motvirke sosial ulikhet i helse, er det nødvendig å både identifisere hva som finnes i et nærmiljø av ressurser og risiko, og vurdere eksisterende beslutningsprosesser som avgjør hvordan ressurser og risiko prioriteres, fordeles og forvaltes. En slik tilnærming kan bidra til en mer rettferdig distribusjon av ressurser, og et mer rettferdig beslutningssystem for valg, utforming og forvaltning av ressurser (Kruize et al., 2014).

Forebygging og helsefremming

I folkehelsearbeidet skilles det mellom forebyggende og helsefremmende strategier.

Forebygging handler om å minske helse risiko, gjennom for eksempel å motvirke utbrudd av sykdom eller redusere de negative konsekvensene av sykdom eller funksjonsnedsettelse. Forebyggingstankegangen er relativt godt forankret i en rekke folkehelsepolitiske føringer, slik som røykeloven. Forebyggende tiltak tar som regel utgangspunkt i utsatte grupper eller kjente risikofaktorer, og prøver å motvirke en negativ utvikling (Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø 2011).

Helsefremming handler om å styrke individer og deres omgivelser, gjennom for eksempel å fremme «det positive livet», mestring, livstilfredshet og meningsfullhet (Major et al., 2011). Tankegangen er tett knyttet til salutogenese, teorien om helsens opphav. Salutogenesen beskriver helse som en egen størrelse, og som uavhengig av sykdom. Helse oppleves langs en skala fra «perfekt helse» til «total u-helse» (Antonovksy, 1979; 1987). En salutogen tilnærming

åpner for et styrket fokus på positive faktorer og utfall, og for at konsepter som livskvalitet, trivsel og sosial tilhørighet kan inkluderes i forståelsen av «positive helseutfall» (Lindstrøm & Eriksson, 2010).

Både forebygging og helsefremming er sentrale strategier for å ivareta folkehelse på et lokalt nivå. Likevel er ikke løsningen så enkel som å redusere risiko og øke ressurser i et nærmiljø: som påpekt tidligere kan en slik tilnærming ofte forsterke ulikhet i helse. I tillegg viser det seg at tiltak som fungerer i én lokal kontekst kan være nytteløs eller i verste fall skadelig i en annen kontekst. Hvordan vi går frem for å utvikle, planlegge og omsette tiltak kan derfor være vel så avgjørende for resultatet som selve tiltaket.

I tillegg til de nevnte utfordringer, er et overdrevet fokus på det å finne og tilby ressurser som skal gjøre livet enklere ikke alltid den beste strategien for helsefremming. Forskning antyder at det å styrke individer og utruste dem med psykososiale ressurser er den beste strategien for helsefremming i nærmiljø (Maass et al., 2017; Benzies & Mychasiuk, 2009, Maton, 2005). Mennesker trenger å møte utfordringer, gjøre erfaringer og utvikle sitt handlingsrepertoar for å kunne utvikle seg til sterke, motstandsdyktige individer. Gjennom å tilby ressurser som tilrettelegger for betydningsfulle erfaringer kan individer utvikle handlingskompetanse og en trygg identitet, få tilgang til sosiale nettverk og trygge relasjoner, oppleve mestring, mening og sammenheng, og derigjennom bli bedre rustet til å takle utfordringer senere i livet (Maass et al., 2017).

Ut fra en salutogen tilnærming formes individet av samfunnsmessige forhold og på bakgrunn av sine personlige/individuelle erfaringer. Politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle, miljømessige, atferdsmessige og biologiske faktorer kan alle påvirke helsen vår i positiv eller negativ retning (Antonovsky, 1979). Salutogenesen knytter dermed eksterne ressurser til individuelle erfaringer, og det tenkes at disse samlet påvirker både helseutfall og individuelle forutsetninger til å takle motgang og ivareta egen helse (Eriksson & Lindstrøm, 2006; 2007).

Kommunens rolle ut fra en slik tilnærming vil bestå i å tilby passende ressurser, og samtidig tilrettelegge for signifikante erfaringer gjennom å praktisere inkluderende strategier under utforming og forvaltning av disse ressursene. En helsefremmende tilnærming vektlegger viktigheten av å fremme en bærekraftig samfunnsutvikling og en mer rettferdig fordelt helse i befolkningen, for å sette flest mulig individer i stand til å kunne ta ansvar for egen helse.

1.3 Hvordan er kunnskap fra befolkningsundersøkelsen brukt i kommunen hittil?

LEV VEL undersøkelsene i 2012 og 2014 viste at folk trives godt i Malvik. Sammenlignet med en norsk normalbefolkning er innbyggerne i Malvik noe yngre, har høyere utdanning og tjener mer. Samtidig ble det avdekket potensiale til forbedring: for eksempel kom det frem at innbyggere i Malvik ønsket bedre tilgang til sjøen og marka, en opprustning av gang- og sykkelveier, flere muligheter for fysisk aktivitet og sosiale møteplasser.

For å jobbe systematisk med denne kunnskapen, og i tråd med Folkehelseloven, utviklet Malvik kommune en digital folkehelsemelding som ligger tilgjengelig på kommunens hjemmesider. Denne folkehelsemeldingen utgjorde et viktig grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi 2016 – 2020 som ble vedtatt i Kommunestyret i Malvik den 12.12.16 (K.sak 75/16).

I tråd med befolkningen i Malvik sine tilbakemeldinger fra de to første undersøkelsene, har Malvik kommune siden 2016 hatt økt oppmerksomhet på tilrettelegging av nærmiljø og nærturområder, og på klima og miljø mer generelt. Eksempler på nærturområder er Midtsandtangen friluftsområde, Malvikstien og Homlastien.

1.4 Hvordan er kunnskap fra befolkningsundersøkelsen brukt i forskning hittil?

Siden 2012 har funn fra LEV VEL undersøkelsen blitt brukt i en rekke lokale, nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter.

Malvikstien har blitt inkludert i det store, EU-finansierte forskningsprosjektet INHERIT (www.inherit.eu) om folkehelse. Malvikstien ble plukket ut som ett av 15 «lovende initiativer for bedre folkehelse», valgt blant over 100 potensielle tiltak. Prosjektet følger og evaluerer folkehelse tiltak i 18 europeiske land, og Malvikstien evalueres både kvalitativt og kvantitativt, i tillegg til at det gjennomføres en kost-nytte analyse. Data fra LEV VEL undersøkelsen 2018 inngår i den kvantitative delen av evalueringen.

I 2018 ble det avlagt en doktorgrad innen folkehelse, som fokuserer på hvordan nabolag kan bli til helsefremmende, salutogene settinger (Maass, 2018). To av artiklene som inngår i doktorgraden bygger på data fra LEV VEL undersøkelsen fra 2012: «Exploring the relationship between perceptions of neighbourhood resources, sense of coherence and health for different groups in a Norwegian neighbourhood» (Maass et al., 2014) og “The impact of neighborhood

social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion?” (Maass et al., 2016).

I tillegg har resultater fra LEV VEL blitt presentert på en rekke konferanser både nasjonalt og internasjonalt, og har blitt brukt som datagrunnlag i 3 Mastergrader avlagt ved NTNU siden 2012. Både funn og lærdom fra prosessen rundt LEV VEL undersøkelsen brukes også i undervisningen på både bachelor- og masterutdanninger ved NTNU. For en fullstendig publikasjonsliste over prosjekter tilknyttet LEV VEL satsingen, se Appendix 1.

Til slutt har erfaringer fra folkehelsearbeidet i Malvik kommune, sammen med erfaringer fra andre kommuner i Trøndelag, bidratt til utviklingen av «Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid», som nå skal omsettes og evalueres i 30 kommuner nasjonalt (Lillefjell et al., 2018).

2. Metode

Grunnleggende kunnskap om helsestatus, helsedeterminanter og effektive intervensjoner er nødvendige for å gjøre gode prioriteringer og utvikle fruktbare strategier for helsefremming i hele befolkningen (Strategic Policy Directorate of the Population and Public Health Branch, Canada, 2001; Raphael, 2010). Samtidig kan det være utfordrende å vurdere effekten av helsefremmende tiltak på befolkningsnivå. Effekter av tiltak kan være varierte og langsiktige, samtidig som det kan være utfordrende å kunne vise at endringer på befolkningsnivå skyldes ett bestemt tiltak eller faktor, og ikke diverse påvirkninger fra ulike hold.

LEV VEL undersøkelsen er en befolkningsundersøkelse som kartlegger helser relevante faktorer i Malvik hvert 4. år. En befolkningsundersøkelse er en hensiktsmessig metode for kartlegging av helsefremmende indikatorer, så vel som trender i miljøet og lokalsamfunnet som kan påvirke folkehelsen. Selv om en slik undersøkelse ikke kan gi pålitelige svar om faktiske forhold, kan den gi gyldig informasjon om hvordan innbyggere opplever fysiske, sosiale og strukturelle forhold. Den kan også gi innblikk i hvordan slike oppfatninger endrer seg på befolknings- og gruppenivå over tid. Dermed kan den gi en pekepinn på hvordan tiltak eller endringer i kommunen påvirker befolkningens helse, trivsel og sosiale relasjoner på sikt. Dette kan bidra til evalueringen av tiltak.

LEV VEL prosjektet bygger på en kunnskapsbasert tilnærming der innsamling av data og utvikling av prosedyrer for folkehelsearbeidet er gjort med utgangspunkt i Dennis Raphaels modell for kunnskapsbasert folkehelsearbeid (2010) og Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid (Lillefjell et. al. 2018). Prosedyrene som er fulgt under utvikling og revidering av spørreskjema har som hensikt å inkludere ulike typer kunnskap, som kan være relevante for valg/prioriteringer av strategier og iverksetting av tiltak. Begge modellene tydeliggjør viktigheten av å kunne evaluere de tiltak som iverksettes for å bidra til kunnskapsutvikling på området. En forutsetning for å kunne evaluere tiltak på en tilfredsstillende måte er identifikasjon av gode metodiske grep i en tidlig fase - før tiltaket iverksettes.

2.1 Utvikling av og endringer i spørreskjema

Det elektroniske spørreskjemaet som er benyttet i denne befolkningsundersøkelsen er utviklet av forskere ved NTNU, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Senter for helsefremmende forskning i tett samarbeid med kommunens prosjektgruppe. Spørreskjemaet er revidert i tilknytning til hver ny innsamlingsrunde (hhv 2014 og 2018). Skjemaet er utformet på grunnlag av resultater fra tidligere empiriske studier, erfaringer fra praksisfeltet, kunnskap fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT-studien) (Holmen, Midthjell, Krüger, et al., 2003), samt retningslinjer fra internasjonale (WHO 1986), nasjonale (Helsedirektoratet, 2010) og regionale/lokale (fylke og kommune) myndigheter. Endringer som er foretatt fra 2012 til 2014 og fra 2014 til 2018 har dreid seg om å redusere antall spørsmål med tanke på å øke svarprosenten, og samtidig å forbedre målrettethet i forhold til å kartlegge faktorer som både manifesterer seg og kan påvirkes lokalt.

Spørreskjemaet benytter validerte skalaer og variabler, som også brukes i en rekke andre forskningsprosjekt over hele verden. Dette gjør det mulig å sammenligne resultater med andre studier, som for eksempel HUNT studien. I tillegg kartlegger spørreskjemaet en rekke oppfatninger av nærmiljø, inkludert hvordan nærmiljøressurser brukes og hvordan sosiale relasjoner oppleves i den lokale konteksten. Faktorer som er relevante for å forbedre positiv helseatferd og livskvalitet hos kommunens innbyggere er utdypet ved hjelp av åpne spørsmål i undersøkelsen. I 3. runden av LEV VEL undersøkelsen ble det innlemmet spørsmål om oppfatninger og bruk av fire friluftsområder som har blitt betydelig opprustet de siste årene. Disse friluftsområdene utgjør satsningsområder i kommunen.

Spørreskjemaet inneholder følgende tema:

1. Bakgrunnsinformasjon (HUNT, Holmen et.al. 2003; Krokstad; 2004)
2. Bosituasjon
3. Arbeid og livsopphold (HUNT, Holmen m.fl., 2003; Krokstad, 2004)
4. Trivsel i Malvik kommune (inkludert åpne spørsmål)
5. Sosialt nettverk og nabolagsrelasjoner (Sellstrøm & Bremberg, 2006; Eriksson et al. 2012)
6. Deltagelse
7. Utemiljø og innsatsområder (Kaplan, 2001; van Dillen et al., 2011)
8. Kultur (Cuypers, Krokstad, Langaas Holmen m.fl., 2011)
9. Fysisk aktivitet og kroppen (Helsedirektoratet, 2010)
10. Tobakk og alkohol (Helsedirektoratet, 2010)
11. Helse og livskvalitet (Bergland & Wyller, 2006; Eriksson & Lindström 2005).

2.2 Datainnsamling

Informasjon og lenke til den elektroniske spørreundersøkelsen ble distribuert til alle innbyggere i Malvik kommune via SMS. Informasjon om undersøkelsen ble også gitt i Malvik-bladet, på lokal radio, i form av stands på ulike arenaer i lokalsamfunnet, på kommunenes nettsider og på Facebook.

Svarprosenten utgjør 12-15% av hele den voksne befolkningen i kommunen. Statistiske analyser tilsier at utvalget er sammenlignbart på tvers av de inkluderte valgkretsene, og representativt med tanke på alders- og kjønns sammensetning (Ringdal, 2001). Dette vurderes om en styrke ved datamaterialet, og bidrar til at utvalget kan sies å være representativt for Malviks befolkning. Datamaterialet representerer dermed et godt utgangspunkt for videre analyser og forskning på hva som fremmer trivsel, helse og livskvalitet i befolkningen.

2.3 Analyser

Datamaterialet er anonymisert og analysert ved bruk av SPSS versjon 25. Det er gjennomført deskriptive analyser (presentert i kapittel 3 og 4), og komparative analyser. I disse sammenlignes funn fra hhv 2012, 2014 og 2018 (kapittel 5). I og med at dette er en tverrsnittundersøkelse, og enkeltindivider ikke spores, gir ikke datamaterialet grunnlag for å si noe om årsak – virkningsforhold mellom ulike variabler. Det kan heller ikke avdekkes endringer i helse eller livsstil på individnivå. Derimot er undersøkelsen egnet til å beskrive trender og utvikling i befolkningen og befolkningsgrupper, som for eksempel enslige, eldre eller folk med nedsatt funksjonsevne.

Deskriptive analyser

Hoveddelen (kapittel 3) og store deler av kapittel 4 består av deskriptive analyser basert på spørsmål både med og uten svaralternativer (fritekst). Variabler er beskrevet ved hjelp av enten proporsjoner (prosent), eller gjennomsnitt og standardavvik. Svar gitt i fritekst spørsmål er analysert kvantitativt. Svarene ble telt og rangert etter frekvens.

Beskrivelse av satsingsområdene

For å kunne evaluere satsingsområdene i nærmiljøet ble Malvikstien, Midtsandtangen, Stavsjøområdet og Homlastien inkludert eksplisitt, og kartlagt i forhold til bruk og oppfatninger av kvalitet og tilgjengelighet. Resultatene er beskrevet i prosent. For å kunne si noe mer om hvem som bruker satsingsområdene, ble det konstruert en gruppe av respondenter som oppga å bruke de respektive områdene «svært ofte». Gruppene ble så beskrevet iht en rekke variabler, og sammenlignet med hele utvalget. For å sikre et særskilt fokus på utsatte grupper, ble det avslutningsvis foretatt en deskriptiv analyse av oppfatninger og bruk av satsingsområdene av mennesker som oppga å ha en funksjonshemming.

Komparative analyser (Trender)

For å kunne si noe om utviklingen siden 2012, ble det foretatt komparative analyser av noen utfallsvariabler på tvers av runde 1-3 (2012, 2014, 2018). Forskjeller ble sjekket for signifikans ved hjelp av CHI- square analyser (for kategoriske variabler) eller ved å sammenligne gjennomsnitt ved hjelp av tosidige t-tester for uavhengige grupper (for skalaer). Et akseptabelt signifikansnivå ble definert som $p < .05$

3. Hovedfunn 2018

3.1 Beskrivelse av utvalget

Karakteristika av utvalget er beskrevet i tabell 1. Totalt har 2092 innbyggere deltatt i undersøkelsen. Av disse er nesten 60% kvinner. Hovedvekten av deltagerne bor i Hommelvik (37,5 %), etterfulgt av henholdsvis Vikhammer, Saksvik, Sveberg og Sneisen. I den videre analysen er svar fra Sneisen inkludert i utvalget fra Hommelvik på grunn av geografisk nærhet, og få respondenter fra Sneisen (n=55).

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget i prosent

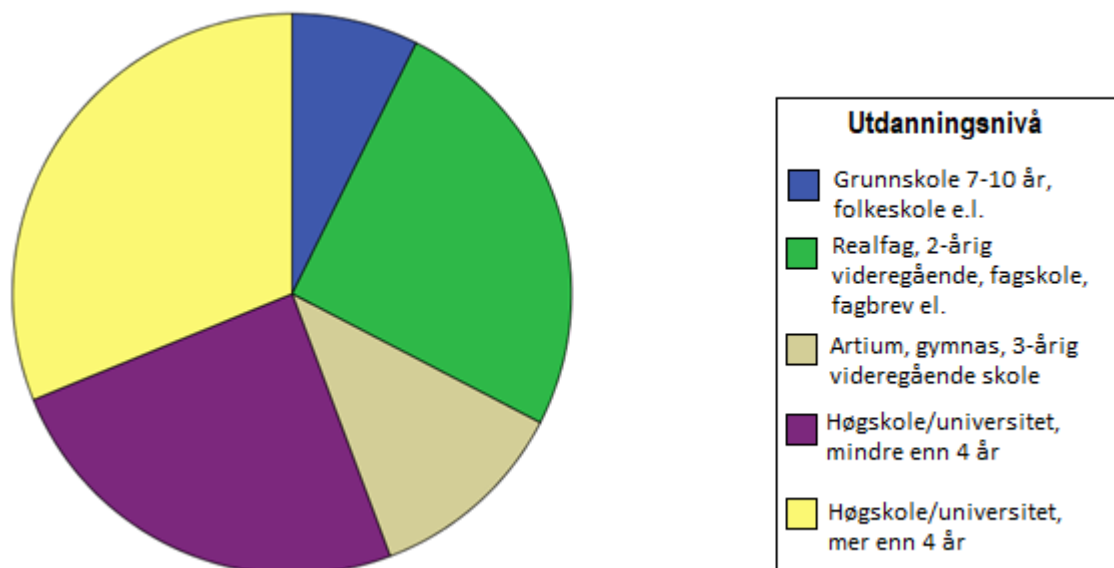
Karakteristikk		%
Kvinner (n=1961)		59.7
Fordeling på valgkrets (n=1955)	Hommelvik (inkl. Sneisen)	40.3
	Sveberg	14.5
	Vikhammer	26.4
	Saksvik	18.7
Født utenfor Norge (n=1956)		5.1
Norsk statsborger (n=1950)		96.8
Inntekt (n=1939)	400 000 eller mindre	10.3
	400 001 - 700 000	26.6
	700 001 - 1 000 000	28.5
	1 000 001 - 1 500 000	27.5
	over 1 500 001	7.2

Gjennomsnittsalderen til de som har deltatt på undersøkelsen er nesten 50 år (49,57; STD 15,18). De fleste er født i Norge (94,9 %) og er norske statsborgere (96,8 %). Av de som er født utenfor Norge kommer hovedvekten fra Europa (78,6 %), etterfulgt av Sør-Amerika, Afrika, Asia eller Midtøsten (15,1 %). Færrest kommer fra Nord-Amerika, Australia eller Oseania (6,3 %).

Over halvparten av deltagerne bor i husholdninger med en gjennomsnittlig inntekt på mer enn 700 000 kroner per år (62,7%). Til sammenligning var den norske median-husholdningsinntekten 510 000 NoK i 2018 (Ssb, 2018a). Mer enn en fjerdedel (28.5%) tjener mellom 700 000 - 1 million kroner, nesten like mange (27,5%) mellom 1 -1,5 millioner kroner og 7,2 prosent mer enn 1,5 millioner kroner. I kategorien husholdninger som tjener mellom 400 000 og 700 000 kroner finner vi 26,6 % av deltagerne, mens 10,3 % tjener under 400 000 kroner.

Til tross for at dette tyder på at de fleste deltagere lever i husholdninger som tjener mer enn gjennomsnittet, oppgir 27% å kunne oppleve vansker med løpende utgifter. De fleste av disse sier at dette skjer en sjelden gang (15,5%). Færre opplever dette av og til (8,4%) eller ofte (3,8%).

Utdanningsnivået i utvalget ligger over gjennomsnittet: 31,2 % oppgir å ha fullført mer enn 4 år på høyskole eller universitet. 24,5 % har mindre enn 4 års utdanning (se figur 1). Dette vil si at over halvparten av utvalget har universitets- eller høyskolegrad som høyeste fullførte utdanning, mens denne prosentandelen ligger på 34,1% på landsbasis (Ssb, 2018b). Ca. en fjerdedel (25,3%) har real- eller yrkesfaglig utdanning, 11,7% har fullført videregående skole og 7,3% har grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning.



Figur 1: Utdanningsnivå

Dette tyder på at utvalget i 2018 undersøkelsen er over gjennomsnittlig høyt utdannet og tjener over gjennomsnitt sammenlignet med befolkningen i Norge (Ssb, 2018 a,b,c).

Inkluderte nabolag

Ulikheter mellom de fem inkluderte valgkretsene viser seg hovedsakelig ift inntekt og utdanning: her skiller Hommelvik (inkludert Sneisen) seg ut med flere husstander som tjener under 400 000 (13,7%) enn i de andre valgkretsene. Sammenliknet med de andre valgkretsene, er det Saksvik som har flest husstander som har mer enn 1,5 millioner i årlig inntekt (11,1%). Det er tilsynelatende samsvar mellom inntektsgrunnlag, nabolag og opplevde økonomiske vansker. Personer bosatt i Hommelvik oppgir oftere at de har vansker med løpende utgifter enn folk bosatt på Sveberg, Saksvik eller Vikhammer: mens 33,2 % av deltagere i Hommelvik oppga å kunne oppleve vanskeligheter med løpende utgifter, er tilsvarende tall 25% for Sveberg, 22,8% for Vikhammer og 21% for Saksvik.

Fra Hommelvik deltok også færre innbyggere med universitets- eller høyskoleutdanning (46,5% mot 65%; 60,9% og 60,3% i hhv Sveberg, Saksvik og Vikhammer). Hommelvik og Sveberg har derimot en høyere andel deltagere med gjennomført real- eller yrkesskole enn resten av utvalget (hhv. 32,3 og 46,2%). Tallene kan tyde på at det finnes noen systematiske forskjeller mellom tettstedene/valgkretsene i kommunen, der Hommelvik (inkludert Sneisen) synes å ha en større befolkning med lavere sosioøkonomisk bakgrunn enn de andre tettstedene. Selv om innbyggerne i Malvik generelt beskrives som tilhørende samfunnsgrupper med høy sosio-økonomisk status og utdanning, blir sosial ulikhet mellom nabolag synlig, noe som potensielt kan påvirke folkehelse selv i ressurssterke kommuner.

3.2 Bosituasjon

I dette avsnittet presenteres resultater tilknyttet bolig og bosituasjon. Resultater er fremstilt i tabell 2 (sivilstatus og bosituasjon) og 3 (valg av bolig).

Tabell 2: Sivilstatus og bosituasjon

Karakteristikk	N= 1911
Sivilstand (% gift/samboer)	74.3
Bor sammen med barn (%)	35.7
Bor alene (%)	10
Type bolig (% Enebolig)	74.5
Eier boligen selv (%)	88.5

De fleste av de som har besvart undersøkelsen er gift/samboere (74,3 %). Av de som ikke plasserer seg i denne kategorien er de færreste enke/enkemann (2,8%). Andelen skilt/separert (8,2%) er omtrent lik andelen av de som aldri har vært gift (8,5%). Denne fordelingen er sammenfallende med at de fleste deltagere (71,8%) oppgir at de bor sammen med ektefelle eller samboer, mens 10 % oppgir at de lever alene. 35,7 % av respondentene bor i husholdninger med barn under 18 år.

Omtrent $\frac{3}{4}$ av utvalget bor i enebolig, etterfulgt av rekkehus/tomannsbolig (10,7%) og blokk/terrasse (8,3%) En betydelig mindre andel bor på gård (3,1%) eller i annen bolig (3,4%). Hele 88,5% av respondentene eier egen bolig.

Ved spørsmål om viktige grunner for valg av bolig svarer flest deltagere utsikt (34,6%), økonomi (30,3 %) og/eller nærhet til familien (30,2 %) (se tabell 3). Nærhet til jobb og servicetilbud (inkludert barnehage) rangeres lavest på listen.

Tabell 3: Valg av bolig (N= 2072)

Grunner for valg av bolig	Prosent
Utsikt	34.6
Økonomi	30.3
Nærhet til familie/venner	30.2
Nærhet til sjøen	19.1
Nærhet til marka	18.6
Solforhold	18.6
Skole	16.9
Hage	16.8
Jobb	14.2
Nærhet til servicetilbud	12.3
Barnehage	6.0
Andre årsaker	18.9

3.3 Arbeid og livsopphold

En stor overvekt av deltagere i undersøkelsen er i lønnet arbeid (72,8%), har en fast stilling (76%), opplever arbeidsplassen sin som trygg (84%) og jobber kun på dagtid (80,9%) (se tabell

4). Det er få deltagere som aldri har vært i jobb (1,4%) eller som jobber kun på natt (1,7%). 17,4% jobber i turnus/skift, og 8,9 % opplever ikke arbeidsplassen sin som trygg.

Tabell 4: Arbeidsforhold og sykefravær

Arbeidsforhold og sykefravær	N=1891
Lønnet arbeid (%)	72.8
Fast stilling (%)	76.7
Trygg arbeidsplass (%)	84
Organisering av arbeid (% kun dagarbeid)	80.9
Sykemelding med egenmelding (%)	56.1
Sykemelding med legeerklæring (%)	39.9
Gått på jobb til tross for sykdom (%)	90.1

De fleste deltagere oppgir også å jobbe 100%. Likevel oppgir 15.7% (n=325) av utvalget å være ansatt i andre stillingsstørrelser. Noen få (n<20) oppgir stillingsstørrelser over 100%, henholdsvis 120, 150, 180 og 200% blir nevnt. Deltidsansettelser varierer fra 5-99%, med en hovedvekt på stillingsstørrelser mellom 50 og 80%. Gjennomsnittet på stillingsstørrelse i deltid er 60,5%. Kjønnforskjeller blir synlige: flere kvinner enn menn jobber deltid (n=272 for kvinner og n=53 for menn). Derimot jobber kvinnene som jobber deltid i gjennomsnitt 66.7%.

De jobber dermed mer enn menn i deltidstillinger, som jobber gjennomsnittlig 54.4%.

Når det gjelder sykefravær, så oppgir 56,1% at de har vært borte fra jobb i løpet av de siste 12 månedene med egenmelding, mens 39,9% oppgir å ha vært borte med legeerklæring i samme tidsrom. Samtidig oppgir hele 90,1% at de har gått på jobb til tross for sykdom i løpet av det siste året.

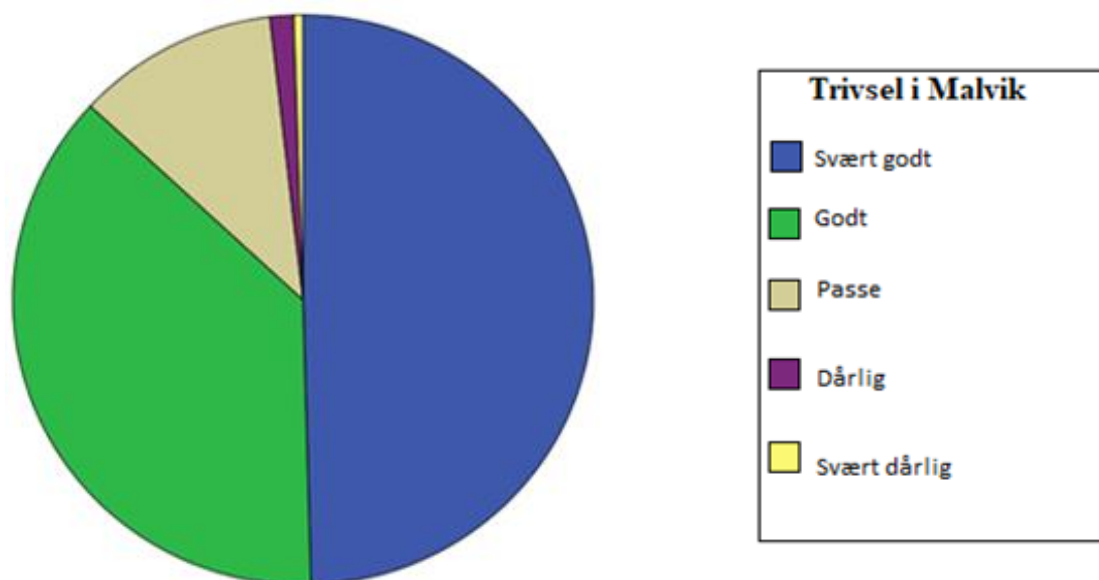
26,5% av respondentene jobber innenfor kommunegrensen. Av de 1030 som ikke jobber innenfor kommunegrensen, sier over halvparten (56,8%) at de ville ha foretrukket en arbeidsplass i Malvik (dvs. omtrent en fjerdedel av hele utvalget). 20,8 % oppga at de ikke hadde et spesielt ønske om dette.

Tabell 5: Type Stønad

Type stønad	N= 2072
Alderspensjon	17.5
Ufør 100%	4.6
Ufør gradert	3.1
Arbeidsavklaringspenger	2.5
Sykepenges	2.4
Stønad til livsopphold	0.4
Andre typer stønad	6.1

Den mest vanlige formen for stønad i dette utvalget er alderspensjon, som 17,5% av respondentene mottar (se tabell 6). 7,7% av respondentene er ufør, med 4,6% helt og 3,1% delvis ufør. Færre mottar arbeidsavklaringspenger (2,5%) eller sykepenges (2,4%), og kun 0,4% mottar stønad til livsopphold. Andre typer stønader som oppgis er for eksempel barnetrygd og ulike tilleggs- eller private pensjonsavtaler (sjømannspensjon, AFP osv.)

3.4 Trivsel i Malvik Kommune



Figur 2: Trivsel i Malvik kommune

Nesten halvparten (49,6%) av deltagerne oppgir at de trives svært godt i Malvik. I tillegg sier 37,3% at de trives godt, noe som betyr at nesten 90% av deltagerne trives godt eller svært godt i kommunen. Til sammen 1,8% oppgir at de trives dårlig eller svært dårlig.

Når det kommer til muligheten å påvirke beslutninger, oppgir nesten 60% at de hverken er fornøyd eller misfornøyd. Omtrent en fjerdedel (25,6%) sier at de er fornøyde eller svært fornøyde, mens 15 % er misfornøyd eller svært misfornøyd med sin mulighet til å påvirke beslutninger.

Hva gjør at du trives i Malvik?

På et åpent spørsmål om hva folk liker ved å bo i Malvik, trekker flertallet frem «beliggenhet» som svært viktig. Noen utdyper dette med å trekke frem nærhet til to byer og flyplassen, mens andre vektlegger nærhet til natur, sjø og mark. Sammenfattende beskrives Malvik som «landlig, men sentralt», og dette beskrives som en stor styrke for kommunen. En betydelig andel trekker også frem den lokale infrastrukturen, med nærhet til barnehage, skole, butikk mm.

En annen viktig faktor for trivsel i Malvik synes å være det sosiale miljøet og gode oppvekstvilkår, som trekkes frem av mange av respondentene. Miljøet beskrives som rolig, trygt og «passe stort», og flere trekker frem både familie, venner og naboer som viktige grunner for at de trives i Malvik.

Aktivitetmulighetene i kommunen oppfattes også overveiende som positiv. Her dominerer muligheter for friluftsliv og idrett, men også aktiviteter for barn/ungdom og kulturaktiviteter nevnes hyppig. Flere nevner også at de er fornøyde med kommunens tjenestetilbud. Prisnivået på boliger er også en viktig faktor for at innbyggere velger å bosette seg og trives i Malvik.

Hva kan forbedres i Malvik?

På et åpent spørsmål om hva som kan forbedres for at de skal trives enda bedre i kommunen, er det en stor andel som trekker frem utvikling av «sentrum» som et viktig område. Her foreslås alt fra flere butikker, kafé, legevakt, apotek, til styrking av kulturtilbud og aktivitetstilbud for barn og unge, samt en forbedring av den estetiske utformingen av sentrum. En betydelig andel foreslår også en etablering av «flere sentrum enn Hommelvik», og at infrastruktur (skoler, barnehage mm) burde beholdes «i nærmiljøet». Bedre buss- og kollektivtrafikk ønskes også av

mange deltagere, sammen med bedre veier, inkludert gang- og sykkelstier. På den andre siden trekker en betydelig andel frem eiendomsskatten som et minus. Bomveier til Trondheim nevnes også hyppig som et minus ved å bo i Malvik.

Bedre skoletilbud og flere tiltak mot mobbing i skolen utgjør også tema som opptar flere, sammen med bedre barnehagedekning og generelt bedre tilbud til barn og unge i kommunen.

Gatebelysning nevnes av en stor andel deltagere som viktig for bedre trivsel. Noen av respondentene nevner også at de kunne ønske seg en sammenslåing med enten Trondheim kommune eller Stjørdal kommune, eller med begge to.

3.5 Sosialt nettverk og nabolagsrelasjoner

Tabell 6: Sosialt nettverk, sosial kapital og relasjoner i nabolaget

		Svært enig/ enig (%)
Sosialt nettverk	Hjelp fra venner	93.1
	Fortrolige venner	90.9
Sosial Kapital	Jeg føler meg trygg i mitt nærmiljø	92.6
	Folk trives godt her	84.7
	Hvis jeg flytter, vil jeg lengte tilbake	66.7
	Det er et godt samhold her	61.0
	Jeg føler et sterkt felleskap med de som bor her	56.7
	Det er lett å få med folk her når noe skal gjøres	49.6
	Alltid noen som tar initiativ når noe trengs å gjøres	47.3
Nabolagsaktiviteter og -relasjoner	Jeg slår av en prat når jeg tilfeldigvis møter naboer	87.4
	Jeg bruker tid i mitt nabolag	61.7
	I mitt nabolag hjelper folk hverandre	61.7
	Jeg besøker naboer hjemme	45.4
	I mitt nabolag er det vanlig å gjøre ting sammen	36.4

Sosiale relasjoner i nabolag kan påvirke helse gjennom å tilby praktisk og emosjonell støtte, opplevelser av tilhørighet og meningsfullhet og bidra til livstilfredshet (FHI, 2015). En av de mest anvendte mål på helsefremmende sosiale relasjoner er sosial kapital, som i sin tur har blitt knyttet til positive helseutfall så vel som livskvalitet (Maass et al., 2014). 93,1 % av de som

har besvart undersøkelsen sier at de har venner som vil gi dem hjelp når de trenger det, mens 90,9 oppgir å ha venner som de kan være fortrolige med.

I gjennomsnitt opplever respondentene relativ høy sosial kapital, gjennomsnittlig 26,65 på en skala fra 7-35. Det som bidrar mest er at deltagere føler seg trygge (92,6% er enige/svært enige i det), og oppfatningen at folk trives (84,7%). Færre er imidlertid enige i at det er lett å få med folk i sitt nabolag (49,6%) eller at det alltid er noen som tar initiativ når det trengs (47,3%).

Beskrivelse av nabolagsaktiviteter kan gi oss et innblikk i hvordan innbyggerne forholder seg til hverandre i hverdagen, noe som i sin tur kan gi opphav til sosial kapital og fortrolige sosiale relasjoner. Resultater tyder på at innbyggere i Malvik samhandler med sine naboer på en rekke måter. Flest deltagere oppgir at de hilser på naboer og slår av en prat når de møtes tilfeldig (87,4%). Over halvparten bruker tid i sitt nærmiljø og opplever at naboer hjelper hverandre (begge 61,7%). Betydelig færre oppgir å besøke naboer hjemme (45,4%) eller å ha som vane å gjøre ting sammen (36,4%), noe som kan tyde på at relasjoner mellom naboer hovedsakelig utspiller seg i tilfeldige møter i fellesarenaer, dvs. nærmiljøets uteområder og aktivitetstilbud. Dette kan forstås slik at naboforhold skiller seg fra mer nære vennskap som ofte innebære besøk i hjemmet og felles aktiviteter. Videre kan dette forstås som et tydelig signal på at det å utvikle felles områder i nabolag (både ute og inne) kan være fordelaktig for å fremme kontakt og sosiale relasjoner mellom naboer.

3.6 Deltagelse

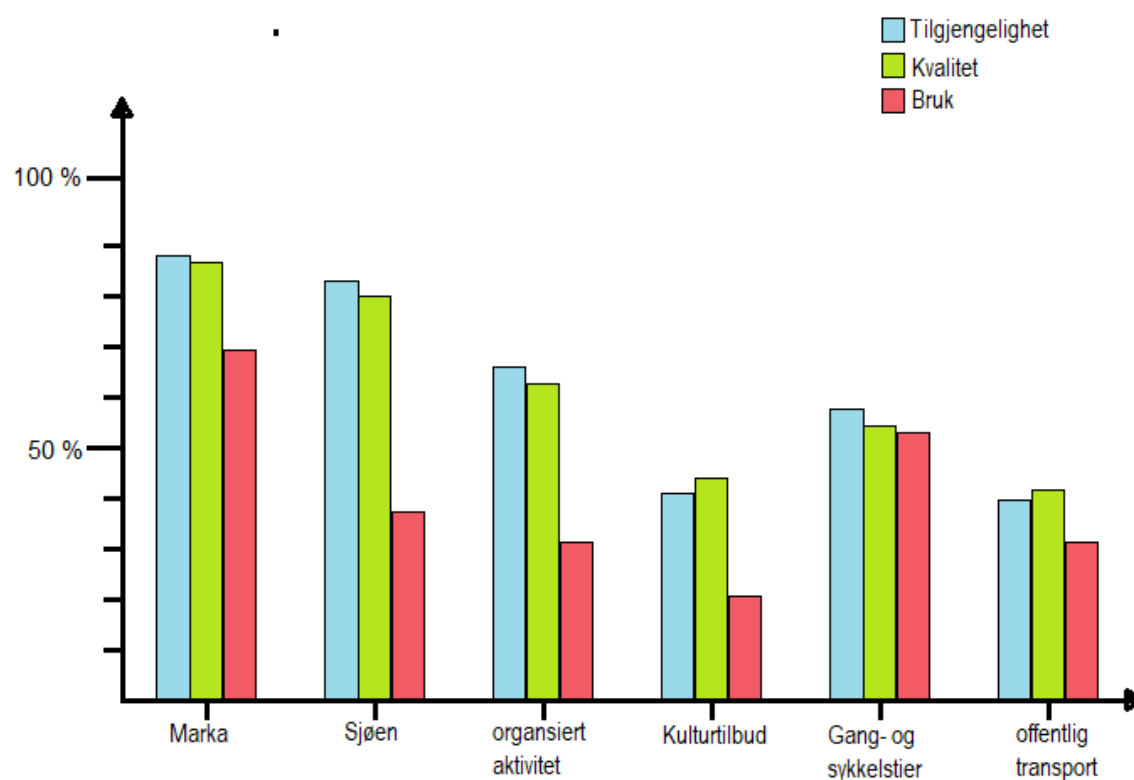
Uorganisert aktivitet, som å delta i klubb, møte og gjøre ting sammen med venner er den hyppigste formen for deltagelse, som gjøres ofte av 37,4 %; og av og til av 44,7% av respondentene. Samtidig oppgir 17,7% at de aldri deltar på slike former for aktivitet. Enda flere oppgir å aldri drive med organisert aktivitet og frivillig arbeid (46,5%). Dette betyr likevel at over halvparten av deltagerne deltar i slik aktivitet av og til (25,8 %) eller ofte (27,6 %). Derimot er det en stor overvekt som sier at de aldri deltar i nabolagets velforening, borettslagstyre eller på dugnad (62,3 %). Kun 2,6 % av de spurte oppgir å drive med dette ofte, mens 35,1 % sier at de deltar på dette av og til. I lys av at dugnad og liknende felles-aktiviteter ofte arrangeres kun én eller to ganger i året, utgjør kanskje «sjeldent» den mest naturlige frekvensen for denne typen aktivitet.

Tabell 7: Viktig for deltagelse

Grunn	Enig (%)
Tid	49.2
Barna deltar	28.2
Tilgjengelighet	24.9
Kjenner noen som deltar	23.8
Helse	19.1
Annet	10.5

Når deltagere blir spurt om hva som er viktig for deltagelse, svarer de fleste tid (49,2% er enige i at det er en viktig faktor). Andre viktige faktorer er at barna deltar (28,2%), tilgjengelighet (24,9%) eller at man kjenner noen som deltar (23,8%) (se tabell 9). Helse rangeres sist med 19,1% enighet.

3.7 Oppfatning og bruk av nærmiljøressurser



Figur 3: Tilgjengelighet, kvalitet og bruk av nærmiljøressurser

Tidligere funn fra LEV VEL undersøkelsen tyder på at oppfatning og bruk av nærmiljøressurser kan gi uavhengige bidrag til både helse og livskvalitet. Særlig oppfatninger av kvalitet synes å være viktige, og spesielt viktige for utsatte grupper (Maass et al., 2014)

Figur 3 viser høy tilfredshet med både tilgjengelighet og kvalitet av nærmiljøressurser. Unntak her er kulturtilbud og offentlig transport, som skårer lavere på tilfredshet enn de andre områdene. Jevnt over synes folk å være mer fornøyd med tilgjengeligheten enn med kvaliteten av nærmiljøressursene, noe som også er vist tidligere (se kapittel 5). Minst fornøyd er respondenter med kulturtilbud og offentlig transport.

Tabell 8: Tilgjengelighet og kvalitet av nærmiljøressurser

	Tilgjengelighet Fornøyd/ svært fornøyd (%)	Kvalitet Fornøyd/ svært fornøyd (%)
Marka (N=1531)	88	87
Sjøen (N=1521)	83	80.3
Org akt. (N=1440)	66.2	63
Kulturtilbud (N=1479)	41.4	44.5
Gang og sykkelstier (N=1483)	58	54.7
Offentlig transport (N=1503)	40	41.9

Ser på ulikhet i oppfatning av kvalitet og tilgjengelighet ser vi at over 80% er fornøyd med både tilgjengelighet og kvaliteten av både marka og sjøen, mens andelen som er misfornøyd med disse områdene ligger på rundt 5%. Kulturtilbud, offentlig transport og gang- og sykkelstier oppfattes som mindre tilgjengelige: for eksempel er 58% fornøyd med gang- og sykkelstier, mot 14,5% som ikke er fornøyd. Minst tilfreds er respondentene med offentlig transport, som vekker misnøye hos 35,2% av deltagerne (mot 40% som er fornøyd), og kulturtilbud (41,4% fornøyd mot 27,7% som er misfornøyd).

Oppfatninger av kvalitet på ressurser synes å følge oppfatning av tilgjengelighet, men er jevnt over noe lavere (med ovenfornevnte unntak). Også her rangeres marka og sjøen høyest med over 80% tilfredshet, etterfulgt av arenaer for organisert aktivitet (63%) og gang- og sykkelstier (54,7%), mens kulturtilbud (44,5%) og offentlig transport (41,9%) rangeres sist. For

misfornøydheter ser vi det samme mønsteret: mest misnøye uttrykkes med kvaliteten på offentlig transport (28,9%) og kulturtilbud (23,3%), etterfulgt av gang- og sykkelstier (14,1%).

Når det kommer til bruk av nærmiljøressursene viser oversikten tydelige forskjeller (se tabell 9): Marka og gang-/sykkelstier brukes mest. Interessant nok synes sjøen å være mindre brukt enn marka, selv om tilfredsheten med både kvalitet og tilgjengelighet rangeres nesten like høyt. Dette kan ha noe med sesongvariasjon å gjøre, da sjøen brukes mest om våren og sommeren, mens marka er tilgjengelig hele året. Dette kan ha blitt forsterket av tidspunkt for datainnsamlingen i runde 3 som foregikk høsten 2018.

Tabell 9: Bruk av nærmiljøressurser

	Svært ofte/ofte	Aldri
Marka (n=1494)	69.7	1.7
Sjøen (n=1485)	37.8	6.5
Org akt. (n=1457)	31.6	24.4
Kulturtilbud (n=1478)	21.1	12.9
Gang og sykkelstier (n=1482)	53.5	5.1
Offentlig transport (n=1487)	31.5	12.2

Tilbudet som brukes minst er kulturtilbud, noe som kan ha sammenheng med lavere tilfredshet med dette tilbudet sammenlignet med andre ressursene. På den andre siden kan det også ha sammenheng med at deltagelse i kulturtilbud (inkludert å besøke revy, teater, kino, utstilling osv.) benyttes sjeldnere og med lengre mellomrom enn mer hverdagslige aktiviteter som å gå på tur. Dette underbygges delvis ved at det er 12,9% som oppgir at de «aldri» deltar på kulturarrangement- noe som innebærer at nesten 90% gjør det noen ganger. Til sammenligning oppgir 31,6 % at de ofte benytter arenaer for organisert aktivitet, mens andelen som ofte benytter arenaer for kulturdeltagelse er 21,1%.

Nye tuområder

På spørsmål om hvilke ytterligere tuområder innbyggerne kunne ønske seg en oppgradering av, er det en betydelig andel som ønsker en innsats rundt Aune, Solemsvottan eller mer generelt

i turområder rundt Vikhammer/Saksvik. Videre nevnes oppussing av Homlastien hyppig, spesielt nedre del, og behovet for bedre skilting. Hommelviktjønna og «tyskertrappene» trekkes fram av flere, det samme gjelder Hønstad/Vullusjøen, Leistadåsen og Stavsjøområdet. Både Malvikmarka og Mostadmarka blir nevnt som områder der det gjerne kunne ha vært flere skiltede/merkede turstier. Områder som nevnes relativt ofte, men dog betydelig sjeldnere enn ovenfornevnte, er blant annet Gjevingåsen, Jervfjellet, Sekkhølet, Storheia, Lauvtjønna og Høybyen. Noen ønsker også flere toppturer, og mange trekker frem bedre tilgang til fjæra ulike plasser i kommunen.

Flere deltagere påpeker forbedringsbehov ved eksisterende turområder. Det ønskes flere parkeringsplasser, toaletter og søppelbøtter, samt bedre skilting og belysning ved noen av turstiene, slik som i Vullumarka, Solemsvåtten og Nævra.. Bedre informasjon om og oversikt over turområdene, for eksempel gjennom turkart e.l. etterspørres også av en betydelig andel.

Noen deltagere er imidlertid også skeptiske til videre utbygging/tilrettelegging av turstier og marka, og trekker frem at marka mister noe av sin funksjon om den gjøres for tilgjengelig gjennom brede veier og store skilt.

3.8 Kultur

Tabell 10: Deltagelse i kulturlivet

Tilbud		% ofte enn 1x i halvåret
Jeg har besøkt	Idrettsarrangement (n=1495)	51.8
	Konsert, teater, revy (n=1490)	41.8
	Bibliotek (n= 1490)	38.1
	Kirke, bedehus e.l. (n=1485)	32.1
	Museum, utstilling (N=1492)	17.7
Jeg har selv drevet med	Trening, idrett friluftsliv (n=1496)	86.2
	Dugnad, frivillig arbeid etc. (n=1482)	61
	Foreningsvirksomhet (n=1475)	34.7
	Musikk, dans, sang, kunstnerisk virksomhet (n=1452)	22.6

Deltagelse i variert aktivitet i nærmiljø kan styrke helse, felles identitet og lokal tilhørighet (Wilcock & Hocking, 2015). Selv om deltagelse kan skje på mange ulike vis og nivå, tyder forskningsfunn på at det å være medskaper av ressurser og/eller tilbud kan styrke individer og deres opplevelse av sammenheng tilknytning i større grad enn mer begrenset deltagelse (for eksempel som konsument eller besøkende) (Maass, 2018).

Flest deltagere oppgir å ha besøkt idrettsarrangement (51,8%). Av andre kulturtilbud er det særlig konsert/revy og lignende som besøkes av mange (41,8 %). Biblioteket besøkes jevnlig av 38,1 %, mens 32,1% oppgir å besøke kirka/bedehus eller lignende minst en gang i halvåret. Museum og utstillinger skårer lavest (17,7%), noe som også kan tyde på at slike aktiviteter som regel gjøres sjeldnere (se tabell 10).

Når vi ser på hva folk driver med selv, er det tydelig at idrett og/eller friluftsliv topper statistikken med 86,2 % deltagelse. Foreningsvirksomhet synes å engasjere ca. en tredjedel av deltagere, mens nesten to tredjedeler (65,7%) oppgir å aldri delta på slikt. Færrest deltagere, men likevel nesten en fjerdedel av utvalget, driver med musikk, dans eller annen kunstnerisk virksomhet (mot 77,4% som sier at de aldri gjør dette).

Dugnad og frivillig arbeid skårer høyt: 61% oppgir å drive med dette minst en gang i halvåret. Dette motsier til en viss grad resultater fra seksjon 3.5, der over 60% oppgir å aldri delta på «Nabolagets velforening, borettslagstyre, sameie, dugnad». Delvis kan dette skyldes at det spørres om ulike frekvenser (1x i halvåret vs. 1-3x i måneden), og f.eks. dugnad ofte arrangeres nettopp en gang i vår- og en gang i høsthalvåret. Det er også tenkbart at deltagelse i dugnad o.l. ikke oppfattes som «deltagelse i nabolag», om dugnaden for eksempel arrangeres av frivillige organisasjoner. En annen forklaring kan være ulike tolkninger av spørsmålet, der spørsmål fra seksjon 3.5 kan forstås som en mer forpliktende måte å engasjere seg på (jfr. «borettslagstyre» e.l. som antyder en forpliktelse over tid), mens måten dette måles på her også omfatter spontan og ikke-forpliktende deltagelse (i og med at «foreningsvirksomhet» spørres om separat). Uansett tilsier denne forskjellen at vi burde se nærmere på hvordan vi måler aktivitet, og hvorvidt vi fanger også spontan og ikke-regelmessig aktivitet på en realistisk måte.

3.9 Fysisk aktivitet og kroppen

Helseeffektene av fysisk aktivitet er godt dokumentert. Folkehelseinstituttet anbefaler voksne å være minst 30 minutter i moderat aktivitet hver dag. For størst helsegevinst anbefales 150 minutter i uken med intensiv fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2014).

Tabell 11: Fysisk aktivitet, søvn og kroppen

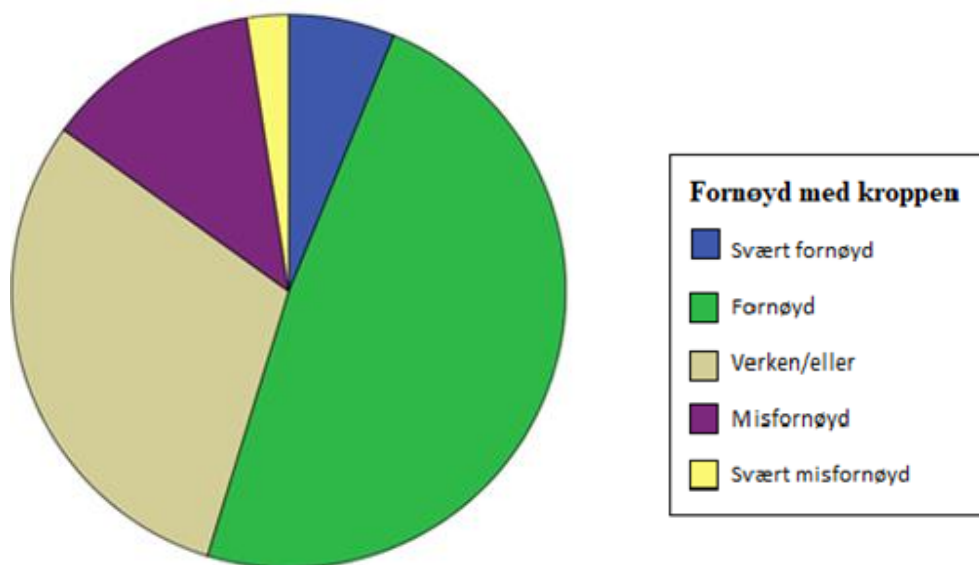
N=2072	
Hyppighet fysisk aktivitet (% minst 1x i uka)	90.1
Intensitet fysisk aktivitet (% andpusten og svett - tar meg helt ut)	73.6
Varighet fysisk aktivitet (% mer enn 30 minutter)	94.4
Høyde kvinner/menn (gjennomsnitt, Std)	167.34/181.34 (5.75/6.76)
Vekt kvinner/menn (gjennomsnitt, Std)	72.38/88.30 (13.83/16.94)
Timer søvn (gjennomsnitt, Std)	6.92 (1.05)
Timer sittende stilling (gjennomsnitt, Std)	6.89 (4.13)

En overveiende stor andel av respondentene oppgir å drive mosjon minst en gang i uka (90,1%), holde på med det i minst 30 minutter (94,4%) og gjøre det så intensivt at de blir andpusten og svett (73,6%). Ser man nærmere på de ulike kategoriene viser det seg videre at hovedvekten mosjonerer mellom 30 og 60 minutter (68%), mens 31,5% mosjonerer mer enn en time om gangen. I tillegg blir 68% «andpusten og svett», mens kun 5,6% tar seg helt ut. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller i hyppighet og varighet av fysisk aktivitet, men resultater antyder at menn driver mosjon med høyere intensitet enn kvinner. Da dette bygger på egenrapportering, må vi likevel ta høyde for at dette kan vise til ulikheter i hvordan intensiteten av fysisk aktivitet beskrives.

Gjennomsnittlig sover deltagere nesten 7 timer per natt, og er i sittende stilling ca. like lenge. Mens vi ikke fant noen signifikante kjønnsforskjeller i timer søvn, synes menn å sitte omtrent en time mer enn kvinner i hverdagen (se tabell 11).

I gjennomsnitt er kvinner i denne undersøkelsen ca. 167 cm høy og veier 72 kg, mens gjennomsnittsmannen er 181 cm høy og veier 88kg. Dette betyr at kvinner gjennomsnittlig har en BMI på 25,85 og menn på 26,85. Begge deler indikerer lett overvekt, men her vil det selvfølgelig være individuelle forskjeller.

Fornøyd med kroppen



Figur 3: Fornøyd med kroppen

Av respondentene sier 6,2% at de er svært fornøyd med kroppen, mens 48,6% er fornøyd (54,8 % til sammen). Henholdsvis 12,7% og 2,4% (15,1%) oppgir at de er misfornøyd eller svært misfornøyd, mens 30,2% svarer «hverken eller» på spørsmålet. Her blir kjønnsforskjeller tydelige: jevnt over er menn mer fornøyd med kroppen sin enn kvinner: mens hhv 4,8% og 45,4% av kvinnene oppgir å være «svært fornøyd» eller «fornøyd» med kroppen sin er tilsvarende tall for menn 8,4 og 53,3%. På den andre siden av skalaen sier 16,5% av kvinnene at de er misfornøyd (i tillegg til 3,3 som er «svært misfornøyd»), mot hhv 6,9% misfornøyd og 1,2% svært misfornøyd menn.

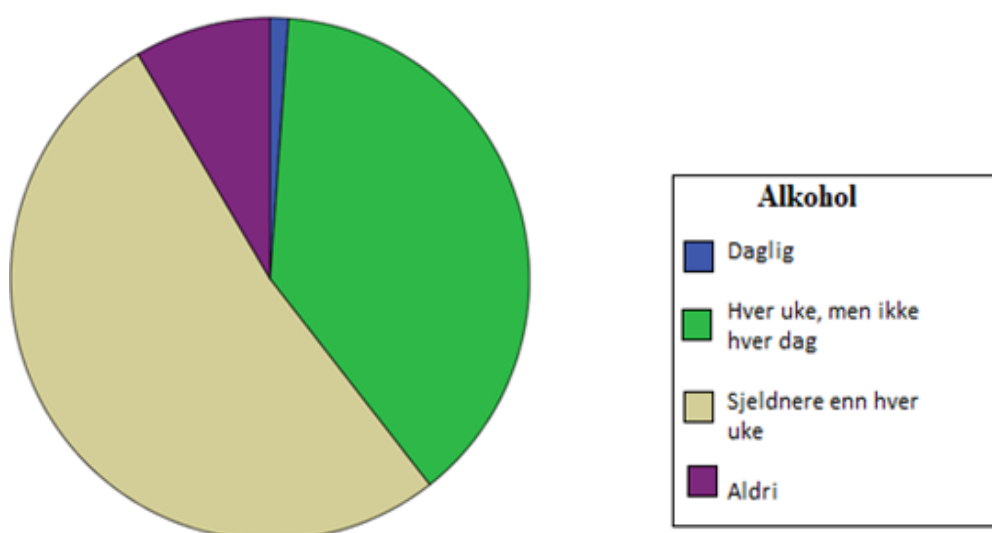
3.10 Alkohol & Tobakk

Bruk av tobakk og alkohol er kjente risikofaktorer for helse, og en betydelig innsats legges ned nasjonalt for å begrense særlig bruk av tobakk hos yngre befolkningsgrupper (FHI, 2018).

Tabell 12: Bruk av tobakk

	Ja	Har sluttet	Gjennomsnittsalder Mean, (std)	Alder ved oppstart Mean, (std)	Antall år Mean, (std)
Røyking	7.1	34.6	51.91 (12.53)	17.08 (4.51)	19.44 (12.75)
Snus	12.4	6.7	42.03 (11.35)	24.09 (11.5)	13.37 (33.26)

Hovedvekten av respondentene har aldri røykt (58,3%) eller snust (80,9%). En betydelig andel oppgir å ha sluttet å røyke (34,6%), færre har sluttet å snuse (6,7%). Andelen røykere er nå på 7,1%, mens flere bruker snus (12,4%). I tillegg er snusbrukere i gjennomsnitt ti år yngre enn røykere, selv om de i gjennomsnitt starter senere (24 år vs. 17år for røyk).



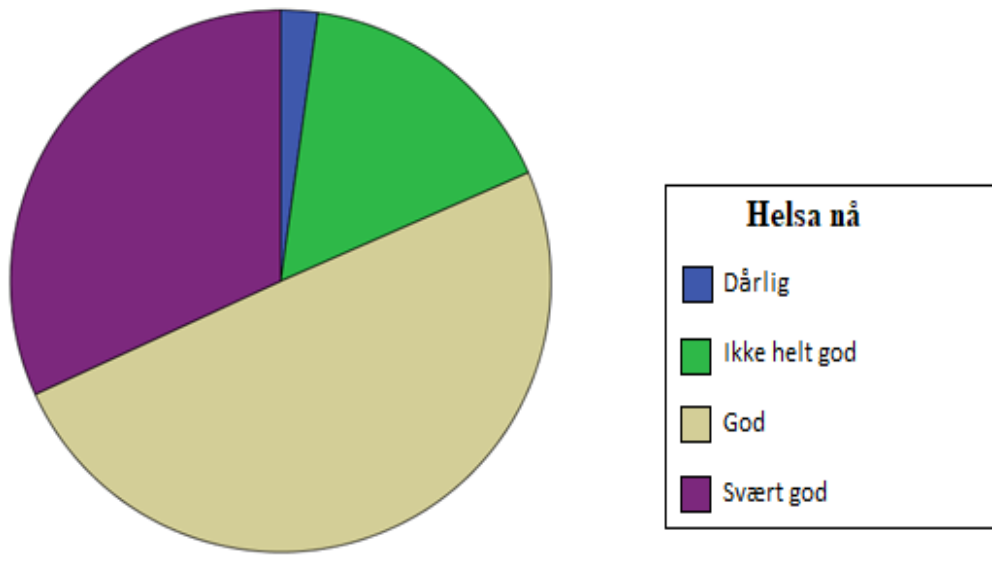
Figur 4: Konsum av alkohol

Over halvparten av respondentene sier at de drikker alkohol sjeldnere enn hver uke (52,1%), mens 38,3% sier at de drikker alkohol hver uke, men ikke hver dag. Deltagere som oppgir å aldri drikke utgjør 8,5% av utvalget, mens 1,1% oppgir å drikke daglig.

3.11 Helse og livskvalitet

Et salutogent fokus på helse innebærer at helse beskrives langs en skala fra «ikke god» til «svært god», og ikke som et endimensjonalt motstykke til «sykdom». Dette helsebegrepet inkluderer aspekter av velvære og livstilfredshet, og kan kartlegges gjennom subjektive

vurderinger: Benjamini og Idler (1999) fant at deltagere som vurderte sin egen helse som god hadde betydelig lavere risiko for å dø de neste 5 årene enn deltagere som vurderte sin helse som dårlig.



Figur 5: Helsa nå

En klar overvekt av deltagere opplever sin helse som svært god (31,9%) eller god (49,7), noe som tilsier at over 80% av utvalget opplever god helse. Likevel er det også en betydelig andel (16,2%) som opplever sin helse som ikke helt god, og 2,2% sier at helsa er dårlig.

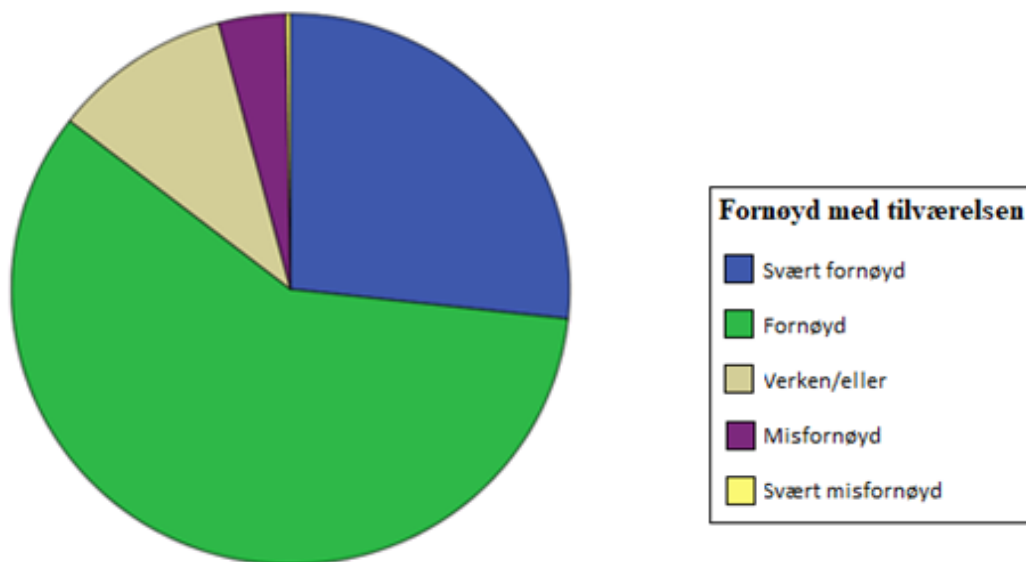
I motsetning til tidligere år finner vi i runde 3 signifikante kjønnsforskjeller i helse: Flere kvinner enn menn opplever sin helse som ikke helt god (18,9% av kvinnene vs. 13,8% av mennene), mens flere menn oppgir god (52,2% vs. 48,1% av kvinnene) og svært god helse (34% vs. 30,5% av kvinnene).

Resultater viser også at nesten 20% av deltagerne har tidligere opplevd langvarig skade eller sykdom, mens 22,2% oppgir å ha en langvarig sykdom eller skade ved undersøkelsestidspunkt. 16,1% av respondentene oppgir å ha nedsatt funksjon.

Når deltagere ble spurt om hva god helse innebærer, svarer nesten alle at fysisk og psykisk velvære (99,4%) og det å klare seg i hverdagen (99,3%) er viktig eller svært viktig. Noen færre, 95,5% beskriver fravær av plager og sykdom som viktig eller svært viktig for helse. Når man ser kun på kategorien «svært viktig» blir forskjellene tydeligere, med 91,7% som synes det å

klare seg selv i hverdagen er svært viktig, etterfulgt av fysisk og psykisk velvære (87,6%), mens 75,7% er enig i at fravær av plager er svært viktig for helse.

Livstilfredshet



Figur 6: Livskvalitet

Over 80% av deltagerne sier at de er fornøyd eller svært fornøyd med tilværelsen (hhv 58,8% og 26,7%). Andelen deltagere som er misfornøyd er betydelig lavere, med 3,9% som sier de er misfornøyd og 0,3% svært misfornøyd. Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller i livskvalitet i dette utvalget.

Opplevelse av sammenheng

Mens et salutogent perspektiv innebærer et fokus på helsefremmende faktorer og ressurser, beskriver teorien om Salutogenesen i tillegg et konsept som beskrives som svaret på det salutogene spørsmålet (hva er opphavet til god helse?): en opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 1987).

OAS beskriver i hvilken grad en bestemt person opplever verden som forståelig, håndterbar og meningsfull (Antonvosky, 1987). En sterk OAS har blitt knyttet til positive helseutfall (inkludert livskvalitet) gjennom en rekke studier: En sterk OAS øker sjansen for god helse og livstilfredshet, sunt kosthold og positiv helseatferd, og beskytter mot sykdom og negative konsekvenser av sykdom (Eriksson & Lindstrøm 2006; 2007). Forskningsfunn fra blant annet LEV VEL tyder på at OAS kan styrkes gjennom signifikante opplevelser i nærmiljø, og særlig gjennom et aktivt engasjement med nærmiljøressurser (Maass et al., 2014; 2018)

Tabell 13: Opplevelse av sammenheng

	Gjennom -snitt	Std
Opplevelse av sammenheng (sum)	69.41	(4.13)
Begripelighet (gjennomsnitt)	4.86	(0.91)
Håndterbarhet (gjennomsnitt)	4.39	(0.57)
Meningsfullhet (gjennomsnitt)	4.07	(0.95)

Gjennomsnittlig OAS i dette utvalget er 69,41 (STD 4,133), noe som anses som moderat sterk OAS (se tabell 13). Ingen signifikante kjønnsforskjeller i OAS ble funnet. Ser man nærmere på de tre dimensjonene av OAS, vises det at deltagere skårer høyest på begripelighet (gjennomsnittsskår på 4.86), dernest håndterbarhet (4.39), og minst på meningsfullhet (4.07). Dette kan gjenspeile det høye utdannings- og inntektsnivå, som tilsier at deltagere har gode forutsetninger for å forstå sammenhenger, og god tilgang til ressurser som fremmer håndterbarhet. På den andre siden har meningsfullhet blitt beskrevet som den dimensjonen av OAS som er viktigst for god helse (Antonovksy, 1987). I følge Salutogenesen er meningsfullhet først og fremst avhengig av muligheten til å være med å forme utfall og ta beslutninger. Sett i lys av den ressurssterke befolkningen og et økende antall respondenter som er fornøyd med muligheten til å påvirke beslutninger i kommunen (se kapittel 5), er dette funnet vanskelig å forklare. På den ene siden er det viktig å huske at påvirkningsmuligheter i kommunen kan bli overskygget av påvirkningsmuligheter andre steder, slik som i familien eller arbeidsliv. På den andre siden kan dette støtte opp under fortolkningen at «fornøydhet med muligheten til å påvirke beslutninger» først og fremst antyder hvor fornøyd befolkningen er med at muligheten er der snarere enn å antyde i hvilken grad de faktisk har muligheten til å påvirke.

3.12 Sammendrag hovedfunn

Sammenfattende kan man si at befolkningen i Malvik har over gjennomsnittlig høy utdanning og inntekt. De fleste er gifte eller samboere og eier sin egen bolig. Likevel er det en betydelig andel som opplever vanskeligheter med løpende utgifter, i hvert fall sporadisk. Utsikt, nærhet til venner og familie og økonomi trekkes frem som viktige grunner for valg av bosted. De fleste deltagere er i lønnet arbeid, har en fast stilling og jobber hovedsakelig dag. Likevel oppgir halvparten å ha vært borte fra jobb pga. sykdom det siste året. I utvalget er det få som mottar offentlig stønad. Den største gruppen stønadsmottakere i utvalget er alderspensjonister.

Over 90% av deltagerne trives i Malvik. Beliggenhet, sosialt miljø og trygge oppvekstvilkår trekkes frem som positive sider ved å bo i Malvik. Forbedringsforslag som trekkes frem er blant annet utvikling av sentrum, desentraliserte servicefunksjoner, og innsats for bedre kollektivtrafikk og skolemiljø. Nesten alle deltagere har fortrolige venner, og opplever sine nabolag som trygge og trivelige. Det synes å være vanlig og stoppe å slå av en prat når man møter på naboer. Mange respondenter sier at de bruker tid i sitt nabolag og opplever at naboer hjelper hverandre, selv om det er mindre vanlig å besøke hverandre hjemme. Innbyggerne synes også å delta på ulike aktiviteter i nærmiljøet, både organiserte og uorganiserte aktiviteter, dugnad og frivillig arbeid. På den andre siden er det få som oppgir å være engasjerte i styret til beboer-, vel- eller nabolagsforeninger. Tid synes å være den viktigste faktoren for deltagelse i nærmiljøet.

Den gjennomsnittlige respondenten i denne undersøkelsen har lett overvekt, men er fornøyd med kroppen og følger langt på vei helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet i forhold til hyppighet, varighet og intensitet. Under 10% røyker, andelen som bruker snus er noe høyere. Innbyggere synes å oppleve god helse og være tilfreds med livet. I motsetning til de tidligere undersøkelsene synes kvinner å oppleve helsen sin som noe dårligere enn menn i denne undersøkelsen.

Innbyggerne i Malvik synes å være veldig fornøyde med både tilgjengelighet til og kvalitet på nærmiljøressursene. Marka og sjøen trekkes frem som viktige områder som mange er fornøyde med og bruker ofte. I motsetning synes både kollektiv- og kulturtilbud å ha forbedringsbehov. I forhold til kultur er idrettsarrangement, konsert/utstillinger og biblioteket fasilitetene som trekker mest folk. Når det kommer til turområder, så etterspør innbyggere flere turområder ved Saksvik/Vikhammer området. Også oppgraderinger ved eksisterende turstier etterspørres.

4. Satsingsområder

Med «satsingsområder» menes her fire ulike uteområder i Malvik kommune, som har fått en opprustning i løpet av de siste 8 årene: Malvikstien, Midtsandtangen, Stavsjøområdet og Homlastien.

Midtsandtangen og **Malvikstien** er utformet i henhold til prinsippene om universell utforming for å sikre tilgjengelighet for alle.

Malvikstien forbinder Hommelvik og Flatholman friluftsområde i Muruvik gjennom en 2,7 kilometer lang trasé langs den gamle jernbanelinjen. Stien har flere møte- og rasteplasser, fiskemuligheter og tilbyr opplevelser som er nært knyttet til den lokale kulturhistorien i området, formidlet blant annet gjennom informasjonstavler på stien.

Midtsandtangen er et tidligere militært område som ble sikret som statlig friluftsområde i 2005. Stedet har gjennomgått en omfattende rehabilitering, og har blitt et populært turmål. Her finnes Trøndelags største kjøkkenhage med både bær, frukt og urter, tilgang til strand, en skatepark og fastmonterte griller under tak.

Homlastien er en seks kilometer lang tursti langs lakseelva Homla til Storfossen. Store deler av turen går gjennom Homla naturreservat. Her kan man både se sjeldne plantearter, blant annet flere typer mose, og finne spor etter tømmerfløting og andre kulturminner. Stien er ryddet og blitt bedre merket.

I området rundt **Stavsjøen**, har stien blitt oppgradert og gjort lettere tilgjengelig. Det finnes mange fine områder for opphold og rasting rundt Stavsjøen: Ved området nærmest parkeringsplassen finnes en gapahuk og brygge satt opp av Malvik jeger og fiskeforening som fritt kan benyttes av besøkende. I tillegg har Malvik kommune inngått et samarbeid med fagmiljøet i Midt-Norge med hensyn til å bevare de truede amfibieartene stor- og småsalamander ved Stavsjøen (malvik.kommune.no/friluftsliv).

[Hvordan kan det å ruste opp friluftsområder bidra til bedre helse og mindre ulikhet?](#)

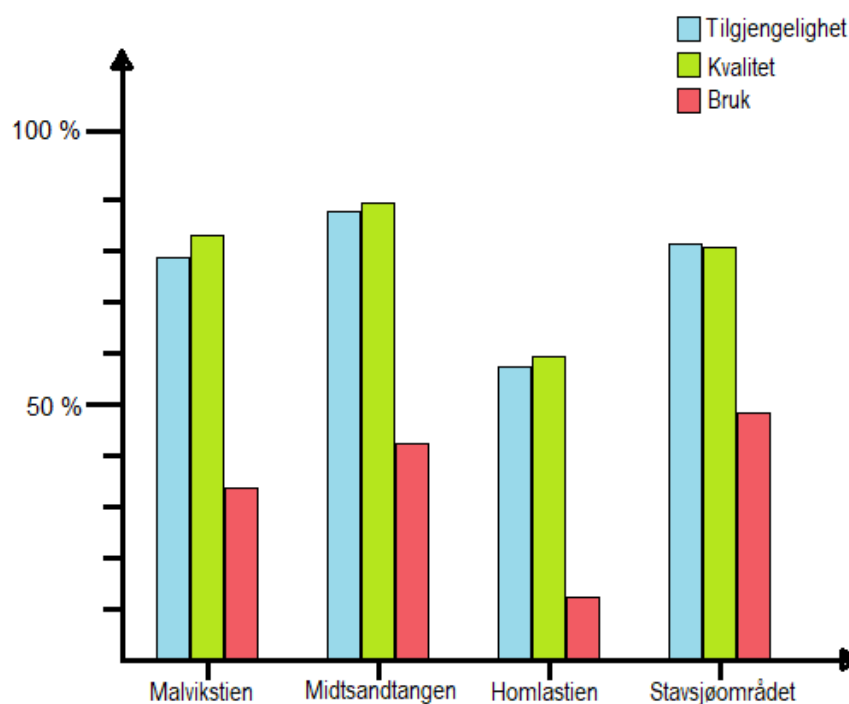
Alle fire områdene tilbyr natur- og turopplevelser i nærhet til boligområder, er kostnadsfrie, lett tilgjengelige og kan beskrives som lavterskeltilbud. Slike områder kan fremme deltagelse, helse og livskvalitet blant innbyggere, og bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse siden de kan brukes uavhengig av alder, økonomi og fysiske forutsetninger.

På den annen side er det et kjent dilemma at folk som er mest aktive fra før også bruker friluftsområder mest, noe som til og med kan føre til større ulikhet i tilfeller der tilbudet ikke benyttes av de som har dårligst helse fra før (Mittelmark, 2014). Som beskrevet innledningsvis (se kapittel 1), ser man som oftest at de med dårligst råd og lavest utdanning også har dårligere helse, og er jevnt over mindre aktive enn folk med bedre sosioøkonomiske vilkår. Dette kan skyldes individuelle valg, men det kan vel så gjerne skyldes ulikheter i livsvilkår og omgivelsene. For eksempel finnes det ofte flere attraktive uteområder i rikere boligstrøk enn i områder der det bor flere med lav inntekt (Kruize et al., 2014).

En annen gruppe som opplever dårligere helse er mennesker med nedsatt funksjonsevne. Denne gruppen deltar i mindre grad i aktiviteter - både fysisk og sosial aktivitet. Dette kan knyttes til at de ofte opplever flere barrierer for deltagelse, både i de fysiske og sosiale omgivelsene (Ramm & Otnes, 2013).

I LEV VEL undersøkelsen 2018 kartlegges det tilfredshet med både tilgjengelighet og kvalitet, så vel som reell bruk av både Malvikstien, Midtsandtangen, Homlastien og Stavsjøområdet. Dette gir grunnlag for å evaluere utvalgets oppfatninger og bruk av områdene (se kapittel 2). I tillegg undersøkes det en rekke bakgrunnsvariabler slik som kjønn, alder og inntekt, for å kunne si noe om hvem stiene appellerer til, og hvem som bruker de. Dette kan også gi oss pekepinn mot hvorvidt tiltakene bidrar til å utjevne sosiale helseforskjeller. I tillegg inkluderes det særskilte analyser rundt hvordan områdene oppfattes og brukes av mennesker med nedsatt funksjonsevne (se avsnitt 4.3)

4.1 Oppfatninger av tilgjengelighet og kvalitet



Figur 7: Tilgjengelighet, kvalitet og bruk av satsingsområdene

Oversikten (se figur 7) viser at tilfredshet med satsingsområdene generelt er høy, selv om nivået jevnt over er noe lavere enn ved uteområder generelt (se avsnitt 3.7). Dette kan delvis skyldes at det blir spurt om spesifikke områder, mens generelle betraktninger om uteområder ofte innebærer at man tar utgangspunkt i områdene man bruker mest/har sterkest forhold til fra før- noe som ofte nettopp bygger på at de er tilgjengelige og vurderes positivt.

I motsetning til de generelle oppfatningene av nærmiljøressurser kan vi også se at forholdet mellom tilfredshet med tilgjengelighet og kvalitet er snudd: mens deltagere generelt var mer fornøyde med tilgjengelighet enn kvalitet, er forholdet motsatt for satsingsområdene. Dette kan være et uttrykk for at innsatsen som er lagt ned i utforming og involvering underveis har resultert i områder med høy kvalitet som passer godt til brukergruppene.

Tabell 14: Tilfredshet med tilgjengelighet og kvalitet

(N=1531)	Tilgjengelighet		Kvalitet	
	(Svært) fornøyd	(Svært) misfornøyd	(Svært) fornøyd	(Svært) misfornøyd
Malvikstien	79	7.2	83.4	4.4
Midtsandtangen	87.9	4.9	89.5	3.5
Homlastien	57.4	11.9	59.8	8.5
Stavsjøområdet	81.6	6.3	80.9	4.6

Oppfatninger av satsingsområdene viser at deltagere er mest fornøyde med Midtsandtangen både ift. tilgjengelighet og kvalitet. Stavsjøområdet vurderes som nest mest tilgjengelig, mens Malvikstien vurderes som det kvalitativt nest beste området. Homlastien skårer jevnt over dårligst.

Ser man nærmere på ulikheter mellom nabolag blir det tydelig at plassering spiller en stor rolle: for eksempel oppgir 74,1% av deltagerne bosatt i Hommelvik at de er svært fornøyd med tilgjengeligheten av Malvikstien, mens tilsvarende tall for Vikhammer og Saksvik er hhv 38,1% og 38,7%. Tilgjengeligheten til Midtsandtangen og Stavsjøområdet vurderes best av innbyggere på Sveberg (hhv 71,7% og 66,5% svært fornøyd). Homlastien er mindre entydig, men vurderes som mest tilgjengelig av innbyggerne i Hommelvik (45,9% svært fornøyd) og minst fra Saksvik (19,4%).

Oppfatninger av kvalitet følger stort sett samme mønster: Malvikstien og Homlastien vurderes best av innbyggerne i Hommelvik, der hhv 73,5% og 44,2% oppgir å være svært fornøyd (for å se samlet tall for de som svarte «fornøyd» eller «svært fornøyd», se tabell 15).

Midtsandtangen (75,8% svært fornøyd) og Stavsjøområdet vurderes best av innbyggerne på Sveberg. Ift Stavsjøområdet er forskjellen mellom innbyggerne i Sveberg og Hommelvik dog svært liten (54,5 vs. 51,5%).

4.2 Bruk av satsingsområdene

Tabell 15: Bruk av satsingsområdene

	Svært ofte/ofte	Aldri
Stavsjøområdet	48.6	7.3
Midtsandtangen	42.6	4.8
Malvikstien	33.9	11.9
Homlastien	12	36

Sammenligner man andelen av deltagere som oppgir å bruke satsingsområdene ofte eller svært ofte kommer Stavsjøområdet best ut med nesten 50%, tett fulgt av Midtsandtangen med 42,6%. Omtrent en tredjedel av de spurte sier at de bruker Malvikstien ofte eller svært ofte, mens tilsvarende tall for Homlastien er 12%.

Hvem bruker områdene?

Når man ser på de som har svart at de bruker de respektive områdene «svært ofte», blir det tydelig at bruk av satsingsområdene følger stort sett det samme geografiske mønsteret som tilfredshet: Innbyggere i Hommelvik er de som bruker Malvikstien og Homlastien mest (hhv 28,8% og 10% angir bruk som svært ofte), mens innbyggere i Sveberg er de som bruker Stavsjøområdet og Midtsandtangen hyppigst (hhv 33,5% og 24,3% svært ofte). Innbyggere i Saksvik synes å bruke Midtsandtangen mest av satsingsområdene, men generelt er bruken av områdene lav i både Saksvik og Vikhammer.

Flere kvinner enn menn bruker disse områdene. Minst uttalt er dette i forhold til Homlastien, mens det blir tydeligst på Malvikstien. Hyppige brukere av områdene er noe eldre enn gjennomsnittet, en litt større andel er ikke i jobb (lengre), og de fleste lever i husholdninger med lav eller middels inntekt. Blant hyppige brukere av områdene er også en større andel mennesker med nedsatt funksjon enn i resten av utvalget. Folk som bruker områdene hyppig rapporterer ikke bedre helse, men litt mer livstilfredshet og tydelig mer trivsel i Malvik enn resten av utvalget.

Tabell 16: Hvem bruker satsingsområdene?

		Malvikstien	Midtsandtangen	Homlastien	Stavsjøområdet	Hele utvalget
N		200	212	73	264	2092
Kjønn	% Kvinner	66	61.3	60.3	65.9	59.7
Alder	Gjennomsnitt, std	52.25 (14.29)	51.24 (14.76)	52.49 (13.29)	50.97 (14.54)	49.57 (15.18)
Nabolag	Hommelvik	80	30.1	75.3	40.2	40.3
	Sveberg	6.5	26.4	8.2	29.2	14.5
	Vikhammer	9.5	23.1	12.3	20.1	26.4
	Saksvik	4.0	20.3	4.1	10.6	18.7
Inntekt	Lav (<400 000)	11	9.9	13.7	7.6	10.3
	Middel (400 000-1 mill.)	69.5	50.4	63	58.4	55.1
	Høy (1-1,5 mill.)	19.5	30.6	23.3	34	34.7
Lønnet arbeid	% i Jobb	67	72.6	71.2	72.7	72.8
Nedsatt funksjon	% ja	24.5**	24.1**	26**	24.6**	16.1**
Trivsel i Malvik	% Svært godt/godt	93	92.9	95.9	92.7	86.9
Helsa nå	% Svært god/god	78.4	81.8	79.1	82	81.6
Livskvalitet	% Svært god/god	85.8	86.7	91.2	88.9	85.5
Tilgjengelighet (%Svært fornøyd/fornøyd)	Malvikstien	93.5	-	-	-	79
	Midtsandtangen	-	94.8	-	-	87.9
	Homlastien	-	-	84.3	-	57.4
	Stavsjøområdet	-	-	-	92.6	81.6
Kvalitet (%Svært fornøyd/fornøyd)	Malvikstien	95.9	-	-	-	83.4
	Midtsandtangen	-	96.6	-	-	89.5
	Homlastien	-	-	86	-	59.8
	Stavsjøområdet	-	-	-	92.2	80.9
Fysisk aktivitet	Frekvens (% oftere enn 1x i uka)	74.5	86.6	93	91.5	78
	Intensitet (% blir andpusten og svett)	71.7	73.8	71.7	77.5	73.6
	Varighet (%mer enn 30 min.)	96.9	96.5	93	97.3	94.5

Manglende svar inkludert, kodet = nei. **Fet skrift= høyere andel i prosent enn utvalget samlet

Tilgjengelighet og kvalitet

Tilfredshet med både tilgjengeligheten til og kvaliteten på satsingsområdene er generelt høy hos de som bruker områdene hyppig. Hyppige brukere av områdene synes også å engasjere seg i fysisk aktivitet noe oftere og av lengre varighet enn gjennomsnittet, men ikke mer intenst. Alt i alt tyder funn på at satsingsområdene fungerer som et lavterskeltilbud som hovedsakelig henvender seg til folk i nærmiljøet og fremmer hyppig aktivitet og aktivitet med lengre varighet, uavhengig av hvor hardt man ønsker å mosjonere. Tilfredshet med både tilgjengelighet og kvalitet er høy, og kan ha bidratt til hyppig bruk. Hyppige brukere av stien har oftere lav sosioøkonomisk bakgrunn og nedsatt funksjonsevne, så vel som høyere alder enn øvrige respondenter. Dette støtter opp under at områdene fungerer som lavterskeltilbud, som synes å stimulere aktivitet blant utsatte grupper og dermed bidrar til å minske sosial ulikhet i helse.

4.3 Brukes satsingsområdene av mennesker med nedsatt funksjonsevne?

Malvikstien og Midtsandtangen er utformet i henhold til prinsippene om Universell Utforming, slik at de er tilgjengelige for alle, uavhengig av kroppslig funksjonsnivå (Malvik.Kommune: <https://www.malvik.kommune.no/friluftsliv.168235.no.html>.)

Mennesker med funksjonsnedsettelse opplever ofte at turområder er vanskelig tilgjengelige, og det vises til ulikheter i både helse og fysisk aktivitet mellom mennesker med og uten funksjonsnedsettelse (Ramm & Otnes, 2013).

Utvalget

Tabell 17: Deskriptive mål av utvalget med funksjonsnedsettelse

	Med funksjons-nedsettelse (n=334)	Hele utvalget
Kjønn (% Kvinner)	69.2	59.7
Alder (gjennomsnitt, std.)	50.67 (14.5)	49.57 (15.18)
Helse (% god/svært god)	36.2	81.6
Livskvalitet (% god/svært god)	64.7	85.5
Trivsel i Malvik (% god/svært god)	82.5	86.9

Fysisk aktivitet	Frekvens	75.9	78
	<i>oftere enn 1x i uka</i>		
	Intensitet	70.7	73.6
	<i>blir svett og andpusten</i>		
	Varighet	63.6	94.5
	<i>Lengre enn 30 minutter</i>		

I denne undersøkelsen oppgir 16.1 % (n= 334) å ha en nedsatt funksjonsevne. Sammenlignet med utvalget totalt er andelen kvinner i denne gruppen litt høyere. Det samme gjelder for alder, hvor aldersgjennomsnittet i gruppen med nedsatt funksjonsevne er noe høyere enn det totale utvalget. Mennesker med funksjonsnedsettelse synes å trives omtrent like godt i Malvik som gjennomsnittet i utvalget forøvrig. Derimot rapporterer de betydelig dårligere helse og lavere livskvalitet enn utvalget forøvrig. Når det gjelder fysisk aktivitet er det små forskjeller i hyppighet og intensitet av fysisk aktivitet mellom gruppene, men når det gjelder varighet er andelen som fyller helsedirektoratets mål om 30 min varighet betydelig lavere i gruppen med nedsatt funksjonsevne (64 %) sammenlignet med utvalget forøvrig (95%).

Oppfatninger og bruk av satsingsområdene

Tabell 18: Oppfatninger og bruk av satsingsområdene hos mennesker med nedsatt funksjonsevne

	Tilfredshet tilgjengelighet (%fornøyd/ svært fornøyd)	Tilfredshet kvalitet (%fornøyd/ svært fornøyd)	Bruk (% ofte/veldig ofte)
Malvikstien	76.9	81.4	35.3
Midtsandtangen	84.8	86.7	41.1
Homlastien	56.4	59.4	12.8
Stavsjøområdet	76.8	78.7	48.4

Sammenligner man oppfatninger og bruk av satsingsområdene hos mennesker med nedsatt funksjonsevne og hele utvalget (se tabell 15), vises det at mennesker med funksjonsnedsettelse jevnt over vurderer både tilgjengelighet og kvalitet som noe lavere enn hele utvalget (se tabell 19). Samtidig synes mennesker med nedsatt funksjonsevne å vurdere kvalitet som noe bedre

enn tilgjengelighet. Dette kan forklares med større behov for tilgjengelighet, og dermed også høyere bevissthet rundt synlige og usynlige barrierer.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne synes å bruke Stavsjøområdet mest, deretter Midtsandtangen, Malvikstien og Homlastien. Andelen mennesker med nedsatt funksjonsevne som rapporterer å bruke de respektive områdene «svært ofte» varierer mellom 24,1 og 26%. I og med at denne gruppen kun utgjør 16.1% av hele utvalget (se tabell 17), antyder dette at mennesker med nedsatt funksjonsevne er overrepresenterte som hyppige brukere av satsingsområdene.

4.4 Sammendrag satsingsområdene

Tilfredshet med og bruken av satsingsområdene er høy. Spesielt Stavsjøområdet og Midtssandtagen brukes av en stor andel respondenter. Hyppige brukere av områdene opplever bedre livskvalitet og mer trivsel i Malvik. Alt i alt tyder funn på at satsingsområdene fungerer som lavterskeltilbud som hovedsakelig brukes av folk i nærmiljøet. Høy tilfredshet med både tilgjengelighet og kvalitet tyder på at det er plassering og utformingen av områdene som bidrar til bruken- mer enn personlige variabler. Likevel synes områdene i større grad å benyttes av innbyggere med lav sosioøkonomisk bakgrunn, høyere gjennomsnittsalder og nedsatt funksjon. Personer med funksjonsnedsettelse vurderer imidlertid områdene som noe mindre attraktive og tilgjengelige enn gjennomsnittet.

Målet om å skape inkluderende uteområder som brukes av «alle» kan dermed sies å være nådd. Likevel påpekes det fortsatt forbedringspotensial i forhold til å øke tilgjengeligheten av disse områdene for personer med nedsatt funksjonsevne.

5. Tendenser siden 2012

LEV VEL undersøkelsen har kartlagt en rekke personlige og helserelaterte variabler i Malviks befolkning siden 2012. Dermed kan vi se på utvikling i befolkningen over tid, både med hensyn til forandringer i helserelevante faktorer, men også ift. forandringer i oppfatninger og bruk av kommunens servicefunksjoner, uteområder, aktiviteter og andre tilbud.

Imidlertid er det først siden 2014 at alle innbyggerne i Malvik har hatt mulighet til å delta i undersøkelsen. I 2012 var deltagelsen begrenset til innbyggere i Hommelvik, Saksvik og Sveberg. Utvalget i 2012 skiller seg dermed fra 2014 og 2018 utvalgene, og forandringer fra 2012 til 2014 må sees på med et visst forbehold.

Spørreskjemaet har flere ganger blitt tilpasset og endret. Noen variabler har blitt tatt ut, andre har kommet til. I tillegg måles enkelte variabler på en litt annen måte nå enn tidligere. Slike endringer er beskrevet og diskutert underveis i analysen.

Tendenser er beskrevet på grunnlag av komparative analyser, der utvalget i henholdsvis 2012, 2014 og 2018 sammenlignes som uavhengige grupper (se kapittel 2).

5.1 Utvalg

Sammenligner man utvalgene fra 2012, 2014 og 2018 ser man at utvalget i 2012 skiller seg ut ved at det er mindre overvekt av kvinner, flere respondenter som lever i husholdninger med lav eller middels inntekt, flere med grunnskole- eller realfagsutdanning og færre med universitetsutdanning. Likevel er det færre som oppgir vansker med løpende utgifter i 2012 enn i hhv 2014 og 2018 (20% i 2012 mot 28% i 2014 og 27% i 2018).

Utvalget i 2014 representerer et noe yngre utvalg enn de øvrige årene.

Utvalget i 2018 skiller seg fra 2012 og 2014 utvalget ved at færre deltagere er gifte, og at flere eier sin egen bolig. Andelen deltagere med nedsatt funksjonsevne har gått ned siden 2012. Dette kan ha sammenheng med at manglende svar på spørsmålet om funksjonsnedsettelse ble kodet som «nei», og antallet manglende svar på dette spørsmålet er flere i 2018 enn tidligere år.

Alt i alt er utvalgene i de tre årene sammenlignbare. Ulikheter, om enn små, må likevel løftes frem og belyses, siden de kan bidra til å forklare funn.

Tabell 19: Karakteristika av utvalget 2012-2018

Karakteristikk		2012 (n=865)	2014 (n=989)	2018 (n=2072)
Kjønn (% kvinner)		55.6*	61	59.7
Inntekt* (%)	Lav inntekt (<400 000)	16.4*	11.2	10.3
	Middels inntekt (400 000- 1 million)	60.1*	57.3	55.1
	Høy Inntekt (>1 million)	23.6*	31.5	34.7
Vansker med løpende utgifter (% Aldri)		80.4*	72	73
Høyeste fullførte utdanning (%)	Grunnskole	11.8*	6.6	7.3
	Real- eller fagskole	24.7	25.8	25.3
	Videregående	10.2	11.1	11.7
	Høyskole eller Universitet <4 år	21.8*	25.9	24.5
	Høyskole eller Universitet >4år	31.4	30.5	31.2
Type bolig (% Enebolig)		77	75.2	74.5
Eier egen bolig (%)		88.2	86.6	88.5*
Sivilstand (% gift)		81.6	81.6	74.3*
Alder (Gjennomsnitt, STD)		49.07 (15.16)	47.49* (13.46)	49.57 (15.18)
Nedsatt funksjon		24.3**	21.7**	16.1**

*signifikant forskjellig på .05 nivå **manglende svar inkludert, kodet =nei

5.2 Arbeid og sykefravær

Tabell 20: arbeid og sykefravær

	2012	2014	2018
Lønnet arbeid (%)	76	77	72.8*
Fast stilling (%)	88.7*	93.1*	77.4*
Sykemelding med egenmelding (%)	57.2	59.9	56.1
Sykemelding med legeattest (%)	39.9	44	39.9

*signifikant forskjellig på .05 nivå

Andelen deltagere som er i lønnet arbeid har gått ned siden 2014. Dette kan ha sammenheng med at utvalget i gjennomsnitt er eldre, og dermed omfatter flere alderspensjonister. På den andre siden er det også betydelig færre som oppgir å være i et fast arbeidsforhold, noe som kan

tyde på reelle endringer i arbeidsmarked og ansettelsesforhold siden 2014. Ifølge Arbeidskraftundersøkelsen av ssb har andelen sysselsatte, fast ansatte og heltidsstillinger gått ned mellom 2013 og 2017 på landsbasis, mens de siden da synes å tilta igjen (Ssb, 2018e). Endringene i Malvik kan dermed også peke mot reelle endringer i levekår, som skyldes endringer i arbeidslivet i perioden 2012-2018.

Andelen som har vært sykemeldt i løpet av det siste året har vært stabil siden 2012, både med og uten legeerklæring. Dette må leses med forbehold siden det ikke gis noen informasjon om lengden på hver sykemelding eller antall sykemeldinger per deltager. Det er derfor mulig at sykemeldinger generelt har gått opp (eller ned), om de samme individene sykemelder seg lengre (kortere) eller oftere (sjeldnere) enn før.

5.3 Trivsel og sosialt nettverk

Tabell 21: Trivsel og sosialt nettverk

	2012	2014	2018
Trivsel i Malvik (% godt/veldig godt)	92*	88.5	86.9
Mulighet til å påvirke beslutninger (% veldig fornøyd/fornøyd)	18.4*	20.3*	25.6*
Nabolag sosial kapital (gjennomsnitt, std)	27.07* (4.52)	26.26 (5.18)	26.65 (4.94)

* Signifikant forskjellig på .05 nivå

Andelen innbyggere som sier at de trives veldig godt eller godt i Malvik har gått noe ned siden 2012. Det mest markante fallet skjedde mellom 2012 og 2014. I samme periode har andelen som føler at de er fornøyde eller veldig fornøyd med muligheten sin til å påvirke beslutninger i kommunen økt fra 18,4 % i 2012 til 25,6 i 2018.

Dette kan ha tyde på at kommunen har lyktes med å inkludere sine innbyggere i beslutningsprosesser. Samtidig virker det paradoksalt at trivselen har gått ned i samme periode som mulighet til å påvirke beslutninger har gått opp. Kanskje tyder dette på at større involvering også øker bevisstheten rundt hva som ikke fungerer optimalt? Noe usikkerhet kan også knyttes til at «fornøydhet med muligheten» kan fortolkes på to ulike måter: det kan knyttes til opplevelsen av å ha mange muligheter til påvirkning, eller det kan knyttes til at man er fornøyd selv om muligheten ikke oppleves så stor. Samtidig skjedde den største økningen av

påvirkningstilfredshet fra 2014-2018, noe som kan bety at man ikke kan måle de positive effektene av involveringen ennå. Det kan også være helt andre forhold enn muligheten for påvirkning som har hatt betydning for endring i opplevd trivsel i utvalget.

Nabolags sosiale kapital gikk signifikant ned mellom 2012 og 2014, mens den viser en liten, men ikke signifikant økning mellom 2014 og 2018. Dette kan kanskje delvis forklares med utvalget: Siden undersøkelsen i 2012 kun ble utført i tre nabolag, er det mulig at disse nabolagene utviser større sosial kapital enn andre nabolag i kommunen.

5.4 Oppfatninger og bruk av nærmiljøressurser

Tabell 22: Oppfatninger og bruk av nærmiljøressurser

		2012	2014	2018
Tilfredshet tilgjengelighet	Skala: 1-5	3.89* (.64)	3.75 (.64)	3.76 (.66)
Tilfredshet Kvalitet		3.74 (.65)	3.64* (.64)	3.74 (.76)
Bruk		2.02* (.26)	2.36* (.49)	3.14* (.64)

*signifikant forskjell på .05-nivå

Det har vært en liten nedgang i tilfredshet med tilgjengelighet av nærmiljøressurser mellom 2012 og 2014, men har siden vært stabil. Tilfredshet med kvalitet droppet signifikant i 2014, men er i 2018 igjen på høyde med 2012-nivå. Forskjellene er statistisk signifikante, men små, og noe vanskelig å forklare siden det har vært lagt ned innsats i å ruste opp nærmiljøressurser i samme perioden. En mulig forklaring kan være at innbyggere som bor i områder uten satsningsområde i nærheten beskriver sin tilfredshet med «sine» områder som mindre mens opprustningen pågikk, siden de sammenligner disse med områdene som har fått et løft.

Samtidig kan man se at bruken av nærmiljøressursene har økt både mellom 2012 og 2014, og mellom 2014 og 2018. Det er noe usikkerhet knyttet til denne målingen, siden svarkategoriene har blitt endret fra 2014 til 2018: mens det i 2012 og 2014 ble spurt om faktisk frekvens (ca 1 gang i uka, 1 gang i måned, hver dag osv.) i forhold til bruk, beskrives kategoriene i denne runden som «svært ofte», «ofte», «av og til», «sjelden» og «aldri». På den ene siden kan dette gi oss mindre konkrete svar, siden for eksempel oppfatning om hva som er «svært ofte» kan variere betraktelig. På en andre siden vil en slik tilnærming, som kartlegger opplevelsen av

hyppighet heller enn frekvens, også si oss noe om hvor sentral og viktig aktiviteten oppfattes. I noen tilfeller, kan dette dermed gi oss et bedre bilde av aktivitetens betydning enn hva frekvens forteller oss. Uansett betyr denne endringen at resultatene ikke kan direkte sammenlignes. I og med at utviklingen allerede er synlig mellom 2012 og 2014 kan imidlertid dette tyde på at ressursene oppfattes som attraktive å bruke. Samtidig kan det bidra til å forklare ovenfornevnte funn, da hyppigere bruk også øker bevissthet rundt forbedringspotensialer i andre mer nærliggende tilbud, noe som også kan ha bidratt til at rapportert tilfredshet går noe ned samtidig som bruken går opp.

5.5 Fysisk aktivitet

Tabell 23: Fysisk aktivitet

		2012	2014	2018
Hyppighet	% minst 1x i uka	88.2	88.7	90.3
Lengde	% mer enn 30 min	94.7*	93.4	94.4
Intensitet	% blir andpusten og svett	68.8*	74.2	73.7

*signifikant forskjell på .05-nivå

Andelen innbyggere som driver med fysisk aktivitet minst 1x i uka har økt siden 2012. Endringen ikke er signifikant fra 2012 til 2014, og heller ikke mellom 2014 og 2018, men den totale økningen fra 2012 til 2018 er signifikant.

Det er en liten men signifikant nedgang i varigheten av fysisk aktivitet mellom 2012 og 2014, men denne har gått opp igjen mellom 2014 og 2018.

I 2014 var det flere som drev med intensiv fysisk aktivitet enn i 2012. Andelen har siden vært stabil.

5.6 Tobakk og alkohol

Tabell 24: Tobakksbruk

	2012	2014	2018
Røyk (%)	11.4*	9.8*	7.1*
Snus (%)	8.3*	12.1	12.4

*signifikant forskjell på .05-nivå

Røyking og bruk av tobakk har gjennom flere år blitt beskrevet som en av de største helserisiko, som fører til en rekke sykdommer inkludert KOLS og lungekreft (FHI, 2018). Også snus har

blitt knyttet til en rekke uheldige helseutfall, selv om nyere forskning antyder at helserisikoen ved snus er noe mindre enn antatt (Gakidou et al., 2017).

Mens røyking har gått ned fra 2012- 2018, har andelen som bruker snus steget fra 2012 til 2014, og har siden vært stabil. Dette er i tråd med utviklingen på landsbasis, der bruk av snus har økt, særlig blant yngre (Ssb, 2018d). I denne undersøkelsen kan vi på lik linje med andre undersøkelser se at røykere i snitt er rundt 50 år, (50.18), mens snusbrukere i gjennomsnitt er rundt 46 (her sees det på alle tre årene samlet). Dette betyr også at aldersforskjellen har blitt større med årene (sammenlign tabell 12), noe som tyder på at flere unge har begynt å snuse i perioden 2012-2018.

Tabell 27: Bruk av alkohol

	2012	2014	2018
Hver dag	2.1*	.9	1.1
Av og til	90.7	91.4	90.4
Aldri	7.7	7.7	8.5*

*signifikant forskjell på .05-nivå

Når det kommer til alkohol, vises det liten endring i andelen som drikker av og til. Derimot er det en tydelig nedgang fra 2012 til 2014 i andelen som drikker hver dag. Andelen har vært stabil på rundt 1% siden 2014. Dette kan delvis skyldes at 2012 representerer et annet utvalg enn de senere undersøkelsene. Imidlertid er det en tilsvarende økning av innbyggere som sier at de aldri drikker fra 2014 til 2018. Dette kan kanskje tolkes slik at flere som før har brukt alkohol hyppig, nå har redusert eller sluttet å drikke helt.

5.7 Helse, livskvalitet og opplevelse av sammenheng

Tabell 26: Helse, livstilfredshet og opplevelse av sammenheng

	2012	2014	2018
Helse (% god/svært god)	84.4*	77.2*	81.6*
Livstilfredshet (% god/svært god)	90.7*	84.6*	85.5*
Opplevelse av sammenheng (gjennomsnitt, std)	69.58* (10.34)	66.07* (10.17)	69.41* (11.8)

Som beskrevet i hoveddelen, er andelen innbyggere som rapporterer god eller svært god helse høy i Malvik. Det er imidlertid en signifikant nedgang fra 2012 til 2014 i rapportert god/svært

god helse i utvalget. Til tross for en økning fra 2014 til 2018 er andelen som rapporterer god/svært god helse fortsatt levere i 2018 enn i 2012.

Livstilfredshet og opplevelsen av sammenheng (OAS) viser samme mønsteret: Fra en veldig høy prosentandel i 2012 vises et dropp i både livstilfredshet og OAS i 2014, mens livstilfredshet viser en liten, og OAS en større økning igjen mellom 2014 og 2018.

5.8 Sammenfatning tendenser 2012- 2018

Basert på bakgrunnsvariablene er utvalgene på de tre innsamlingstidspunktene sammenlignbare, selv om det i 2012 var flere respondenter med lav sosioøkonomisk bakgrunn enn i de senere årene. Til tross for dette synes noen levkårsindikatorer å ha gått noe ned hos utvalget: blant annet er det flere som opplever vansker med løpende utgifter, færre er i lønnet arbeid og færre har et fast ansettelsesforhold. Andelen respondenter som har vært sykemeldt er stabil i perioden 2012-2018.

Selv om andelen som trives i Malvik er høy, har den gått noe ned siden 2012. Rapportert sosial kapital har også gått noe ned mellom 2012 og 2014, men har fra 2014 til 2018 økt noe (ikke-signifikant økning).

Det samme mønsteret vises i forhold til både helse, livstilfredshet og opplevelsen av sammenheng: samtlige avtar signifikant mellom 2012 og 2014, men har siden 2014 gått i positiv retning. Selv om 2012-nivåene ikke er nådd, er forbedringen signifikant for alle tre målene. Dette kan tyde på at noe av nedgangen mellom 2012 og 2014 kan forklares med utgangspunkt i ulikheter i utvalget.

På den andre siden har andelen som er fornøyd med sin mulighet til å påvirke beslutningsprosesser tiltatt jevnt siden 2012. Alt i alt vises en positiv tendens siden 2014 på alle variablene som beskriver opplevelsen av helse og velvære, unntatt trivsel i Malvik.

Tilfredsheten med tilgjengeligheten og kvaliteten av nærmiljøressurser gikk noe ned mellom 2012 og 2014. Tilfredshet med tilgjengelighet har siden vært stabil, mens tilfredsheten med kvaliteten har økt igjen og er på samme nivå i 2018 som i 2012. Bruken av nærmiljøressurser har økt jevnt siden 2012.

Flere driver med fysisk aktivitet regelmessig. Røyking har gått stadig ned siden 2012. Derimot er det flere som snuser i 2018 enn i 2012 og 2014. Hyppig bruk av alkohol har gått ned, samtidig som flere rapporterer å være avholds.

6. Oppsummering

Den tredje innsamlingsrunden (2018) av LEV VEL data gir en ny oversikt over dagens tilstand i Malvik kommune. Til tross for noen endringer i spørreskjemaet for hver ny innsamlingsrunde er funn sammenlignbare på tvers av år, og det er derfor vært mulig å si noe om trender og utvikling i kommunen over tid. Samtidig har 2018 undersøkelsen bidratt til evaluering av konkrete tiltak, slik det har blitt gjort i kapittel 4 (satsingsområdene).

I likhet med tidligere år finner vi også i denne datainnsamlingsrunden at innbyggere i Malvik har gode sosioøkonomiske levekår, trives godt i Malvik og med tilværelsen generelt, og opplever gode sosiale relasjoner i sine nærmiljø og nabolag. Beliggenhet, godt sosialt miljø og trygge oppvekstsvilkår trekkes frem som styrker i kommunen. Samtidig synes mange å følge Folkehelseinstituttets anbefalinger om fysisk aktivitet. Andelen som sykemelder seg synes å være stabil. Dette samsvarer med den høye prosentandelen i utvalget som rapporterer god helse, livskvalitet og opplevelse av sammenheng. Likevel kan man se tendens til at levekårene har blitt noe mer utrygge: det er flere i 2018 som opplever vansker med løpende utgifter, færre har faste ansettelser og færre er i jobb enn i de forgående årene. Det er vanskelig å avgjøre om dette skyldes reelle endringer i arbeidslivet eller at utvalget er noe eldre i 2018 enn i de to forrige undersøkelsene. I 2018 finner vi også kjønnsforskjeller i helse, hvor kvinner rapporterer dårligere helse enn menn, i motsetning til tidligere år hvor det ikke har vært noen forskjeller mellom kjønnene

2018 utvalget uttrykker stor tilfredshet med både tilgjengelighet og kvalitet av nærmiljøressurser og uteområder, og bruken av disse synes å ha økt siden 2012 og 2014. I tillegg synes folk å være engasjerte i sitt nærmiljø på ulike måter, i både organiserte og uorganiserte former. På den andre siden er det få som tar på seg forpliktende roller ift. frivilligheten, slik som å sitte i styret til velforeninger eller andre lokale organisasjoner. Hvis det er få som engasjerer seg for å opprettholde det frivillige tilbudet i kommunen, vil dette på sikt kunne gi noen utfordringer.

Til tross for gjennomgående høy tilfredshet påpekes det behov for forbedring av kulturtilbudet og kollektivtrafikken. Ellers synes innbyggere å ønske en utvikling av «sentrum» både ift til tilbud og estetikk, samtidig som mange ønsker at en del servicefunksjoner, slik som barnehage og legekantor, også skal finnes utenfor Hommelvik og nærmere de ulike boområdene. Skolemiljø trekkes også frem som et område hvor det ønskes forbedringstiltak.

Ser man spesielt på oppfatninger og bruk av de fire satsingsområdene, synes kommunen å ha lyktes med å skape lavterskeltilbud som treffer alle målgruppene: Områdene tas i bruk av et vidt spekter folk, og hvordan områdene vurderes synes å være mer utslagsgivende for bruk enn personlige bakgrunnsvariabler, men man ser at f.eks. lavtlønnede og mennesker med funksjonshemninger er overrepresentert som brukere av Malvikstien. Siden hyppige brukere av stien samtidig beskriver bedre trivsel og livskvalitet enn resten av utvalget, kan det tolkes slik at områdene bidrar til å utjevne sosiale helseforskjeller ved å tilby en attraktiv arena, og bidra til å fremme god helse hos utsatte grupper.

Trender og tendenser viser, som beskrevet ovenfor, mindre trygge levekår i 2018 sammenliknet med 2012, selv om det i utgangspunktet var flere med lav sosioøkonomisk bakgrunn som deltok i 2012 undersøkelsen. Dette har nok sammenheng med globale og nasjonale faktorer, slik som et mindre regulert arbeidsliv og høyere utgiftsnivå. Det er færre som røyker, men flere som snuser. Samtidig har andelen som har et svært høyt alkoholforbruk gått ned. Bruk av nærmiljøressurser synes å ha tiltatt jevnt siden 2012. Det samme har andelen av folk som sier seg fornøyd med sine muligheter til å påvirke beslutninger i kommunen. Helse, livskvalitet og sosial kapital er omtrent på høyde med nivået i 2012, selv om utvalget i 2014 skåret lavere på alle disse områdene. På den andre siden har andelen som trives godt eller svært godt i Malvik gått ned siden 2012, noe som er vanskelig å forklare ut fra andre funn i denne undersøkelsen. Selv om det fortsatt er over 90% av de spurte som sier at de trives i Malvik, er endringen noe kommunen bør følge nøye med på.

7. Referanser

Antonovsky, 1987. Unravelling the mysteries of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass.

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21-37.

Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, 14(1), 103-114.

Brown, S. C., & Lombard, J. (2014). Neighborhoods and social interaction. *Wellbeing: A Complete Reference Guide*, 1-28.

Cockerham, W. C., Hattori, H., & Yamori, Y. (2000). The social gradient in life expectancy: the contrary case of Okinawa in Japan. *Social science & medicine*, 51(1), 115-122.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376-381.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944.

FHI, 2018. Røyking og snusbruk i Norge. Oslo. Hente 14.07 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/>

FHI. (2018). Folkehelse rapporten. Helsetilstanden i Norges befolkning. Oslo.

FHI, 2015. Fakta om sosial støtte og ensomhet. Oslo, Folkehelseinstitutt. Lastet ned 14.07 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

FHI, 2014. Folkehelse rapporten. Oslo, Norge

FHI. (2018). Røyking og snusbruk i Noreg. Lastet ned 14/06/2019 fra <https://fhi.no/nettpub/hin/levevaner/royking-og-snusbruk-i-noreg/>

Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., ... & Abu-Raddad, L. J. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1345-1422

Guthold, R., Stevens, G.A., Riley, L.M. & Bull, F.C. 2018. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1,9 million participants. *The Lancet- global health*, 6 (10):1077-1086

Helsedirektoratet, 2014. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Rapport IS-2170.

Kickbusch, I., & Gleicher, D. E. (2012). Governance for health in the 21st century (No. BOOK). WHO Regional Office for Europe.

Kickbusch I, Buckett K, editors. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010

- Kinge, J.M., Modalsli, J.H., Øverland, S., Gjessing, H.K., Tollånes, M.C., Knudsen A.K., Skirbekk V., Strand, B.H., Håberg, S.E., & Vollset, S.E. (2019) Association of Household Income with Life Expectancy and Cause Specific Mortality in Norway, 2005-2015. *JAMA*, 32(19), 1-10
- Kruize, H., Droomers, M., van Kamp, I., & Ruijsbroek, A. (2014). What causes environmental inequalities and related health effects? An analysis of evolving concepts. *International journal of environmental research and public health*, 11(6), 5807-5827.
- Lid, I. M., & Solvang, P. K. (2016). (Dis) ability and the experience of accessibility in the urban environment. *Alter*, 10(2), 181-194.
- Lillefjell, Monica; Magnus, Eva; Knudtsen, Margunn Skej; Wist, Guri; Høghagen, Sissel; Espnes, Geir Arild; Maass, Ruca Elisa Katrin; Anthun, Kirsti Sarheim. (2018) [Governance for public health and health equity: The Trøndelag model for public health work. *Scandinavian Journal of Public Health*. vol. 46 \(22\).](#)
- Lindstrøm, B. & Eriksson, M. 2010. The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis: Salutogenic Pathways to Health Promotion. Folkhälsan Research Center, Health Promotion Research. Research report.
- Maass, R., Lillefjell, M., & Espnes, G. A. (2017). The application of Salutogenesis in cities and towns. In *The handbook of Salutogenesis* (pp. 171-179). Springer, Cham
- Maass, R., Lindstrøm, B., & Lillefjell, M. (2014). Exploring the Relationship Between Perceptions of Neighbourhoodresources, Sense of Coherence and Health for Different Groups in a Norwegian Neighbourhood. *Journal of Public Health Research*, 3(1).
- Maass, R., Kloeckner, C. A., Lindstrøm, B., & Lillefjell, M. (2016). The impact of neighborhood social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion?. *Health & place*, 42, 120-128.
- Maass, R., Lindström, B., & Lillefjell, M. (2017). Neighborhood-resources for the development of a strong SOC and the importance of understanding why and how resources work: a grounded theory approach. *BMC public health*, 17(1), 704.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European journal of epidemiology*, 32(7), 537-546.
- Maton, K. I. (2005). The social transformation of environments and the promotion of resilience in children. In *Resilience in children, families, and communities* (pp. 119-135). Springer, Boston, MA.
- Mittelmark, M. B. (2014). Unintended effects in settings-based health promotion. *Scandinavian journal of public health*, 42(15_suppl), 17-24.
- Mistry, K. B., Minkovitz, C. S., Riley, A. W., Johnson, S. B., Grason, H. A., Dubay, L. C., & Guyer, B. (2012). A new framework for childhood health promotion: the role of policies and programs in building capacity and foundations of early childhood health. *American journal of public health*, 102(9), 1688-1696.

Roach, M. J., & O'brien, D. J. (1982). The impact of different kinds of neighborhood involvement on residents' overall evaluations of their neighborhoods. *Sociological focus*, 15(4), 379-391.

Sagy, S., & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 155-166.

Super, S., Wagemakers, M.A.E., Picavet, H.S.J., Verkoojen, K.T. & Koelen, M. 2015. Strengthening Sense of coherence: opportunities for theorz building in health promotion. *Health Promotion International*, 21 (3): 238-244

Ssb, 2018a. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/statistikker/ifhus>. Lastet ned 19/08/2019

Ssb, 2018b. <https://www.ssb.no/utniv/>. Lastet ned 19/08/2019

Ssb, 2018c. <https://www.ssb.no/kommunefakta/malvik>. Lastet ned 21/08/2019

Ssb, 2018d. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/faerre-royker-flere-unge-kvinner-snuser>. Lastet ned 19/08/2019

Ssb, 2018e. <https://www.ssb.no/statbank/list/aku>. Lastet ned 21/08/2019

WHO, 2011. Fact file on health inequities. World Conference on the Social determinants of health. Rio de Janeiro, Brazil

Folkehelseoven, 2011. Lov om folkehelse, hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> 13.07.2019.

WHO, 1986. The Ottawa charter for Health Promotion, Ottawa, Canada.

Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective off Health*. Slack Incorporated

APPENDIX 1

Utdrag av publikasjoner som inkluderer data fra LEV VEL undersøkelsen og data knyttet til folkehelsesatsingen i Malvik kommune

Forskningsartikler

Lillefjell, Monica; Magnus, Eva; Knudtsen, Margunn Skej; Wist, Guri; Horghagen, Sissel; Espnes, Geir Arild; Maass, Ruca Elisa Katrin; Anthun, Kirsti Sarheim. (2018) Governance for public health and health equity: The Trøndelag model for public health work. *Scandinavian Journal of Public Health*. vol. 46 (22).

Maass, Ruca Elisa Katrin; Kløckner, Christian; Lindstrøm, Bengt; Lillefjell, Monica. (2016) The impact of neighborhood social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion? *Health and Place*, 42. s. 120-128

Maass, Ruca Elisa Katrin; Lindstrøm, Bengt; Lillefjell, Monica. 2014, Exploring the relationship between perceptions of neighbourhood-resources, sense of coherence and health for different groups in a Norwegian neighbourhood. *Journal of Public Health Research*, 3(1) s. 11-21

6 vitenskapelige artikler er under arbeid.

Rapporter mm

Anthun K.S., Lillefjell M., Espnes, G.A., et al., (2019) *INHERIT: Implementing triple-win case studies for living, moving and consuming that encourage behavioural change, protect the environment, and promote health and health equity*. EuroHealthNet, Brussels

Lillefjell, Monica et al. (2019): Malvik Path, i *Quantitative and Qualitative Evaluations of Impacts and Benefits of Nine INHERIT Case Studies*. I Bell, Ruth et al. (2019): *Quantitative and Qualitative Evaluations of Impacts and Benefits of Nine INHERIT Case Studies*. UNDER ARBEID

Lillefjell, Monica; Maass, Ruca Elisa Katrin; Espnes, Geir Arild. 2013. Helse og livskvalitet i Malvik kommune 2012 - LEV VEL. NTNU: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU 2013 (ISBN 978-82-93158-15-8) ;Volum 3.45 s. Rapportserie fra senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU(1)

Silvestre García de Jalón, Aline Chiabai, Tim Taylor, Sonia Quiroga, Cristina Suarez, Naiara Artaza, Tamara Blas, Amaya de Ayala, Pablo Martínez, Cecilia Latorre, Monica Lillefjell, Kirsti Sarheim Anthun. EuroHealthNet, Brussels. *Cost-benefit analysis of four INHERIT case studies (2019)*. UNDER ARBEID

Konferanser og seminarbidrag

Maass, Ruca Elisa Katrin; Lillefjell, Monica. 2014. Health-promotion in the neighborhood throughout the life-course. Focus on the elderly. Housing for elderly; 2014-09-01

Maass, Ruca Elisa Katrin; Lillefjell, Monica. 2014. Health-promotion in the neighborhood throughout the life-course. Next health; 2014-08-25 - 2014-08-27

Maass, Ruca Elisa Katrin. 2014. Hvordan forske på helsefremmende nærmiljø?. Samfunnsvitenskapelige dager; 2014-03-12

Maass, Ruca Elisa Katrin. 2019. How can we strengthen SOC through promoting coherent experiences in every-day life? Implementing Health Promotion in the Life Course- User Involvement in Practice and Research. 10th European IUHPE European Conference and International Forum for health Promotion Research,; 2018-09-24 - 2018-09-26

Rapportserie NTNU Senter for helsefremmende forskning
© Maass R, Anthun K.S., Hope S., Lillefjell M.
ISBN 978-82-93158-46-2
ISSN 1892-6207
Rapport 2019/02