

Kristine Røflo Vaadal

## «Å hjelpe folk å ta tak i det de sjøl kan ta tak i»

En kvalitativ studie om folkehelsekoordinatorers arbeid med livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne

Masteroppgave i Rådgivningsvitenskap

Veileder: Kristian Firing

Juni 2022



Kristine Røflo Vaadal

## **«Å hjelpe folk å ta tak i det de sjøl kan ta tak i»**

En kvalitativ studie om folkehelsekoordinatorers arbeid med livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne

Masteroppgave i Rådgivningsvitenskap  
Veileder: Kristian Firing  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for pedagogikk og livslang læring



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Denne masteroppgaven har som mål å betrakte hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider for å fremme livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne. Folkehelsekoordinatorer er ansatte i kommune eller fylkeskommune og har som ansvarsområde å ta hånd om folkehelsen innad i kommune eller fylket. Folkehelse er nært tilknyttet til livskvalitet og det å mestre livet. Konsekvensene av en lav livskvalitet hos individet er av betydning for den samlede folkehelsen. Det viser seg at dårlig livskvalitet er knyttet til utenforskap, ensomhet, psykiske lidelser og kriminalitet. Å sette livskvalitet på agendaen blir derfor helt avgjørende for enkeltindividet og samfunnet som sådan.

Målet med studien er å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider med livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne, da unge voksne er aldersgruppen med lavest livskvalitet. Problemstillingen for oppgaven er derfor: «Hvordan arbeider folkehelsekoordinatorer med livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne?». For å undersøke hvordan samfunnet, med folkehelsekoordinatorer i spissen, håndterer slik tematikk har det blitt gjort en kvalitativ undersøkelse med intervju av fem folkehelsekoordinatorer.

I intervjuene blir det avdekket at ulike tilnærminger kan benyttes for å fremme livskvaliteten hos målgruppen. Etter intervju og tematisk analyse av datamaterialet viser det seg at folkehelsekoordinatorer generelt benytter universelle tiltak for å nå ut til befolkningen. Studien fant at folkehelsekoordinatorene arbeider med tilhørighet, empowerment, inkluderende lokalsamfunn og salutogenese for å fremme livskvaliteten hos unge voksne. I diskusjonen drøftes det hvilken effekt tiltakene har og hvorvidt tiltakene fremmer livskvaliteten hos målgruppen. Det viser seg at folkehelsekoordinatorene gjør mange helsefremmende og effektive tiltak for at livskvaliteten hos de unge voksne skal bedres.

## **Abstract**

This master's thesis examines how public health coordinators help young individuals improve their quality of life. Public health coordinators are employees of the municipality or county municipality who are responsible for public health in their jurisdiction/locality. Life quality and public health are inextricably intertwined. Individual effects of a lower life quality are significant for total public health. Exclusion, loneliness, mental illness and crime have all been related to a poor life quality. Putting life quality for young adults on the agenda is therefore absolutely crucial for the individual and society.

The aim of this study is to investigate how public health coordinators work to improve young adults' life quality and sense of belonging, as this is the age group with the lowest lifequality. The problem for the thesis is therefore "How do public health coordinators work with the quality of life and belonging of young adults?". To answer to this question, a qualitative study comprising interviews with five public health coordinators was conducted, to assess how society, with public health coordinators at the forefront, tackles such concerns.

Various ways can be employed to improve the target group's quality of life, according to the interviewees. Following interviews and thematic analysis of the data, it was discovered that public health coordinators typically employ universal measures to reach out to the broader public with measures that can improve lifequality. According to the findings, public health coordinators seek to improve the quality of life of young adults by promoting belonging, empowerment, common communities, and salutogenesis. The impact of the measures is discussed, as well as whether they improve the lifequality of young adults. The public health coordinators, it turns out, use a variety of health-promoting and successful steps to improve the young adults' life quality.

## **Forord**

Denne masteroppgaven ble til gjennom eget interessefelt for livskvalitet hos unge voksne. I kjølvannet av koronapandemi og økt forventningspress på alle områder i livet snakkes det mye om psykisk helse og livskvalitet hos befolkningen. Egne observasjoner fra privatliv og yrkesliv tilsier at flere sliter med psykisk helse og føler på ensomhet i hverdagen. Med dette som bagrunn ønsket jeg undersøke hva som blir gjort for å fremme livskvaliteten og hvordan tematikken blir arbeidet med ute i kommunene.

Arbeidet med masteroppgaven har vært interessant og skapt økt nysgjerrighet i kunnskapsfeltet for egen del. Å utforske fagfeltet har gitt meg en forsterket tro på at samfunnet utvikler seg i positiv retning.

Jeg ønsker å takke de fem folkehelsedeltakerne som deltok i studien for å ha delt sine verdifulle erfaringer og drøftinger rundt problemstillingen. Deres erfaringer har bidratt til å berike oppgaven og sette sitt preg på studien. Samtidig vil jeg takke veilederen min, Kristian, for gode tilbakemeldinger underveis.

Jeg håper denne studien kan benyttes til videre refleksjon og motivasjon for folkehelsekoordinatorer, ansatte innenfor helse og oppvekst og politikere for å fortsette det viktige arbeidet med å styrke livskvalitet for kommunens befolkning. Unge voksne er fremtiden, de må vi ta vare på og vise omtanke for.

Kristine Røflo Vaadal

Trondheim, mai 2022

## **Innholdsfortegnelse**

<i>Sammendrag</i> .....	<i>V</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>VI</i>
<i>Liste over tabeller og figurer</i> .....	<i>IX</i>
Kapittel 1: Innledning .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave.....	1
1.2 Begrepsavklaring .....	2
1.3 Hensikt og problemstilling .....	4
1.4 Oppgavens struktur .....	4
Kapittel 2: Teori .....	6
2.1 Livskvalitet.....	6
2.2 Tilhørighet.....	8
2.3 Relasjonell velferd .....	9
2.4 Salutogenese .....	9
2.5 Mattering .....	10
2.6 Self – efficacy .....	11
2.7 Universelle tiltak .....	11
2.8 Lokalsamfunnet .....	12
Kapittel 3: Metode .....	13
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming .....	13
3.2 Kvalitativ forskningsmetode.....	13
3.3 Populasjon og utvalg .....	14
3.4 Datainnsamling .....	15
3.5 Gjennomføring av intervju .....	15
3.6 Transkripsjon.....	16
3.7 Analyse og tolkning .....	17
3.8 Kvalitet i forskningen .....	18
3.9 Forskerrollen og min forforståelse.....	19
3.10 Etikk.....	20
Kapittel 4: Presentasjon av funn og analyse .....	21
4.1 Tilhørighet.....	21
4.2 Empowerment .....	23
4.3 Lokalsamfunnet .....	25
4.4 Universelle tiltak .....	27
4.5 Salutogenese .....	29
Kapittel 5: Diskusjon .....	31
5.1 Hvordan forstås tilhørighet og dens betydning for livskvalitet?.....	31
5.2 Hvordan kan empowerment være et ledd i å fremme livskvalitet? .....	33
5.3 Det inkluderende lokalsamfunnet – hva og hvordan?.....	35
5.4 Tiltakenes dualisme – hvilken effekt har universelle og selektive tiltak? .....	37
5.5 Hvordan kan helsefremmende arbeid transformeres fra patogenese til salutogenese? .....	39



Kapittel 6: Avslutning .....	41
6.1 Implikasjoner og veien videre .....	42
Kapittel 7: Litteraturliste .....	44
Kapittel 8: Vedlegg .....	47
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	47
Vedlegg 2: Samtykkeskjema .....	48
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD .....	51

### **Liste over tabeller og figurer**

Figur 1 Folkehelsekoordinatorens mange samarbeidspartnere .....	s. 3
Figur 2: Fornøydhet med livet .....	s. 7
Tabell 1: Studiens funn .....	s. 18

## Kapittel 1: Innledning

I dette første delkapittelet vil jeg presentere studien i sin helhet. For å gi studien en innramming vil jeg presentere bakgrunnen for valg av tema og oppgavens vinkling. Videre vil jeg gi en kort begrepsavklaring som jeg anser nødvendig for leseren å lese for å forstå begrep som blir benyttet videre i oppgaven. Disse begrepene er henholdsvis *kommunalt folkehelsearbeid*, *folkehelsekoordinator* og *unge voksne*. Deretter presenterer jeg hensikten og problemstillingen for studien. Til sist vil jeg gi en oversikt over studiens struktur fra start til slutt.

### 1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Både fra et nasjonalt og globalt perspektiv, har vi de senere årene observert et økt fokus på befolkningens helsetilstand, både fysisk og psykisk. Vi observerer et skifte fra det tidligere målet om å arbeide mot økt levealder, til å nå fokusere på kvalitet i levetiden (Næss, 2011, s. 17). I FNs tredje bærekraftsmål «god helse og livskvalitet» kan vi lese at målet er å «sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder» (Forente nasjoner, 2022). Med et slikt bærekraftsmål styrkes arbeidet med livskvalitet på et internasjonalt plan. Nasjonalt kan vi gjennom Helse- og omsorgsdepartementet (2021) se utviklingen av en nasjonal livskvalitetsstrategi. Denne strategien har som mål å kartlegge det gode liv i Norge og skal være en faktor for å forstå samfunnsutvikling og levekår i landet.

De årlige folkehelseprofilene blir publisert for å kartlegge helsetilstanden i fylkene og kommunene i landet. Folkehelseprofilen for 2022 viser at det er de unge som er befolkningsgruppen med lavest livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2022). I 2021 gjennomførte Statistisk sentralbyrå en livskvalitetsundersøkelse med mål om å undersøke livskvaliteten blant den norske befolkningen og kartlegge forskjeller blant ulike grupper. I undersøkelsen oppga 28 % at de opplever lav tilfredshet med livet. Yngre oppga generelt lavere tilfredshet enn eldre (Statistisk sentralbyrå, 2021). I rapporten «Psykt ensom» fra Røde Kors (2021) kan en lese at sju av ti unge mellom 16-19 år oppgir at de føler seg ensomme, mens en av fire føler seg ensom ofte. Samtidig melder SHoT undersøkelsen som kartlegger studenters helse og trivsel at 44 % savner noen å være med og 37 % opplever seg ofte isolert (Røde Kors, 2021, s. 7). Med så høye tall er det ingen tvil om at livskvalitet og trivsel må på agendaen. En kan spørre hvorfor det ikke er mere fokus på forebygging og veiledning til denne aldersgruppen? Hvor er samfunnet for dem som trenger det mest? Hvordan kan kommunene tilrettelegge for god helse og livskvalitet for å forebygge slike konsekvenser og forhindre utenforskap og ensomhet?

Når nyere forskning indikerer et behov for målrettet arbeid med livskvalitet generelt, med fokus på yngre spesielt, vil det være interessant å se hvordan det arbeides på kommunalt nivå med livskvalitet. Med dette som utgangspunkt vil denne studien ta for seg hva som blir gjort i kommunene for å ta vare på unge voksnes livskvalitet. I kommunen er det folkehelsekoordinatoren som har ansvaret for å følge opp det kommunale folkehelsearbeidet. Gjennom intervju av fem folkehelsekoordinatorer vil studien undersøke hvordan disse arbeider for å bedre livskvaliteten hos unge voksne ute i de representative kommunene.

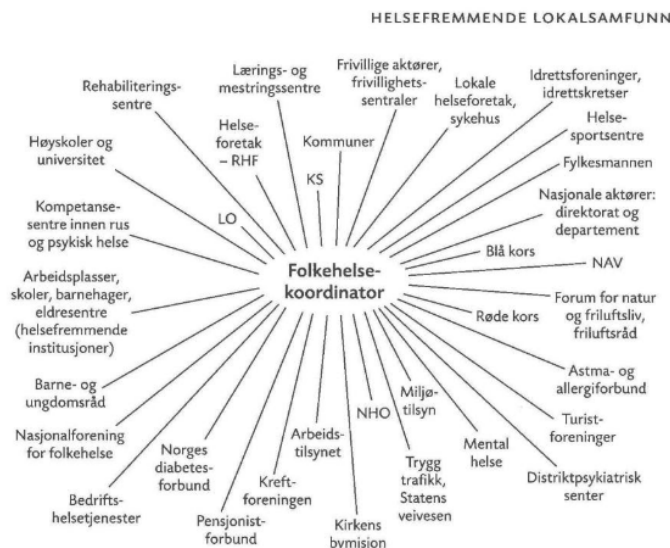
## **1.2 Begrepsavklaring**

### *1.2.1 Kommunalt folkehelsearbeid*

Folkehelse handler om den generelle helsen i en befolkning. Folkehelse er et mål på hvordan det står til med befolkningen innenfor et gitt område. Folkehelsearbeidet skal fremme gode oppvekstvilkår og livsbetingelser, redusere sykdom og fasilitere for samfunn med verdier som fellesskap, trygghet og tilhørighet (Sletteland & Donovan, 2012, s. 78). I 2012 tredde det i kraft en egen folkehelselov. Loven fastsetter at det skal arbeides med folkehelse i alle sektorer og på alle nivå i kommune og fylkeskommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Arbeidet med folkehelsen skal «fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse» (Folkehelseloven, 2011, §1).

### *1.2.2 Folkehelsekoordinator*

Det er flere måter å organisere det kommunale folkehelsearbeidet. Flere kommuner har engasjert egne folkehelsekoordinatorer (Naidoo & Wills, 2005, s. 30). En folkehelsekoordinator er ansatt i kommune eller fylke for å koordinere og legge til rette for at folkehelse, herunder folkehelseloven, blir opprettholdt etter gjeldende lovverk. En folkehelsekoordinator arbeider blant annet med nettverksbygging, tverrsektorielt arbeid, helseoversikt innad i kommunen og tilrettelegging for kommunens befolkning (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 42-43). Yrkestittelen er bred og uten særegent formelt krav til kompetanse. Ulike folkehelsekoordinatorer har derfor ulike kompetanser og profesjonaliteter. Felles for folkehelsekoordinatorene i fylkene er å bidra til fylkeskommunalt folkehelsearbeid, kompetanseoverføring og støtte til kommunene, nettverksarbeid, forvaltning av statlige tilskudd, regionalt utviklings- og planarbeid og drive kontinuerlig oversiktsarbeid over helsetilstanden i fylket. Folkehelsearbeidet er et tverrsektorielt arbeid innenfor hele fylket og kommunene. Folkehelsekoordinatoren blir derfor et viktig bindeledd for samhandling mellom ulike sektorer og aktører. På fylkesnivå viser det seg at sektorer innenfor tannhelse, friluftsliv, videregående opplæring, samferdsel, regional utvikling og fylkesrådmannens stab er inkludert i folkehelsearbeidet (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 44). Med bakgrunn i dette har folkehelsekoordinatoren en interessant oversikt og kontroll på hvordan det kommunale folkehelsearbeidet blir vektlagt. Gjennom lokalt folkehelsearbeid har folkehelsekoordinatoren mulighet til å selv være ute i feltet, skaffe seg oversikt og samarbeide med målgruppen for å bedre livskvaliteten. Hvordan denne unike muligheten blir benyttet og tatt hånd om er grunnlaget for den videre studien.



Figur 13.1 Folkehelsekoordinatorens mange samarbeidspartnere

Figur 1: «Folkehelsekoordinatorens mange samarbeidspartnere». Hentet fra Sletteland & Donovan, 2012, s. 181.

### 1.2.3 Unge voksne

I denne sammenheng blir unge voksne ansett som aldersgruppen fra 18 til 30 år. Det er interessant å utforske livskvalitet blant unge voksne av flere årsaker. Mange unge voksne opplever uforutsigbarhet, endringer i livet og sårbarhet. Ungdomsårene er en tid forbundet med mange utfordringer og påvirkninger utenfra. Ungdommer gjennomgår en stor utvikling fra å være barn til å bli unge, voksne mennesker. Hva som definerer unge vil være kontekstavhengig (Olsen & Tågtstrøm, 2013, s. 24). Det viser seg at psykiske lidelser ofte utvikles i ungdomsårene, men blir ikke oppdaget før senere i livet. Dårlig psykisk helse blir knyttet til andre utfordringer i ungdommers liv. Her har det blitt funnet sammenhenger med «skoleprestasjoner, rusmisbruk og misbruk, vold, reproduktiv og seksuell helse» (egen oversettelse, Patel et al., 2007, s. 1302).

Patel et al. (2007) oppdaget et manglende tjenestetilbud for ungdom med dårlig helse. Dette funnet gjaldt både for utviklings- og industriland. Det manglende tjenestetilbudet spriker i takt med et økende behov for psykisk helsetilbud (Patel et al., 2007, s. 1302). En levekårsundersøkelse viser at psykiske lidelser blant kvinner i alderen 16-24 år har økt med 11 prosent mellom 1998-2012 (Barstad, 2014, s. 287). Samtidig viser en internasjonal forskning på ungdoms psykiske helse at en av fire ungdommer står i risiko for å utvikle en psykisk lidelse i løpet av et år. På bakgrunn av dette foreslås et mer målrettet arbeid knyttet til ungdom som erkjenner risikofaktorer og lidelser som mulige konsekvenser og løsninger (Patel et al., 2007, s. 1303). Når forskning viser at unge voksne er i en sårbar posisjon og i risiko for å utvikle psykiske lidelser, må samfunnet ta dette på alvor. Å se på hvordan livskvaliteten kan fremmes vil være et steg i riktig retning for å bedre livsvilkårene for denne gruppen.

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Valg av tema stammer fra eget interessefelt innenfor folkehelse og livskvalitet. Dette er to dagsaktuelle områder i samfunnet. Folkehelsen stilles under et kontinuerlig press fra områder som omhandler psykisk helse, fysisk helse, kriminalitet, pandemi og andre aktualiteter. Hvordan vi har det og føler oss alene og sammen med andre, har betydning for hvordan vi lever livet. Livskvalitet handler om hvor tilfreds vi er med livet og omgivelsene i rundt oss. Et aspekt med livskvaliteten er vårt sosiale fellesskap og støtte fra andre. Det er i omgang med andre at vi føler oss verdsatt, anerkjent og sett (Barstad, 2014). Konsekvensene av lav livskvalitet og utenforskap er mange og vil bli presentert videre i oppgaven.

Hensikten med studien er å undersøke hvordan det arbeides på kommunalt nivå med livskvalitet hos unge voksne. Målet er å undersøke nærmere hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider for å fremme livskvalitet og tilhørighet hos målgruppen og forstå hvordan deres arbeid kan bidra positivt for de unge voksne. Gjennom å undersøke tematikken kan det bringe nytt lys over det kommunale folkehelsearbeidet og bidra til videre utvikling av det viktige arbeidet som gjøres i kommunene.

Problemstillingen for oppgaven er:

«Hvordan arbeider folkehelsekoordinatorer med livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne?».

Med denne problemstillingen kan det kartlegges hva som blir gjort konkret for å fremme livskvaliteten og tilhørigheten hos unge voksne. For å utforske problemstillingen har jeg rettet fokus mot folkehelsekoordinatorer. Da det ofte er folkehelsekoordinatorene som har det overordnede ansvaret for folkehelsen innad i kommunen er det særs relevant å se på hvilke tiltak og arbeidsmetoder de besitter og benytter. For å forbedre livskvaliteten til innbyggerne kan en arbeide på både makro- og mikronivå. Besvarelsen videre vil ta for seg arbeidet på mikronivået (Barstad, 2014). Med andre ord vil studien undersøke hvordan det arbeides på lokalt nivå for å fremme livskvaliteten og tilhørigheten hos unge voksne med folkehelsekoordinatorer som informanter og representanter.

### **1.4 Oppgavens struktur**

I kapittel 2 vil teorien bli presentert i en egen teoridel. For å besvare problemstillingen vil jeg benytte teori knyttet til livskvalitet, tilhørighet, relasjonell velferd, mattering, salutogenese og self- efficacy. For å forstå innholdet i livskvalitet blir det gjort rede for to tilnærminger; subjekt og objektiv livskvalitet. Dette er to ulike forståelser som kan prege arbeidet med å fremme livskvalitet. Tilhørighet er et vidt begrep som rommer sosialt fellesskap, støtte og anerkjennelse. Under tilhørighet kommer også styrker ved god tilhørighet og konsekvenser ved lav tilhørighet. Med relasjonell velferd dukker begrepet empowerment opp som på norsk oversettes til myndiggjøring. Empowerment handler om hvordan mennesket settes i stand til å ta kontroll over eget liv. Salutogenese er utviklet av Antonovsky (1996) og handler om hva som bringer helse og hvordan mennesket kan oppleve sammenheng i tilværelsen. Til sist vil det bli presentert teori knyttet til lokalsamfunn og universelle tiltak. Samlet vil dette gi et teoretisk rammeverk for å forstå hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider.

Den metodologiske tilnærmingen blir presentert i kapittel 3. For å besvare problemstillingen har jeg benyttet kvalitativ metode for å undersøke hvordan

folkehelsekoordinatorene arbeider med livskvalitet hos unge voksne. Metodedelen vil bestå av en gjennomgang av teori knyttet til kvalitativ metode og intervju, tematisk analyse og etiske betraktninger. I kapittel 4 vil jeg presentere analysen og de aktuelle funnene. Her vil det komme konkrete sitater hentet fra intervjuene gjort av de fem folkehelsekoordinatorene som har deltatt i studien. I kapittel 5 blir funnene drøftet og tolket. Kapitlet vil bære preg av drøfting av funn sammenkoblet med teori. Avslutningsvis vil styrker og svakheter i studien presenteres. I kapittel 6 blir studien avrundet med en oppsummering og konklusjon. Her vil jeg også peke på veien videre. Hvordan studien kan brukes til videre forskning og hvordan fagfeltet kan arbeide videre for å fremme livskvalitet hos unge voksne blir løftet frem.

## Kapittel 2: Teori

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for studiens teoretiske rammer. Denne teorien vil senere bli løftet frem og diskutert i takt med studiens funn. Kapitlet starter med en redegjørelse for begrepet livskvalitet. Da det er unge voksnes livskvalitet som er tematikken for studien, anser jeg det viktig å gi en utfyllende redegjørelse av begrepet. Videre vil teori knyttet til tilhørighet, relasjonell velferd og matting bli løftet frem. Deretter kommer en kort redegjørelse av begrepene salutogenese, self-efficacy, lokalsamfunn og universelle tiltak.

### 2.1 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet ble introdusert på 1960-tallet. Den gang ble det brukt som et objektive mål på hvordan mennesket hadde det. Sammen med konkrete og objektive mål som brutto nasjonalprodukt, livslengde, utdanningsnivå og tilgang på helsetjenester ble livskvaliteten forstått (Barstad, 2014, s. 66-68). Forståelsen av hvor tilfreds mennesket er med livet har siden den gang endret seg. Det er ikke lenger nok å isolere objektive målestandarder. De subjektive opplevelsene har fått en økt betydning for hvordan mennesket har det. Subjektive faktorer inkluderer positiv og negativ affekt, samt tilfredshet. Ulike forståelser, tilnærminger og definisjoner av begrepet har vokst frem. Enkelte definerer og begrenser livskvalitet til å omhandle enten levekår, materielle goder og økonomi, sosiologi eller fysisk og psykisk helse (Næss, 2011, s. 16-18). Antallet definisjoner viser hvor sammensatt og kompleks ulike forståelser kan være. I det følgende vil jeg gjøre rede for noen av definisjonene.

Forståelsen av begrepet livskvalitet blir av Barstad (2014) delt inn i to kategorier; hedonisk og eudaimonisk livskvalitet. Hedonisk livskvalitet handler om hvor godt mennesket har det, hvor tilfreds det er, med en overveiende vekt på positive følelser. Det hedoniske perspektivet har en subjektiv tilnærming til livskvalitet, hvor individets tilfredshet i livet er av betydning. Et individs livskvalitet handler om «kvaliteten på de indre opplevelsene, om i hvilken grad en person tenker og føler positivt om sitt liv» (Barstad, 2014, s. 15). Den andre tilnærmingen, eudaimonisk, ser på hvor godt et menneske fungerer og realiserer seg selv og sitt potensial. I det eudaimoniske perspektivet blir livskvalitet forstått og rettet mot hvordan mennesket deltar, utvikler og realiserer sitt eget potensial. Positive følelser blir i denne tilnærmingen sett på som følelser som fører til engasjement, helhet og ytterligere mening. For å oppnå eudaimoni må mennesket inngå i aktiviteter som ikke bare gir umiddelbare positive følelser, men følelser av mening og mestring over tid (Barstad, 2014, s. 66-71).

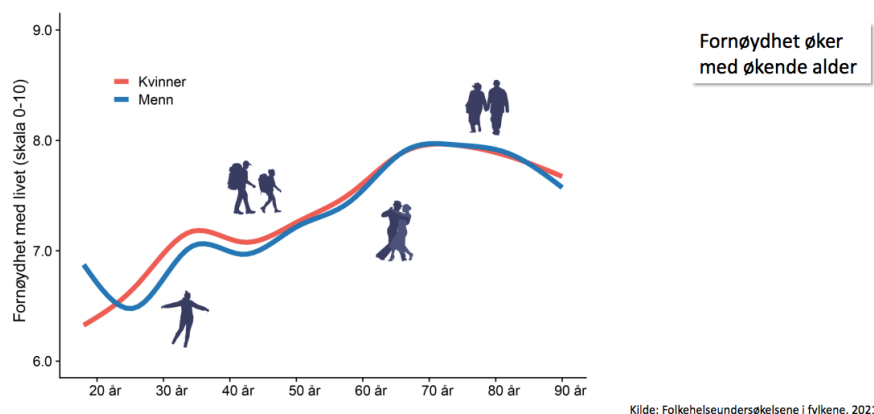
Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer helse som "individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHO, 1998, s. 11). Næss (2011) definerer livskvalitet hvor «en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative» (Næss, 2011, s. 18). I en slik definisjon blir personens egen opplevelse av velvære og tilfredshet vektlagt. Med kognitive opplevelser viser Næss (2011) til de vurderinger og tanker vi gjør om livet, mens affektive opplevelser handler om følelsesmessige omstendigheter som glede, engasjement og kjærlighet (Næss, 2011, s. 21).

Et individs livskvalitet kan vurderes på både mikro- og makronivå. Ved å se på makrobetingelsene for livskvalitet blir levekår innad i lokalsamfunn og nasjoner studert. Faktorer som økonomi, sosial kapital, velferdsstat, styresett og frihet er nasjonale indikatorer på hvorvidt befolkningen som enhet har en god eller dårlig livskvalitet. Individets livskvalitet på mikronivå er dermed avhengig av hvilke levekår individet lever under. Levekår knyttet til fattigdom, dårlig helse og arbeidsledighet øker risikoen for en dårlig livskvalitet på mikronivå. Selv om levekårene skulle tilsi en lav livskvalitet har individet mulighet til å selv gjøre endringer i egen situasjon. Individuelle faktorer som kan endre livskvaliteten er; sosiale sammenligninger, tilvenning, avtakende grensenytte og personlighetstrekk (Barstad, 2014, s. 184-190).

Psykisk helse og livskvalitet henger tett sammen. Et menneskets livskvalitet kan gjenspeile hvilken psykisk helse mennesket har. En god livskvalitet profiterer en god psykisk helse, mens en lav livskvalitet øker sannsynligheten for lavere psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 16-17). Psykisk helse blir definert av Verdens helseorganisasjon som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress- situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (WHO, 2005, sitert i Major et al., 2011, s. 16). I følge Deci og Ryan (2000) har mennesker tre grunnleggende psykologiske behov. Disse er behovet for autonomi, kompetanse og relasjoner. De tre behovene er nødvendige for et individs velvære, vekst og integritet (Deci & Ryan, 2000, sitert i Næss, 2011, s. 32).

Betegnelsen på det gode liv blir av lykkeforsker Ed Diener (2008) benevnt som «psykologisk rikdom». Innenfor denne benevnelsen finner vi menneskets subjektive opplevelse av tilfredshet og lykke, samt positive følelser. I tillegg kommer flere indre og ytre forhold som spiritualitet, sosiale relasjoner, engasjerende deltakelse i fritid og arbeidsliv, fysisk og mental helse og materielle nivåer. Dette er aspekter ved livskvaliteten som må utvikles for å ha et godt liv (Diener & Biswas- Diener, 2008, s. 13-16). Figur 2 viser hvor fornøyde nordmenn er med livet på en skala fra 0-10. Figuren er hentet fra folkehelseundersøkelsene i fylkene fra 2021. Fremstillingen viser at vi blir mere fornøyd med livet jo eldre vi blir. Unge voksne er de som er minst fornøyd med livet, mens de mellom 70- 80 år er mest tilfreds med livet (Folkehelseinstituttet, 2022).

Fornøydhet med livet nå for tiden på en skala fra 0-10, der 10 er svært fornøyd



Figur 2: Fornøydhet med livet. Hentet fra Folkehelseinstituttet, 2022.



## 2.2 Tilhørighet

Tilhørighet blir regnet som et grunnleggende behov mennesker har. Den britiske psykologen John Bowlby (1949) mente at vi har et medfødt, biologisk behov for tilknytning til andre. Vi har behov for å høre til, bli akseptert og unngå avviking. Fra barndommen av lærer vi å omgås med andre, utvikler relasjoner og tilknytning til menneskene rundt oss. Erfaringer med tidlig tilknytning kan brukes som modell for hvordan vi forholder oss til andre senere i livet (Bowlby, 1949). Tilhørighet blir av Hagerty et al. (1992) definert som «opplevelsen av personlig involvering i et system eller miljø slik at personen føler seg som en integrert del av systemet eller miljøet» (egen oversettelse, Hagerty et al., 1992, s. 172). Det er et skille mellom psykologisk og sosiologisk tilhørighet. Den psykologiske tilhørigheten defineres som en persons egen opplevelse av tilhørighet. Herunder kommer følelsen av tilhørighet til andre, om en blir verdsatt og betydningsfull for andre. Den sosiologiske tilhørigheten handler om hvorvidt individet føler seg møtt og identifisert av andre, samt deltakelse og medlemskap i sosiale grupper og systemer (Hagerty et al., 1992, s. 174).

Også Baumeister og Leary (1995) peker på det evolusjonære behovet for tilhørighet. De definerer tilhørighet som et behov for å danne og opprettholde et minimumsbehov for mellommenneskelige relasjoner. Da det er et medfødt behov argumenterer de for at behovet for tilhørighet vil finnes i alle kulturer. Hvordan mennesker uttrykker og tilfredsstiller dette behovet vil likevel være avhengig av individuelle og kulturelle uttrykk. Noen vil ha et naturlig stort behov for stimuli gjennom relasjoner, mens andre vil bli tilfredsstilt av færre relasjoner. For at slike relasjoner skal etableres er vi avhengige av å ha positivt vedvarende interaksjon med andre og at disse relasjonene åpner for å utvise omsorg til hverandre (Baumeister & Leary, 1995, s. 497-500).

Det er ikke bare tilhørighet til andre mennesker som påvirker vår livskvalitet, men også behovet for å tilhøre noe. Tilhørighet kan oppleves gjennom ulike arenaer. Tidligere ble inkludering i arbeidslivet ansett som den viktigste faktoren for sosial inkludering. Arenaer som skole, venner, nabolag, fritidsaktiviteter og samfunnslivet for øvrig blir i større grad ansett som viktige brikker i unge voksnes liv (Fangen, 2009, s. 93). I et lokalsamfunn kan sosiale bånd erverves på tvers av sosiale grupper og bakgrunn. Lokalsamfunnet kan fungere som en god faktor for tilhørighet til naboer og omgangskrets. Dersom forskjellene i samfunnet er markante kan det derimot true relasjonen mellom grupper. Ulike grupper kan påvirke hverandre. Barn og unge er i en sårbar posisjon hvor uheldige relasjoner kan føre til dårlige miljø og kriminelle nettverk. Samlet kan svake sosiale bånd påvirke innbyggernes trivsel, trygghet, tilhørighet og livskvalitet. Lokalsamfunnet kan slik bære med seg negative aspekter som fremprovoserer sosial ekskludering og ulikhet. Oppvekstmiljø og nabolag kan i tillegg påvirke muligheten for videre utdanning, jobb og sosial mobilitet i negativ retning (NOU 2020:16, s. 20-21).

Sosial ekskludering, utenforskap og ensomhet sees på som konsekvens av lav tilhørighet. Ensomhet kan defineres som et misforhold mellom opplevd og ønsket tilhørighet (Barstad, 2014, s. 304). Utenforskap handler ofte om sammensatte utfordringer knyttet til oppvekstmiljø, barndom og tidligere erfaringer. Sosial ekskludering brukes som et synonym på utenforskap. Den sosiale ekskluderingen fører til at enkeltindivider eller grupper mister muligheten til å delta i fellesskapet (Barstad, 2014). Noen faktorer for utenforskap kan knyttes til individet selv, mens andre må forklares i et samfunnsperspektiv. Utstøtingsmodellen beskriver hvordan mennesket blir hindret av å delta i arbeids- og samfunnsliv. Mennesket er motivert og ønsker selv deltakelse, men

tilgjengelighet, diskriminering og andre faktorer i samfunnet hindrer deltakelse. I kontrast finner vi attraksjonsmodellen hvor det er individet selv som velger å ikke delta. Et slikt valg kan forklares gjennom behovet for frihet, overveielse mellom fordeler og ulemper eller forhold knyttet til personlig karakteristikk (Olsen & Tågtstrøm, 2013, s. 43).

### **2.3 Relasjonell velferd**

Historisk har helse-, service- og organisasjonstilbud betraktet brukere av tjenestetilbudet som uvitende, kunnskapsløse og passive mottakere. På 1980- tallet begynte dette synet å endre seg. En så brukere og mennesker som aktive medborgere med mulighet til å ta ansvar for eget liv. Holdningene og verdiene som regjerer i de fleste sektorer og organisasjoner i dag er styrt av deltakelse og medvirkning. Verdien av å la brukere av tjenestetilbudet delta og utvikle tilbudet blir sett på som nøkkelen for å tilpasse for lokale behov enten for individet, grupper eller samfunn (Naidoo & Wills, 2005, s. 165). Relasjonell velferd er et begrep som har fått rotfeste i det 21. århundre. Med relasjonell velferd ønsker en å samarbeide og etablere relasjonelle bånd til innbyggerne. Hensikten er å skape bærekraftige samfunn hvor velferd er noe som skapes og utvikles av menneskene. Innbyggerne blir på dette viset aktive medborgere. En ønsker en sterk stat som styrer offentlige verdier som inkludering, universell utforming og velferdstat, men i samarbeid med innbyggerne (Heimburg & Ness, 2020, s. 9-10). Med offentlig støtte kan innbyggerne selv bli i stand til å gjøre nødvendige grep i eget liv og lokalsamfunn. Det er gjennom individs innsats, vilje og samhandling at lokalsamfunnet kan bedres (NOU 2020:16, s. 26).

Å la innbyggerne styrke sine ressurser for å delta i beslutninger og prosesser som omhandler eget liv benevnes som empowerment, som oversatt til norsk blir myndiggjøring. Tilnærmingen ser på hvilke ressurser, ferdigheter og kompetanse individet har for å ta kontroll over eget liv (Verdens helseorganisasjon, 2021, s. 14). Gjennom empowerment kan mennesket oppleve tilhørighet og inkludering, samt å føle seg betydningsfull. Empowerment har samtidig en kollektiv betydning, hvor menneskene kan delta i utviklingen av samfunnet å styrke egen helse og livskvalitet (Sletteland & Donovan, 2012, s. 49, 94, 180).

Empowerment knyttes til individuell kapasitetsbygging som brukes om de ressursene og evnene individet har for å utvikle positiv endring og nå sine mål. Individuell kapasitetsbygging er positivistisk og ser på mulighetene hos individet. En ønsker å styrke brukerens evne til å klare seg selv. Mennesker har ulike forutsetninger og kompetanser, men gjennom individuell kapasitetsbygging kan individet få veiledning til å styrke sin posisjon (Krogstup & Brix, 2019, s. 42-44). Gjennom kapasitetsbygging kan en styrke de relasjonelle ferdighetene hos barn og unge. Med relasjonelle ferdigheter blir barn og unge robuste individ som håndterer møter med utdanning, oppvekst og med andre mennesker på en god måte. Gode relasjoner er positivt for trivsel, personlig vekst, meningsfullhet og trygghet. Fikse (2020) argumenterer for at kapasitetsbygging og relasjonelle ferdigheter på dette grunnlag er gode livsmestringsstrategier (Fikse, 2020, s. 69).

### **2.4 Salutogenese**

Helsefremmende arbeid handler om å legge til rette for god helse. Det helsefremmende arbeidet skal styrke trivsel, livskvalitet og motstandsressurser til mennesker. Gjennom helsefremmende arbeid kan individet bli bevisst egne helsedeterminanter, ta kontroll over dem og dermed styrke egen helse og livskvalitet. Helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid veves inn i hverandre, da begge ønsker å forebygge og opprettholde en

god helse til befolkningen (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 40-42; Naidoo & Wills, 2005, s. 26).

Salutogenese er et begrep som ble utviklet av Aaron Antonovsky på 1970- tallet og skulle være en motvekt til patogenese. En patogen tilnærming er opptatt av sykdom, diagnostisering og hvordan en kan redusere uhelse. Salutogenese handler om det som bringer helse og velvære. I et helsefremmende arbeid vil salutogenese fokusere på hvordan hele mennesket kan utvikle seg og vokse. Fremfor å bekjempe sykdom og risikofaktorer vektlegges mulighetene for god helse og livskvalitet for samfunnet (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 40-42). Antonovsky ønsket å undersøke hvilke faktorer som gir mennesket god helse og glede i hverdagen. Å oppleve livet som *håndterlig*, *meningsfullt* og *begripelig* vil bidra til å høy grad av sammenheng, omtalt som «sence og coherence». Mennesker med høy «sence of coherence» vil ha bedre forutsetninger for å håndtere utfordringer og ivareta egen helse, samt ha en bedre selvoppfatning og mestringsforventning (Antonovsky, 1996, s. 13-15).

*Håndterbarhet* handler om hvilke ressurser mennesket har for å håndtere motstand og krav fra omgivelsene. Mennesket har en iboende tro på at livet er håndterbart med støtte fra ressurser som venner, kollega, fagpersoner eller andre som står en nær. *Begripelighet* handler om hvordan vi forstår situasjonen i miljøet vi befinner oss i. Med høy begripelighet vil mennesket kunne takle uforutsette hendelser og ha en positiv forventning om fremtiden. Til sist er *meningsfullhet* som handler om hvorvidt mennesket opplever livet og livshendelsene som meningsfulle. Et individ med høy grad av meningsfullhet har motivasjon og krefter til å påvirke eget liv (Antonovsky, 2012, s. 41-42).

Hvilken grad av «sence of coherence» mennesket erfarer vil ha betydning for hvordan det mestrer tilværelsen. Mennesker som opplever høy grad av sammenheng scorer høyt på de tre faktorene håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. De evner å tilpasse seg utfordringer og møte motstand på en fornuftig måte. Tilsvarende vil mennesker med lav opplevd sammenheng møte flere stressfaktorer og i mindre grad benytte ressursene sine for å mestre utfordringene (Antonovsky, 2012, s. 41-42).

## 2.5 Mattering

Begrepet mattering beskriver det å føle seg verdsatt, betydningsfull og anerkjent. Mattering handler om de to behovene *å føle seg verdifull* og *å bidra med noe verdifullt*. Å føle seg verdifull er knyttet til «respect for diversity, the need to belong, inclusion and fairness» (Prilleltensky, 2020, s. 17). Å bidra med noe verdifullt blir ansett som nødvendig for å oppleve mattering. Det å tilegne noe verdifullt kan knyttes til individets mestrings, autonomi og påvirkning. For at dette skal realiseres må vi bli sett og hørt av menneskene og omgivelsene rundt oss. Samlet handler det om å være del av noe større enn seg selv, være til nytte for noen og om egen livskvalitet. Når vi føler oss verdifulle øker muligheten for at vi føler oss inkluderte, anerkjent og respektert (Prilleltensky, 2020, s. 17-18).

Anerkjennelse blir knyttet til behovet for tilhørighet og verdighet. Mattering er på så måte noe av kjernen i det gode liv på individ og systemnivå. Prilleltensky (2020) finner en tydelig korrelasjon mellom opplevd mattering og livskvalitet. Dersom vi ikke opplever oss verdifulle og bidrar med noe verdifullt vil det påvirke livskvaliteten i negativ retning. Hvordan individet vil oppleve mattering vil variere med hva individet legger i

betydningsfullt. Noen vil oppleve mattering gjennom arbeid, andre gjennom venner og familie (Prilleltensky, 2020, s. 20).

## 2.6 Self – efficacy

Albert Banduras teori om self- efficacy, mestringsforventning, har vist seg gjeldende i mange sammenhenger. Teorien om self- efficacy legger vekt på hvilken holdning mennesket har til egen mestringstro og selvoppfatning. Teorien understreker hvor betydningsfullt individets tro på egne krefter og muligheter for å løse utfordringer er. Mennesker med god mestringstro på gitte områder vil tilegne seg kunnskap, bruke energi og være mer utholden enn mennesker med lav mestringstro. Self- efficacy kan ha betydning for helserelaterte utfall, atferd, selvregulering og psykologiske aspekter (Bandura, 1997).

Bandura ser en sammenheng mellom et individs atferd, motivasjon og mestringsforventning. Tidligere erfaringer med å mestre oppgaver vil påvirke individet positivt til å legge ned ytterligere innsats i nye situasjoner. Tilsvarende vil individ med negative mestringserfaringer ha liten tro på egen mestring og motivasjon. Dette kan føre til liten innsats og fungere som et hinder i utførelsen av nye oppgaver (Skaalvik & Skaalvik, 2018, s. 158).

## 2.7 Universelle tiltak

Et mål i det internasjonale folkehelsearbeidet er å styrke individets mulighet til å ta ansvar for eget liv. For at dette skal være håndterbart for individet selv må kunnskap og informasjon være lett tilgjengelig. Kunnskapen må erverves og gjøres tilgjengelig for befolkningen. Dette kan gjøres gjennom media, individuelle og kollektive samtaler, undervisning, formidling og ferdighetstrening (Naidoo & Wills, 2005, s. 219-223; Sletteland & Donovan, 2012, s. 129-134). Folkehelsearbeidet kan samtidig gjøres på tre ulike nivåer; universelt, selektivt eller indikativt. Gjennom *universelle tiltak* vil en nå ut til større befolkningsgrupper og gi en stor gevinst på samfunnet. *Selektive tiltak* retter seg mot grupper ut fra risiko og helsedeterminanter. Disse tiltakene vil være effektive for den målgruppen en ønsker å påvirke. Til sist finner vi *indikative tiltak* som blir rettet mot enkeltindivid. Dette kan være individer med høy risiko for sykdom og utfordringer. Indikative tiltak vil ikke bedre den samlet folkehelsen direkte, men ha betydning for enkeltindividet (Major et al., 2011, s. 16).

Å strukturere folkehelsearbeidet rettet mot en befolkningsgruppe eller målgruppe kan sies å være en strategi i seg selv. Naidoo & Wills (2005) peker på at det finnes to måter å kategorisere målgrupper på. Den ene målgruppen handler om å kategorisere mennesker innenfor et geografisk område. Den andre målgruppen er definert ved en befolkningsgruppe som har noe til felles med hverandre. Gjennom å kartlegge behov og iverksette tilpassede tiltak kan en sikre effektive servicetilbud (Naidoo & Wills, 2005, s. 362-365).

## 2.8 Lokalsamfunnet

Et lokalsamfunn blir definert som et avgrenset område hvor innbyggerne har et fellesskap med hverandre. I følge Aarsæther (1999) vil et lokalsamfunn innebære følgende kriterier; en avgrensbar lokalitet, ikke for stort, ikke for lite, ikke for rask utskifting samt en arena for å gjøre kollektiv handling mulig (Aarsæther, 1999, sitert i Sletteland & Donovan, 2012, s. 39). Det er et nasjonalt mål at lokalsamfunnet skal oppleves trygt og inkluderende. Gjennom sosial samhandling kan sosiale nettverk styrkes og fellesskapet bedres. I interaksjon med andre kan vi forstå hverandre bedre og tilliten mellom innbyggerne blir styrket. Dette er med på å styrke fellesskapsfølelsen og gjør samfunnet mer raust og åpent (NOU 2020:16, s. 25-26). Inkluderende fellesskap blir ansett som viktig allerede fra barnehagen og barneskole. Inkludering handler om å sørge for at alle opplever en naturlig del av fellesskapet uavhengig forutsetninger og bakgrunn. I skolen og barnehagene skal barna føle at de er betydningsfulle, trygge, respektert og får medvirke i utformingen av tilbudet som gis. Tidlig innsats og inkludering vil legge grunnlaget for å lykkes videre i livet (Meld. St. 6 (2019-2020), s. 11).

Lokalsamfunnet er for mange betydningsfullt og selve kjernen i det sosiale nettverket. Det er her de møter likesinnede, skaffer seg nye bekjentskaper, utvikler nære relasjoner, engasjerer seg i fritiden og er aktive medborgere (NOU 2020:16, s. 25-26). Gjennom offentlige institusjoner kan fellesskapet styrkes ved å fungere som uformelle møteplasser for innbyggerne. Barnehager, skoler, bibliotek og idrettshaller er områder hvor innbyggerne ferdes og relasjoner blant mennesker, grupper og organisasjoner oppstår. Møteplassene blir derfor ansett som inkluderende (Heimburg & Ness, 2020, s. 648).

Mennesker kan medvirke i eget liv og samfunnet for øvrig gjennom flere måter. Områder hvor samfunnet ønsker at individet selv deltar er saker som omhandler individet direkte, synspunkter på servicetilbudet, referansegrupper, planleggingsgrupper, nabolagsarbeid og utvikling av nye boligområder. Spesielt arbeid i lokalsamfunn blir regnet som positivt på folkehelsen og livskvaliteten for den gruppen en retter fokus mot. Gjennom styrking av lokalsamfunnet kan sosiale, økonomiske, politiske og miljømessige forhold forbedres. De mellommenneskelige faktorene og samholdet vil gi positive ringvirkninger på helsen (Naidoo & Wills, 2005, s. 171).

## **Kapittel 3: Metode**

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for de metodiske aspektene i studien. Først vil jeg beskrive den vitenskapsteoretiske tilnærmingen som fikk forankring. Deretter vil jeg presentere den metodiske tilnærmingen som ble brukt, kvalitativ metode. Videre blir det gitt en presentasjon av hele forskningsprosessen fra utvelgelse og rekruttering til analyse og drøfting. Drøftinger rundt studiens kvalitet og etiske betraktninger vil gi en avslutning på dette kapittelet.

### **3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming**

Innenfor kvalitativ medtode finner vi ulike vitenskapsteoretiske tilnærminger. Creswell (2007) opererer med fem retninger: narrativ forskning, fenomenologi, casestudie, etnografi og grounded theory. Hvilken tilnærming en benytter avhenger av intensjonen med studien. Innenfor forskningsfeltet folkehelse vil det avhenge av hvorvidt en vil undersøke det helsefremmende arbeidet eller evaluere etablerte tiltak og strategier (Creswell, 2007, s. 8-10). Da jeg har vært interessert i å undersøke informantenes subjektive forståelser og opplevelser er fenomenologi en tilnærming som har preget mitt forskningsarbeid. Jeg har vært ute etter å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorene selv arbeider med livskvalitet hos målgruppen. Det er dermed folkehelsekoordinatorene sine egne, subjektive meninger som er relevante.

Fenomenologi ble utviklet på starten av 1900- tallet av grunnleggeren Edmund Husserl. Fenomenologi har fra starten av blitt ansett som en bevegelse, snarere enn en tidsepoke og er i stadig utvikling. I fenomenologien er en opptatt av å forstå mennesket i takt med sin verden og sine omgivelser. Mennesket er ikke atskilt fra verden, men lever i dens virkelighet. Noe av det som kjennetegner fenomenologien er å undersøke individets subjektive opplevelser og forståelser. Gjennom slike undersøkelser har en mulighet til å avklare eller avdekke nye betydninger og forståelser. Husserl mente at gjennom slik forskning kan en gå i dybden på individets virkelighet (Laverty, 2003, s. 22). Jeg har vært opptatt av å inkludere informantenes egne forståelser og opplevelser, uten ytre påvirkning fra meg som forsker. Fra utformelsen av intervjuguiden til selve intervjuene har jeg vært bevisst på å få frem informantenes egne stemme og forståelser. Det er folkehelsekoordinatorene sine erfaringer og arbeid opp mot livskvalitet for unge voksne som skal underbygge funnene og studien videre.

### **3.2 Kvalitativ forskningsmetode**

Innenfor samfunnsvitenskapelig metode skilles det hovedsakelig mellom to ulike forskningsmetoder: kvalitativ og kvantitativ metode. Disse forskningsmetodene har ulike tilnærminger til forskningsfeltet. Hvilken forskningsmetode en velger avhenger av hvilket mål en har og hvilken vei en ønsker å gå (Silverman, 2010, s. 15,34). For å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorene kan bidra til å fremme livskvalitet hos unge voksne har jeg benyttet meg av kvalitative intervju. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider med livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne. For å undersøke dette ansees det hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode for å undersøke erfaringer og subjektive meninger hos folkehelsekoordinatorene.

En metodikk består av ulike komponenter som valg av håndterbar metode, vitenskapelig kunnskap, ulike løsninger og nivå av prosedyrer (Silverman, 2010, s. 15). Den kvalitative metoden kjennetegnes av kvaliteter og subjektive meninger hos informanten eller

fenomenet en undersøker. I den kvalitative metoden tar forskeren utgangspunkt i undersøkelser som fører til dypere forståelse, subjektive meninger og forståelse for hvordan ting blir gjort. Denne tilnærmingen skiller seg fra en kvantitativ retning som i større grad ser sammenhenger og får en bredere innsikt med statistiske verdier som utgangspunkt. Gjennom kvantitativ forskning kan en fortelle noe om storsamfunnet og gjøre generaliseringer på bakgrunn av de statistiske dataene en innhenter. Her skiller kvantitativ og kvalitativ metode seg fra hverandre, hvor kvalitativ forskning i større grad søker å forstå menneskelige opplevelser og sosiale prosesser (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s. 11-12).

### **3.3 Populasjon og utvalg**

Å intervju folkehelsekoordinatorer er valgt basert på deres arbeid opp mot folkehelse. Et av målene med folkehelsearbeidet er å sørge for en god livskvalitet hos innbyggerne (Folkehelseloven, 2011, §1). Når det er folkehelsekoordinatoren som har et overordnet ansvar å koordinere folkehelsen i kommunen vil det være naturlig å undersøke hvordan de arbeider med livskvalitet. Andre aktuelle interessenter kunne vært ungdomskontakter, Uteseksjoner, oppvekstsektor eller helsesykepleier. Valget er basert på eget interessefelt og samtidig et kunnskapshull i forskningssammenheng hva angår hvilke ressurser folkehelsekoordinatorer har til å arbeide med livskvalitet hos unge voksne.

Folkehelsekoordinatorer i Trøndelag og Møre og Romsdal fikk forespørsel om å delta i masterprosjektet. Rekrutteringen foregikk via mail. Det ble ikke satt andre føringer for deltakelse enn at vedkommende sto oppført som folkehelsekoordinator i den representative kommunen. Informantene ble på denne måten plukket ut gjennom selvseleksjon. Her får informanten selv bestemme om hen ønsker å delta, gitt at vedkommende oppfyller kravene som stilles for å besvare intervjuet. En annen mulighet er å ta utvelgelse basert på en rekke kriterier. I en skjønnsmessig utvelgelse tar en i større grad hensyn til alder, erfaring og utdanning (Larsen, 2017, s. 90). I denne studien hadde ikke slike skjønnsmessige faktorer overhengende betydning. Resultatet hadde trolig blitt det samme om informantene hadde flere sammenfallende likhetstrekk ved seg. Informantene i studien har noe ulik utdanningsbakgrunn, erfaring og alder. I tillegg er det verdt å bemerke seg at samtlige informanter er kvinner. Dette kan sies å være en tilfeldighet, da det ikke ble vektlagt når folkehelsekoordinatorer ble forespurt om å delta. En mulig forklaring er at helsearbeid tradisjonelt har vært et kvinnedominert yrke. Det finnes ingen statistikk på hvor stor andel av folkehelsekoordinatorer er forholdsvis kvinner og menn.

I denne studien representerer folkehelsekoordinatorer ulike deler av by og bygde Norge. Noen kommer fra små kommuner med lave innbyggertall, andre fra større kommuner med høye innbyggertall. Den ene folkehelsekoordinatoren arbeider i en interkommunal sektor, hvor hun er folkehelsekoordinator for flere kommuner. De øvrige fire folkehelsekoordinatorer er ansvarlig for hver sin kommune, men forteller at de på ulike vis inngår i et regionalt samarbeid med nærstående kommuner. Folkehelsekoordinatorer i denne studien representerer derfor et bredt spekter av landsdelen.

### **3.4 Datainnsamling**

I kvalitative intervju blir datainnsamlingen basert på relasjonen mellom intervjuer og informant, samt hvordan datamaterialet skapes. Et kvalitativt intervju ønsker å undersøke hvilke forståelser, tanker og holdninger et menneske har til et fenomen. Gjennom et forskningsintervju kan samtaleformen være åpen og tillate avsporinger og nye tankemønstre (Leseth & Tellmann, 2018, s. 69). Et intervju kjennetegnes i følge Silverman (2010) av fire komponenter. Den første komponenten er at det ikke kreves spesielle ferdigheter for å gjennomføre et intervju. Den andre komponenten er at intervjuet er produsert i et samarbeid mellom intervjuer og informant. Komponent nummer tre handler om at intervjueren er en aktiv deltaker som kan bringe noe inn i samtalen. Til sist nevner Silverman at det finnes mange ulike intervjustiler, men at det er ingen som har forrang og er bedre enn andre (Silverman, 2010, s. 112). Ved et forskningsintervju må intervjueren være bevisst på asymmetrien som oppstår. Det er intervjueren som sitter med makten ved å stille spørsmålene, leder samtalen og kontrollerer det som skjer (Leseth & Tellmann, 2018, s. 79-81).

I utformingen av intervjuguiden la jeg vekt på å undersøke informantene sine egne erfaringer og arbeidsmetoder. Jeg var ute etter å kartlegge hvordan de arbeider med livskvalitet hos unge voksne. Spørsmålene er formulert på en åpen og fleksibel måte som gjør at jeg benyttet et halvstrukturert intervju. Et halvstrukturert intervju kjennetegnes av forhåndsformulerte spørsmål i intervjuguiden med mulighet for endring vedrørende spørsmålenes formulering, ordlyd og rekkefølge under gjennomføringen av intervjuet (Leseth & Tellmann, 2018, s. 71). Fordelen med halvstrukturert intervju er at jeg som forsker kan være til stede i samtalen og ta tak i det som skjer underveis. Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt for samtale, se vedlegg nr. 1.

I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju. Leseth og Tellmann mener at prøveintervju er gunstig for å teste intervjuguiden og seg selv i forskerrollen (Leseth & Tellmann, 2018). Jeg benyttet en venn som prøve kandidat. Jeg opplevde dette som lærerrikt, da jeg fikk erfare hvordan en intervjusituasjon kan være. I prøveintervjuet testet jeg intervjuguiden og fikk tilbakemeldinger på spørsmålene. Noen av spørsmålene ble erstattet eller omformulert etter tilbakemelding fra prøve kandidaten. Denne gjennomføringen fikk meg til å innse hvor viktig det er med konkrete og forståelige spørsmål. Selv om intervjuguiden for meg fremsto som forståelig, åpnet prøveintervjuet for nye synspunkter som jeg ikke på forhånd forutså. Det å gjennomføre prøveintervjuet bidro derfor til å styrke intervjuguiden. Jeg ble i tillegg mer komfortabel i rollen som intervjuer.

### **3.5 Gjennomføring av intervju**

Intervjuene ble gjennomført i april 2022. Informantene var på forhånd informert om hva en deltakelse denne sammenheng innebar. På forhånd fikk informantene tilsendt et informasjonsskriv med nødvendige opplysninger om forskningsprosjektet (vedlegg nr. 2). Før gjennomføringen av intervjuene signerte informantene en samtykkeerklæring. Informantene hadde anledning til å stille spørsmål og få oppklaring om det var noe de lurte på. Under intervjuet ble det brukt båndopptaker for å ta vare på intervjuet til videre transkripsjon og analyse. I tillegg til båndopptaker benyttet jeg meg av muligheten til å ta notater underveis. Dette ble avklart med informantene på forhånd. Det å ta notater støttes av Ryen (2002) som mener at intervjueren alltid bør ta notater for å notere refleksjoner og assosiasjoner som dukker opp underveis i intervjuet (Ryen, 2002, s. 122).



På grunn av deltakelse fra folkehelsekoordinatorer representert fra Trøndelag og Møre og Romsdal, ble avstand og reisevei et faktum. Samtlige intervju ble derfor gjennomført digitalt. Dette hadde med koordinering og fleksibilitet å gjøre. Digitale intervju vil i følge Gray et al. (2020) åpne for en rekke nye muligheter som ikke tidligere var mulig. En av fordelene handler om at det er enkelt å gjennomføre og lett tilgjengelig. Med bruk av teknologi har de fleste mulighet til å delta. Digitale intervju er samtidig tidsbesparende og kan nå ut til et stort utvalg. Reisevei og landegrenser vil ikke være noen hindring med digitale intervju. Forskeren kan dermed utvide sitt utvalg og få et bredt spekter av informanter. Det viser seg samtidig at digitale intervjuer ikke trenger å påvirke kvaliteten på intervjuet. Det er imidlertid noen svakheter forskeren bør være oppmerksom på. Dette handler om at relasjonsbygging kan være mer krevende digitalt. Å skape rapport og kontakt allerede i innledningsfasen vil derfor være fordelaktig for å etablere relasjon. I tillegg vil digitale intervju kreve en grad av tekniske ferdigheter hos forskeren da hen må ha kontroll på opptak, lydnivå og andre tekniske utfordringer som kan oppstå (Gray et al., 2020, s. 1292-1295). Gjennomføringen av intervjuene i denne sammenheng ble gjennomført på Zoom via NTNU sin nettsjøsjon for å sikre en trygg håndtering og gjennomføring. I forkant av intervjuene kjørte jeg et testintervju på Zoom for å sikre at det tekniske var i orden. Selve intervjuene ble gjennomført uten store utfordringer og forstyrrelser.

Intervjuene ble gjennomført etter Ryen (2002) sine anbefalinger om et godt og trygt intervju. Hun deler intervjuet opp i tre deler: åpning, hovedfase og avslutning. For at informanten skal oppleve intervjusituasjonen som komfortabel er det viktig med en myk start i åpningsfasen. For å skape trygghet forsøkte jeg å etablere en relasjon med informantene før selve intervjuet startet. Her ble det rom for småprat og beskrivelser av prosjektet. Videre anbefaler Ryen (2002) at intervjueren skal holde en lav profil, aktivt lytte og la informanten få fortelle sine historier. Anerkjennende kroppsspårk og aktiv respons bidrar til å gi informanten bekreftelser på det som blir sagt. I hovedfasen er dette fornuftige teknikker å benytte. Til sist kommer avslutningsfasen hvor en ønsker en positiv slutt. Her bør intervjueren oppsummere og la informanten få oppklare eller kommentere dersom det er noe hen sitter inne med (Ryen, 2002, s. 100-109). I intervjuguiden la jeg opp til at informantene kunne legge til noe eller stille spørsmål dersom noe var uklart. Jeg erfarte at informantene benyttet dette til å legge til noe de hadde på hjertet. Utfallet av en slik avslutning ble at vi fikk en oppsummerende slutt med gjensidig forståelse.

### **3.6 Transkripsjon**

Etter gjennomføring av intervjuene ble en stor mengde datamateriale håndtert gjennom transkripsjon. I følge Kvale og Brinkmann (2009) handler transkripsjon om å endre form. Transkripsjonen fører til at det muntlige språket blir bevart i skriftlig form. Å gjennomføre transkripsjonen selv fører til at forskeren kan gjøre ytterligere slutninger og refleksjoner enn hva som var tilfelle under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom å selv transkribere datamaterialet ble jeg godt kjent med råmaterialet og fikk et tidlig kjennskap til hva jeg hadde å arbeide videre med. I mitt tilfelle ble transkripsjonene gjennomført fortløpende som intervjuene ble gjennomført. Kontinuiteten sikret at intervjuene var ferske og det ble lettere å skille intervjuene og informantene fra hverandre. Behandling av transkripsjoner krever spesielle etiske hensyn. Transkripsjonene må oppbevares trygt og informantenes konfidensialitet må respekteres (Kvale & Brinkmann, 2009). Transkripsjonene ble oppbevart på låst pc. For å sikre anonymitet under transkripsjonen

av datamaterialet ble det benyttet koder på informantene. Eventuelle opplysninger som kunne gjenkjenne informantenes bostedskommune ble erstattet av koder.

### **3.7 Analyse og tolkning**

Analyse i kvalitativ forskning foregår i en kontinuerlig prosess. Allerede i intervjusituasjonen starter forskeren sine analyser gjennom observasjon, notater og refleksjoner (Thagaard, 2003, sitert i Leseth & Tellmann, 2018). Å analysere et datamateriale betyr å dele det opp i mindre deler, bygge opp og sette det sammen til en helhetlig forståelse. Målet med analysen er å endre forståelsen av datamateriale slik at en kan trekke linjer, sammenhenger og oppdage nye perspektiver som ikke var synlige på forhånd (Brinkmann & Tanggaard, 2012). Det vil i denne sammenheng bety å skaffe seg nye forståelser om hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider og reflekterer over tematikken livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne.

For å bearbeide mitt datamateriale tar jeg utgangspunkt i en tematisk analyse. I følge Braun og Clarke (2006) vil en tematisk analyse være et nyttig og detaljert analyseverktøy, som gir både frihet og fleksibilitet. En tematisk analyse kan speile og samtidig utforske virkeligheten. Med bruk av tema eller mønstre kan datamaterialet kodes for å gi relevans mellom datamaterialet og forskningsspørsmålet. Forskeren må selv vurdere hvilke tema som er aktuelle og hvor stor betydning disse har for forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006, s. 79-85).

Et annet valg forskeren må ta er hvorvidt analysen skal være induktiv eller deduktiv. En induktiv metode tar utgangspunkt i det aktuelle datamaterialet som blir samlet inn. Forskeren ønsker å danne seg et inntrykk av datamaterialet uavhengig av de kvalitative spørsmålene og forutinntatte kodene. Med induktiv metode kommer sammenhenger til syne gjennom observasjoner og erfaringer. På den andre siden vil deduktiv metode ta utgangspunkt i tidligere etablert kunnskap (Braun & Clarke, 2006, s. 79-85). Det er en induktiv metode jeg har tatt utgangspunkt i når jeg har bearbeidet datamaterialet og utformet studien. Teorien ble til gjennom behandling og analysering av datamateriale.

I kvalitativ data brukes deskriptive kategorier for å referer til ulike tema som personer, aktiviteter og andre relevante områder (Ryen, 2002, s. 18). I analysen av mitt datamateriale benyttet jeg 5 ulike kategorier. Datamaterialet ble først kodet i ulike fargekoder for å sortere og kategorisere materialet. Kodene ble samlet under ulike tema som kunne høre sammen. Dette var en omfattende prosess, da jeg satt igjen med forholdsvis mange koder. De mange kodene måtte bli færre ved å fjerne noen og forene andre. Gjennom kodene kunne jeg finne sammenhenger som dannet grunnlag for ulike kategorier. Med disse sammenhengene kunne jeg kategorisere datamaterialet i følgende fem kategorier: tilhørighet, empowerment, lokalsamfunn, salutogenese og universelle tiltak.

Analysen av datamaterialet kan illustreres slik:

Funn	FK-nummer	Kode
Uteområder, nærmiljø, et trygt utemiljø,	FK	Lokalmiljø
Sørger du for at alle blir med, alle får delta, medvirkning, elevråd, alt dette er grunnleggende for å skape gode, trygge, unge	FK	Medvirkning
Det er gode fritidsaktiviteter, forhindre utenforskap i skolen og fritiden	FK	Tilhørighet

Tabell 1: Studiens funn. Fk- nummer er forkortelse for folkehelsekoordinator. Hver informant har fått egen kode, her anonymisert ytterligere.

### 3.8 Kvalitet i forskningen

I kvalitativ forskning blir det anbefalt å benytte flere prinsipper for vurdering av forskningens kvalitet. Prinsippene validitet og reliabilitet er kriterier som lenge har blitt brukt som målbare faktorer. Dette er prinsipper som bidrar til å gjøre forskningsprosessen åpen og forståelig for leseren. Det skal være mulig å måle gyldigheten eller gjenta forskningen av andre forskere (Ryen, 2002, s. 176-177). Prinsippene kan knyttes til Lincoln og Guba (1985) sine punkter for å vurdere en studies troverdighet. De foreslår å undersøke studiens kredibilitet, overførbarhet, avhengighet og konfirmabilitet (Lincoln & Guba, 1985). For vurdering av studiens kvalitet har jeg valgt å benytte de fire punktene til Lincoln og Guba (1985). I det følgende blir disse fire punktene beskrevet og sett i lys av min studie.

Gjennom *kredibilitet* blir informantenes oppfatning av virkeligheten vurdert. I hvilken grad er deres virkelighet riktig? (Lincoln & Guba, 1985). I min studie kan kredibiliteten måles ved å se på folkehelsekoordinatorene sin ansiennitet og hvor mye erfaring de har. Fire av fem av deltakerne har mer enn 5 års erfaring. De kan dermed sies å være erfarne innenfor eget fagfelt. Dette styrker deres posisjon som folkehelsekoordinatorer.

*Overførbarhet* eller *generaliserbarhet* handler om funnene er relevante i andre sammenhenger. For å sikre god overførbarhet bør forskeren redegjøre grundig for datainnsamling og analyse. I kvalitative studier kan det være utfordrende å måle overførbarheten da det er få informanter som er involverte. En kan likevel trekke slutninger som kan overføres til lignende studier (Kvale & Brinkmann, 2009) I min studie har jeg beskrevet hele forskningsprosessen fra start til slutt. Det skal derfor være mulig å kontrollsjekke hvordan forskningsprosessen har foregått. Det er leseren selv som kan vurdere hvorvidt studien er overførbar i andre sammenhenger (Lincoln og Guba, 1985).

*Avhengighet* handler om hvorvidt studien bærer preg av forskerens interesser, bruk av teori og erfaring. For at avhengigheten ikke skal bli for stor bør forskeren benytte seg av veileder og andre forskere i utformingen av forskningsprosjektet (Lincoln & Guba, 1985). I denne studien har jeg samarbeidet med veileder for å sørge for en fornuftig distanse til tematikken. I denne sammenheng er det naturlig å nevne at jeg ikke har noen erfaring som folkehelsekoordinator selv. Jeg trer derfor inn i et felt med nysgjerrighet og åpenhet, uten forutinntatte antagelser eller holdninger. Som forsker vil jeg derfor hevde jeg står i en nøytral posisjon ovenfor tematikk og teori.

*Konfirmabilitet* eller *bekreftbarhet* handler om etterprøvnbarhet. Dette inkluderer at forskeren er nøyaktig i sine beskrivelser av datamaterialet og analysen slik at leseren kan trekke lignende konklusjoner basert på det samme datamaterialet. Det skal være mulig for andre å rekonstruere forskningsprosessen (Lincoln & Guba, 1985). For å sikre konfirmabilitet har jeg beskrevet analysen og mine tolkninger nøye. Jeg har i tillegg lagt ved tabell (tabell 1) av hvordan analysen tok form. Dette er gjort slik at leseren kan forstå hvordan analysen ble gjennomført og tolkningen dermed utarbeidet.

### **3.9 Forskerrollen og min forforståelse**

Forskeren sin kompetanse er avgjørende for kvaliteten på forskningen. I kvalitativ forskning er forskeren den viktigste brikken for datainnsamlingen. Forskeren bør vise forsiktighet, respekt og toleranse ovenfor informanten. I kvalitative intervju blir realisjonen mellom forskeren og informanten viktig. Forskeren bør etablere tillit til informanten. Gjennom nærhet kan tillit gi tilgang til informantens forståelser og situasjon. Videre er det fordelaktig om intervjueren opptrer seriøst, naturlig og ikke-truende. Det er intervjueren sitt ansvar å legge til rette for en behagelig atmosfære for partene (Ryen, 2002).

Som utdannet lærer har jeg en forståelse for hvordan det er å vokse opp i dag. Erfaringer fra skolehverdagen viser at ungdommene opplever press fra ulike hold. De skal prestere på skolen, med venner, familie, på sosiale medier og samfunnet for øvrig. Når elevene er i barne- og ungdomsskolealder har de fleste et støtteapparat og trygge rammer å forholde seg til, enten gjennom foreldre/foresatte eller på skolen. Når elevene blir eldre er erfaringsmessig risikoen større for at noen faller fra, mister støtteapparatet og opplever utenforskap. Som lærer har jeg blitt lært opp til at ungdommene trenger å ha gode relasjoner rundt seg for å vokse og utvikle seg. Men hva skjer når disse relasjonene forsvinner? Hva skjer når læreren ikke lengre er der, når kontakten med medelver forsvinner og de sosiale barrierene blir større? Dette er undringer som har preget mitt interessefelt og mine forforståelser når det kommer til unge voksne sin livskvalitet. Samfunnet er gode på å legge til rette for gode oppvekstvilkår, men er vi like gode når oppveksten er over?

Det kan tenkes at egne erfaringer og antagelser har farget synet på hvorfor vi må styrke fokuset på denne gruppen i startfasen av forskningsprosessen. Etter egne observasjoner og antagelser er dette et forskningsfelt som må styrkes. Egne observasjoner viser at mange unge voksne havner utenfor fellesskapet og sliter med psykisk helse. Min undring bar preg av hvorfor er det slik? Hva er det som blir gjort og er det eventuelt godt nok? Dette var innfallsvinkelen for studien og problemstillingen. Videre i studien har ikke mine subjektive erfaringer fått rotfeste, da jeg som forsker har ønsket å se på forskningsspørsmålet med objektive briller ut fra en folkehelsekoordinatorers synspunkt.

Min rolle som forsker og samtidig ung voksen kan ha påvirket informantenes syn på problemstillingen. Det kan tenkes at informantene syntes det var utfordrende å snakke åpent om denne gruppen ettersom jeg som forsker selv går inn under målgruppen. Det var ingen av informantene som påpekte dette under intervjuene. Det kan imidlertid tenkes at informantene har blitt noe påvirket gjennom intervjusituasjonen ved å være oppmerksom på ordvalg og refleksjoner for å tilfredsstille meg som både ung voksen og forsker. En av informantene henvente seg et par ganger til de unge voksne som «dere unge». Foruten dette er det utfordrende å slå fast hvilken betydning min alder har på resultatet.

### 3.10 Etikk

Det å være etisk bevisst vil ha betydning for kvaliteten på forskningsresultatene. Den etiske bevisstheten bør vurderes gjennom hele forskningsprosessen. Forskeren må ta hensyn til etiske spørsmål, dilemma og krav (Kaiser, 2009). I forskning med bruk av informanter oppstår dilemma knyttet til relasjonsetikk. Relasjonsetikk oppstår i forskning med mennesker og handler om hvordan forskeren opptrer i møtet med informanten. I et hvert menneskelig møte er det en sjanse for at partene påvirker hverandre, både positivt og negativt. Denne påvirkningskraften bør forskere være bevisst på og ta til orientering (Leseth & Tellmann, 2018, s. 148). I relasjonen er medlemmene emosjonelt tilstede. Å etablere tillit til hverandre vil være gunstig for å opprettholde forskningen sitt etiske ansvar (Ryen, 2002, s. 116).

Konfidensialitet handler om forskeren sine «avtaler med personer om hva som kan gjøres med deres data» (Sieber, 1992, sitert i Kaiser, 2009, s. 1633, egen oversettelse). Konfidensialitet skal beskytte informanten slik at informasjon om identitet og privatliv ikke kommer på avveie og blir offentliggjort. Det skal ikke være mulig å spore opplysninger om informanten av andre. Dette gjør seg også gjeldene i behandlingen av datamaterialet (Ryen, 2002). For å sikre riktig håndtering av datamateriale må en sørge for å anonymisere vedkommende. Dette kan gjøres ved å bruke pseudonymer, sletting av lydopptak, endre titler som sted og yrke, samt skjule identitetsmerker (Kaiser, 2009, s. 1633-1636). I denne sammenheng er informantene anonymisert med pseudonymer. Under selve datahåndteringen er informantene tildelt hver sin kode både gjennom oppbevaring av datamaterialet, i transkripsjonen og analysen av datamaterialet. Det er først i skriveprosessen at kodene ble erstattet med pseudonymer.

Informantene ble på forhånd spurt om å signere et samtykkeskjema. Gjennom å innhente samtykke sikrer en gjensidig forståelse av hva konfidensialitet innebærer. Samtykket kan inkludere informasjon om publikasjon, konfidensialitetsmuligheter og databruk (Kaiser, 2009, s. 1638). For å sørge for at de forskningsetiske retningslinjene har blitt overholdt er det søkt godkjenning til norsk senter for forskningsdata, NSD (vedlegg nr. 3). I tillegg til NSD sine retningslinjer er prosjektet gjennomført i henhold til Institutt for pedagogikk og livslang læring ved NTNU sine retningslinjer. Informantene har fått utlevert et informasjonsskriv (vedlegg nr. 2) som forteller hva forskningsprosjektet går ut på. I dette informasjonsskrivet kommer det tydelig frem at en deltakelse er frivillig og hvilke rettigheter informantene har. I intervjuene ble dette ytterligere informert om for å forsikre at informantene forsto hva en deltakelse innebærer. De fikk dermed også anledning til å stille spørsmål dersom det var noe uklart.

## Kapittel 4: Presentasjon av funn og analyse

I dette kapitlet presenteres funnene i datamaterialet fra den tematiske analysen. Jeg har valgt å kategorisere datamaterialet i fem hovedtema: tilhørighet, empowerment, lokalsamfunn, universelle tiltak og salutogenese. Hovedtemaene vil bli presentert i det følgende med et kort teoretisk bakteppe for å ramme inn temaet. I analysen har jeg benyttet meg av pseudonymene Mari, Hanne, Mette, Gunn og Silje. Dette er et bevisst valg for å ivareta informantenes anonymitet og konfidensialitet. Funnene vil bli fremstilt med sitat fra informantene. I sitatene har jeg valgt å bruke tegnet «...» for å markere at setningen er brutt opp eller at informanten tenker. Informantene har ulike fortolkninger og erfaringer som forklarer den naturlig forskjellen dem i mellom. Det vil dermed ikke være hensiktsmessig å representere alle informantene under hvert hovedtema, men vil ha en likevekt totalt gjennom hele kapitlet. Dette begrunnes i en variasjon av det informantene beskriver. Jeg vil gjøre mine tolkninger av de funnene og utsagnene fra informantene kontinuerlig.

### 4.1 Tilhørighet

Slik Hagerty et al. (1992) beskriver handler tilhørighet om individets opplevelse av å høre til og være del av et system eller et miljø. Gjennom tilhørighet til andre kan en oppleve tilknytning, at en er betydningsfull og får dekket sosiale behov. Hagerty et al. (1992) skiller mellom psykologisk og sosiologisk tilhørighet. Den psykologiske tilhørighet beskriver individets egne opplevelse av tilhørighet og den sosiologiske tilhørigheten handler om hvorvidt et individ deltar i sosialt samvær med andre mennesker (Hagerty et al., 1992, s. 174). Ved å arbeide for at individ skal oppleve tilhørighet kan en bidra til å øke livskvaliteten og redusere risikofaktorer knyttet til ensomhet, psykiske lidelser og utenforskap (Barstad, 2014, s. 304).

Informanten Mari peker på at det å ha noe å gå til vil ha betydning for hvordan du har det, enten det er skole, jobb eller aktiviteter i fritiden. Hun understreker at det ikke nødvendigvis er deltakelse i arbeidslivet som er den viktigste faktoren for å ha en god livskvalitet, men at en tilknytning til noen må være tilstede gjennom andre arenaer.

*«Det jeg legger i god livskvalitet, det er jo forbeholdt at du har god nok helse, at du presterer enten du er i jobb eller har en aktivitet, at du føler at du er en del i samfunnet, du gjør noe givende. Du har gode relasjoner i rundt deg og det er trygge rammer... du føler at du har tilknytning til samfunnet ditt og at du føler at du mestrer de punktene som er viktig for deg selv... Men samtidig kan du ha god livskvalitet selv om du er utenfor arbeidslivet, bare du har en tilknytning. Og da er det spesielt opp mot frivilligheten, nære relasjoner og det som er i rundt deg.»*  
(Mari)

Det kommer frem av den ene informanten at vi mennesker har ulikt behov for sosial tilhørighet og støtte. Hun opplever at mennesker har ulikt behov for støtte av andre. Noen trenger stor grad av sosiale relasjoner med en stor omgangskrets, mens andre klarer seg med færre nære relasjoner. Hun peker på at vi mennesker trenger et støtteapparat i rundt oss for å håndtere hverdagen.

*«Jeg tenker at livskvalitet består først og fremst av helse. Ei god fysisk og psykisk helse. Og den psykiske helsen den henger veldig sammen med både sosiale relasjoner, hvordan du føler deg og blir ivaretatt. Det gjelder i alle plasser i samfunnet...det er også kjempeviktig at du føler at du har noen. At du har sosiale relasjoner. Jeg tror også at det kan være veldig individuelt hva folk ser på som en god livskvalitet. Noen er fornøyde med å ha det veldig rolig, mens andre har mer behov for støtte, mer behov for flere rundt seg og hvordan de tar til seg ting. Men først og fremst helse og det å ha noen rundt seg, du kan kalle det et støtteapparat.»*  
(Hanne)

*«Et meningsfullt liv, at du opplever at du blir lyttet til, at du trengs og at du er nyttig... Det er særlig relasjonene til de rundt deg, til familie og at man har venner, et sosialt nettverk.»* (Mette)

Begge sitatene ovenfor viser hvordan informantene vektlegger betydningen av gode relasjoner og et sosialt nettverk. Hanne bruker ordet støtteapparat når peker på hvor viktig det er å ha noen i rundt seg.

Ensomhet blir av den ene informanten forbundet med dårlig livskvalitet. Hun peker på at du kan være ensom og likevel ha det bra, men at alle har behov for sosial stimuli i noen grad.

*«Jeg tenker at dette med relasjoner til mennesker er utrolig viktig. Det gjør noe med oss, hvis du ikke har det tror jeg det gir en dårlig livskvalitet. Du kan jo være ensom og ha det bra også, men er man for mye ensom og for mye alene så gir det i alle fall ikke god livskvalitet.»* (Gunn)

Sitatene ovenfor viser hvordan informantene vektlegger tilhørighet, tilknytning og relasjoner som avgjørende for et individs livskvalitet. Informantene erfarer at mennesker har ulike behov for sosial stimuli, men at alle i noen grad trenger nære relasjoner og nettverk for å ha det bra. Spesielt det med relasjoner blir ansett som grunnleggende for god psykisk helse og livskvalitet. Tilhørighet til venner, familie eller et fellesskap blir av informantene ansett som betydningsfullt for livskvaliteten. Det at informantene er seg bevisst hvilken rolle tilhørighet har for livskvaliteten viser hvilket grunnlag de har for å legge tilrette for gode samfunn.

## 4.2 Empowerment

Relasjonell velferd blir av Heimburg og Ness (2020) beskrevet som prosessen hvor relasjoner og samarbeid mellom innbyggerne og det offentlige kan føre til bærekraftige samfunn. Velferd er dermed noe som skapes i samhandling mellom ulike individ, grupper, organisasjoner og sektorer (Heimburg & Ness, 2020, s. 9-10). Når individ får bruke sine ressurser, ferdigheter og kompetanse til å ta kontroll over eget liv benevnes det som empowerment (Verdens helseorganisasjon, 2021). I følge Krogstrup og Brix (2019) handler empowerment om individuell kapasitetsbygging. I det ligger hvordan individet evner å bruke sine ressurser og ferdigheter til å nå mål og utvikle seg. Gjennom individuell kapasitetsbygging er målet at individet skal kunne klare seg selv mest mulig (Krogstrup & Brix, 2019, s. 42-44). Når vi opplever autonomi og medvirkning gjør det oss mer tilfreds ovenfor oss selv og omgivelsene. Det at mennesker opplever medbestemmelse i samfunnslivet kan dermed føre til tilfredse innbyggere og bedre samfunn (Sletteland & Donovan, 2012, s. 49, 94).

Å arbeide for at innbyggerne skal oppleve medvirkning i hverdagen var viktig for informantene. Informantene i denne studien arbeider for at innbyggerne skal oppleve medvirkning på ulike områder. De ønsker å legge til rette for at ulike befolkningsgrupper skal få delta i beslutningsprosesser. Informantene refererer til ulike former for beslutninger som innbyggerne og de unge voksne inkluderes i. Noe av medvirkningen folkehelsekoordinatorene bidrar til blir fremstilt i følgende sitater.

*«Generelt for den gruppen, hva skal jeg si, vi jobber jo med medvirkning ikke sant. Det gjør vi jo hele tiden, i alle aldersgrupper... Vi har noen kommunale friområder som vi skal tilrettelegge for eksempel. Da spør vi alle og sender sms typisk hvis vi har et strøk eller område i et nabolag som skal oppgraderes. Så sender vi sms til alle som bor der, ung og gammel. Da kan de komme med innspill om hvordan de vil ha det, også bruker vi det.» (Mette)*

*«Vi har opprettet grendelag i alle deler av kommunen, for å kjøre gode medvirkningsprosesser. Så nå driver vi å jobber med kommunens arealplan, så da har vi kjørt folkemøter i 10 grendelag i kommunen, med innspill. Vi bruker ungdomsrådet aktivt, vi bruker alle rådene i kommunen på stort sett alt av planarbeid. Vi har kjørt en del folkemøter.» (Silje)*

*«Hvordan har du det, har du et trygt utemiljø? Sørger du for at alle blir med? At alle får delta, medvirkning, elevråd, alt dette er grunnleggende for å skape gode, trygge, unge. Det samme gjelder når du kommer opp til unge voksne, at du har medvirkning, møteplasser, arena for utvikling, kulturopplevelser, alt dette henger sammen.» (Gunn)*

To av informantene viser til at deltakelse og mestring er knyttet sammen. De forteller at det er positivt når innbyggerne kjenner på mestring gjennom deltakelsen, enten i jobbsammenheng eller privat. Gjennom inkludering i samfunnet mener Mari at mestring kan oppnås:

*«Det jeg legger i god livskvalitet, det er jo forbeholdt at du har god nok helse, at du presterer enten du er i jobb eller har en aktivitet, at du føler at du er en del i samfunnet, du gjør noe givende.... At kommunen tilrettelegger, er inkluderende, at*



*du kan ta vare på eget liv, opplever mestring om du er i jobb eller ei, og mulighet for at du gjør det som gir deg mestring i livet. At vi har noen fagpersoner som veileder deg, eller styrker helsekompetansen.» (Mari)*

*«Livskvalitet er knyttet opp mot lykke, lykkefølelse. Mye handler om mestring og en god følelse i forhold til mestring. Så det er veldig positivt når mange kan kjenne på mestring.» (Hanne)*

Av funnene kan vi se at det å inkludere innbyggerne i beslutninger og styrke deres medbestemmelse er en prioritet. Informantene ønsker å styrke medbestemmelsen og individets mulighet til å ta kontroll over eget liv. Gjennom ulike strategier sørger informantene for at innbyggerne får være med i beslutningsprosessene. Dette oppfatter jeg som et godt grunnlag for å stryke innbyggernes medvirkning i hverdagen og samfunnslivet for øvrig.

### 4.3 Lokalsamfunnet

Et lokalsamfunn blir av Aarsæther (1999) definert som et miljø innenfor et avgrenset område, med en stabil befolkning som gir rom for kollektiv handling. Av lokalsamfunnet kan mennesker oppleve fellesskap, tilhørighet, trygghet og sosial støtte (Grønningsæter & Nielsen, 2011, sitert i Sletteland & Donovan, 2012, s. 36-37). I følge Heimburg og Ness (2020) kan de offentlige rammene og institusjonene i lokalsamfunnet styrke fellesskapet gjennom de møteplassene som skapes (Heimburg & Ness, 2020, s. 648). Det er et ønske om at innbyggerne selv skal kunne bidra i i utformingen av samfunnet for å bedre servicetilbud, relasjonelle aspekter og minske sosiale forskjeller (Naidoo & Wills, 2005, s. 171).

I følge folkehelsekoordinatorerne jeg har vært i kontakt med arbeider de med å opprette gode møteplasser og arenaer hvor befolkningen kan delta på ulike vis. Det gjennomgående temaet når det kommer til deltakelse er å ha et variert tilbud hvor flest mulig kan delta. De legger til rette for at de som ikke driver med organiserte aktiviteter kan delta i andre aktiviteter. Flere av folkehelsekoordinatorerne viser til økonomisk støtte og tilbud som ikke skal koste noe, benevnt som lavterskeltilbud. Dette vil være et tiltak for å utjevne de sosiale forskjellene slik Naidoo og Wills (2005) peker på. I sitatene under kan vi se hvordan folkehelsekoordinatorerne tilrettelegger for inkludering i lokalsamfunnet.

*«Å utvikle byen for å skape dette med livskvalitet det er så viktig. De møteplassene vi har fått til, de benkene vi har fått til, de arenaene i rundt her, som gjør at folk kan møtes. Det med å ha gratis opplevelser, transportmidler som gjør at folk har muligheten til å komme seg fra a til b, men også å møtes underveis. Det har vært litt med det å skape god livskvalitet og for at folk skal ha mulighet til å bruke det.»* (Gunn)

*«Også har vi i forhold til inkludering i fritid... For eksempel når du er ferdig på skolen eller i arbeidslivet, hvilke tilbud finnes det i kommunen. Er det aktiviteter i hallen, er det andre aktiviteter, alt fra fysisk aktivitet til brettspill, til møter, det å strikke, kaffemøter. Altså at vi har et tilbud som viser at vi har noe å gi... og da er på en måte å redusere barrieren for deltakelse i lokalsamfunnet en hovedstrategi.»* (Mari)

*«Vi er jo ikke en veldig stor kommune, så vi ser de som faller utenfor gjerne idrett eller andre fritidsaktiviteter kan vi gjerne dras inn igjen i ulike oppgaver i forhold til UKM. Om de ikke er med å formidler kunst og kultur selv, så er de med å rigger scene, styrer lyd og lys, de er med å lager arrangementet. Jeg synes det har vært så innmari positivt for så mange.»* (Silje)

Sitatene ovenfor viser at handlingsrommet for å skape et inkluderende lokalsamfunn er stort. Informantene har mange verktøy og legger vekt på flere forhold som vil bedre lokalsamfunnet og livskvaliteten til innbyggerne som bor der.

Mette og Hanne forteller at de er ansvarlige for å gjøre kommunens tilbud mer tilgjengelig for befolkningen. Mette forteller at hun er ansvarlig for en nettportal som samler alle fritidsaktiviteter, lag og foreninger slik at innbyggerne selv kan se hva som foregår i kommunen og velge ut i fra interesser. Dette tilbudet kan sammenlignes med opplevelseskortet som informant Hanne er ansvarlig for. Dette er et kommunalt tilbud som samarbeider med private aktører for å legge til rette for inkludering og minske barrieren for deltakelse.

*«Et sånn «... – prosjekt» der vi samler alt av fritidsaktiviteter, lag og foreninger på en nettportal slik at alle kan finne en aktivitet som dem ønsker å delta på. Og dette er jo alle aldre. For her kan de filtrere på alder, filtrere på interesser, kommune slik at man kan finne et fellesskap. Vi legger til rette for aktiviteter, turstier, treningsapparat og selvfølgelig trafikkisikkerhet. Dette er jo litt forskjellige tiltak som gagnar alle.» (Mette)*

*«Helt konkret så kan jeg kanskje nevne at vi har noe som heter opplevelseskortet. Avtalene vi har med leverandørene av opplevelseskortet som er kinoen vår, kulturhuset, aktiv trening, busskort for de som trenger det, månedskort på buss, og ja kan være ulike aktiviteter som feller utenom ordinær, organisert aktivitet. Det skal gi et rom for de som har lyst å drive med uorganisert aktivitet... det offentlige kan legge til rette for å åpne parker, lekeplasser eller oppholdssteder som er attraktive for ungdommene. Vi har selv laget parken vår med en grillhytte og en gapahuk med klatrepark fra 0-100 år...Vi holder på å legge til rette for noe som heter BUA. Også har vi en frivilligsentral som leverer mat til eldre, og den er veldig oppe å går med strikkekafe, ulike arrangementer, grupper kan få lov til å komme for å holde styremøtene sine, for eksempel veldedige organisasjoner. Vi har selvfølgelig et bibliotek hvor alle kan låne bøker, viktig plass det også.» (Hanne)*

Av de overnevnte sitatene kan en lese at folkehelsekoordinatorene arbeider målbevisst for å styrke lokalsamfunnene. Det er et gjennomgående funn at de legger til rette for aktiviteter og møteplasser i lokalsamfunnet for å styrke et inkluderende fellesskap. Tiltakene folkehelsekoordinatorene viser til kan benevnes som lavterskeltilbud. Dette er tilbud som ikke nødvendigvis trenger å koste noe eller krever noen grad av ferdigheter for å delta. Slik den ene informanten forteller så handler det om å vise at en har et tilbud å gi til innbyggerne. Informantene viser at en ikke trenger å delta i organisert aktivitet for å føle på fellesskap og samhold. Det kan være enkle grep som handler om, slik Gunn forteller, å etablere møteplasser med benker slik at folk kan treffes. Det handler om å legge til rette for de små møtene, skape samlingsplasser og redusere barrieren for deltakelse.

#### 4.4 Universelle tiltak

Unge voksne, her definert som aldersgruppen 18-30 år, står ovenfor mange endringer, valg og økologiske overganger. Det er en variert gruppe som rommer alt fra videregående elever, lærlinger, studenter, arbeidstakere, foreldre, hjemmeboende, samboere og enslige (Olsen & Tågtstrøm, 2015, s. 24). I følge Folkehelseinstituttet (2022) blir det rapportert om en økning i andel unge voksne som føler på utenforskap, ensomhet og dårlige sosiale relasjoner. De sliter med lavere psykisk helse og står ovenfor mange vanskelige avgjørelser knyttet til videre fremtid (Folkehelseinstituttet, 2022). Indikatorene viser at dette er en aldersgruppe i en sårbar posisjon som trenger hjelp og støtte for å orientere seg i møtet med livets utfordringer. Hvordan denne hjelpen kan iverkettes og satses på av folkehelsekoordinatorer er forsøkt avdekket i denne studien.

Folkehelsekoordinatorerne ble spurt om hvordan de opplever livskvaliteten hos unge voksne i deres kommune. Samtlige av de forespurte informantene erfarer at majoriteten av de unge voksne har det bra innenfor kommunen. De unge trives på skolen, på jobb, med venner og i nærmiljøet. Samtidig oppgir folkehelsekoordinatorerne at det finnes unntak og variabler innenfor målgruppen. Folkehelsekoordinatorerne opplever at det er grupper innad i kommunen som sliter med ensomhet, utenforskap, arbeidsledighet og generell lav livskvalitet. Dette vil være i samsvar med hvordan Patel et al. (2007, s. 1303) beskriver hvordan det står til med barn og unge.

*«Vi har gode tilbakemeldinger når jeg tenker på spørreundersøkelsene, helseprofilen, ungdomdata og slikt. Så har ungdommene våre god trivsel, de trives på skolen og har venner. Men vi har utfordringer, i blant de unge voksne. Vi har unge voksne som er alene, som har utfordringer. De står uten jobb. Dette har gått litt i generasjoner i vår kommune. Så vi har noen grupper altså, de strever på videregående skole, på å komme seg i arbeid og de har noen helsemessige utfordringer. Så vi har nok en gruppe som ikke har god livskvalitet altså, helt sikkert innenfor psykisk helse også.» (Gunn)*

*«Vi vet at hvis du har dårlig økonomi, lavere utdanning og ikke tilknytning til arbeidslivet, så antar vi at du har dårligere livskvalitet. Og det har vi en del av i kommunen. Unge foreldre, med unge barn, som står utenfor arbeid med lavinntekt. De er på forskjellige sosiale ordninger. Så vet vi at det ligger dårlig an, men at vi har den totale oversikten tror jeg absolutt ikke vi har. Det er mye mørketall når det kommer til akkurat dette.» (Mari)*

For å iverksette tiltak knyttet til en spesifikk målgruppe foreslår Major et al. (2011) å benytte selektive tiltak. De selektive tiltakene er rettet mot grupper basert på risiko eller helsedeterminanter. Selektive tiltak vil kunne være virkningsfulle da de retter seg direkte mot målgruppen en ønsker å forsterke. Selektive tiltak skiller seg fra universelle tiltak da de har som formål å nå ut til hele befolkningen i større grad (Major et al., 2011, s. 16). I følge informantene viser det seg at de arbeider i all hovedsak med universelle tiltak. De uttrykker at de ikke har nok kunnskap om de unge voksne til å iverksette gode strategier og tiltak som kan være gunstig for livskvaliteten.

*«Det burde gå på dagsorden. Fordi vi er ikke god nok, og det kan jeg skrive under på. Vi er ikke god nok på å finne verken universelle tiltak mot målgruppen eller spesielle tiltak. I hvert fall i denne kommunen som jeg vet om» (Mari)*

*«Vi har veldig mye kunnskap om ungdomsskoleelever, videregående skoleelever, til dels barn. Vi vet mindre om den her gruppen 18 og opp.» (Mette)*

*«Det er egentlig en gruppe som vi ikke har så god oversikt over. Fordi at vi har mange tjenester knyttet inn til skolene og når de er utenfor ungdomsskole og videregående så er ikke de kommunale tjenestene så hardt på de lengre. Da er det de som oppsøker hjelp selv eller blir henvist til hjelp som vi har oversikt over... Mange flytter jo ut i den aldersgruppen der og tar utdanning. Også er det jo en del som er igjen også.» (Silje)*

*«Det er noen signaler på at noen ikke føler seg godt nok ivaretatt. De sliter veldig ofte med sosiale ting mange... Vi har jo ungdomsundersøkelsene som signaliserer at det kanskje tradisjonelt jentene har vært litt mindre fornøyde med samfunnet, med plassen. Og dette er jo en liten plass.» (Hanne)*

Av sitatene kan vi se en viss konsensus når det kommer til kunnskap om målgruppen. Informantene forteller at de har undersøkelser opp til 18 årsalderen som går på psykisk helse og trivsel. Ungdomsundersøkelsen blir nevnt av flere. Samtidig forteller informantene at etter fylte 18 år finnes det verken konkrete undersøkelser, statistikk eller oversikt over hvordan det faktisk står til. Dette kan sies å være en svakhet for å kunne kartlegge og iverksette konkrete tiltak som fremmer livskvalitet.

Silje viser til at det blir gjort mye fra de offentlige helsetjenestene i kommunen for å styrke behandlingstilbudet for unge voksne, men at det samtidig rapporteres om at flere unge sliter. Silje forteller videre at dette er en type problematikk de lenge har arbeidet med. Kommunen hun arbeider i ønsker å skape gode oppvekstplaner som tar sikte på å endre trenden.

*«Helsetjenesten bygger opp og opp tilbudet i forhold til psykisk helse, både lavterskeltilbud og behandlingstilbud både i kommunen, BUP og helseforetak, men likevel er det stadig flere ungdommer som melder at de strever med psykisk helse. Hvorfor er det slik når vi bare bygger opp og bygger opp? Det virker som at flere har behov. Hvordan kan vi løse det?» (Silje)*

Samlet danner dette et bilde over en situasjon hvor folkehelsekoordinatorerne arbeider på et universelt nivå. Dette synes å være en konsekvens av for få undersøkelser og forskning på lokalt nivå. Folkehelsekoordinatorerne forteller at de har god kunnskap over barn og eldre, men at denne gruppen ikke er prioritert i kartlegginger kommunen benytter og har tilgang til. En årsak slik Gunn forteller er at gruppen er såpass udefinerbar og sprikende. De unge voksne er i ulike livsfaser og vil trenge ulike behov. En annen årsaksforklaring er at de kommunale tjenester blir mindre etter fylte 18 år og de er ferdige på videregående, slik Silje forklarer. Det er rimelig å anta at årsakssammenhenger som informantene beskriver er hovedgrunnen til at tiltakene er på et universelt nivå.

## 4.5 Salutogenese

Å arbeide helsefremmende blir av Lindstrøm og Eriksson (2015) beskrevet som en nødvendighet når en jobber med mennesker. Gjennom et helsefremmende perspektiv vektlegger en det som bringer helse både på individ- og systemnivå. Helsefremmende arbeid kan styrke individets egen helse og livskvalitet. Individet kan bli bevisst på egne helsedeterminanter og ta valg som predikerer for en sunnere livsstil (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 40-42). I den salutogene tilnærmingen fokuseres det på hva som bringer helse. Slik Antonovsky (1996) beskriver ønsker mennesket å oppleve sammenheng i sin tilværelse. Dette kan oppleves ved å arbeide med det som er håndterlig, meningsfullt og begripelig (Antonovsky, 1996, s. 13-15). I følge Major et al. (2011) kan helsefremmende arbeid gjennomføres ved at fagpersoner arbeider systematisk for å styrke innbyggerne sin egen helsekompetanse (Major et al., 2011, s. 16).

I denne studien oppgir informantene at de arbeider på ulike måter med forebygging og helsefremmende tiltak. Det helsefremmende arbeidet foregår både på system- og individnivå. Informantene forteller at de legger til rette for at innbyggerne selv skal få utvikle egen livskvalitet. Ulike tiltak blir benyttet for at innbyggerne selv kan leve helsefremmende liv, samt oppleve mening, håndterbarhet og begripelighet i livet, slik den salutogene tilnærmingen ønsker (Antonovsky, 1996). Sitatene nedfor viser noen av måtene informantene arbeider helsefremmende:

*«Vi som kommune legger til rette for at hver enkeltperson opplever det og har kapasitet til å oppnå det. Det er jo noe annet med at du selv skal ha ansvar for din egen helse. Og at ja vi ønsker jo det, med egen god psykisk helse og livskvalitet... Så har du jo ABC modellen som betyr acting, belong og commit. Og act på norsk betyr jo å gjøre noe aktivt. Da er det alt fra fysisk aktivitet til å gjøre noe fysisk med noen. At du gjør noe for deg selv eller med noen. Også er det belong, og det er jo å gjøre noe sammen med noen. Gjøre en tilknytning og bygg på den relasjonen du har eller nye. Også commit er jo å gjøre noe som betyr noe for deg... Så vi prøver nå å få de inn i temaplan for frivillighet for å synliggjøre den gode helsefremmende effekten de har.» (Mari)*

I det overnevnte sitatet kan vi se at kommunen benytter den australske ABC- modellen for å bevisstgjøre innbyggerne hvordan de selv kan leve helsefremmende liv gjennom enkle tiltak som modellen får frem. Modellen er utviklet for at individet skal kunne følge de tre stegene: acting, belong og commit (Donovan & Anwar- McHenry, 2014). En slik modell bevisstgjør hvordan individet selv kan ta hånd over eget liv og livskvalitet. Nedenfor kan vi se et sitat fra Gunn som viser at de har en lignende tilnærming i arbeidet med å styrke det helsefremmende arbeidet. Folkehelsekoordinatoren benytter Folkehelseinstituttet (2022) sin strategi «Hverdagsgledens fem» for å styrke innbyggernes egen selvhjelp og helsefremmende fremtoning.

*«På friskliv og mestring jobber de med hverdagsgledens fem...Man trenger ikke å ha et tilbud innen rask psykisk helsehjelp eller enda mere innenfor psykisk helse. Man trenger et lavterskeltilbud for hvordan jeg skal gjøre livet, hvordan jeg skal finne gleden, hva er det som gir meg livskvalitet. Det er enkle grep som skal gjøre at du får en bedre hverdag.» (Gunn)*

Videre beskriver informantene hvor viktig det er å danne robuste barn og ungdom som kan mestre utfordringer en møter senere i livet. Slik Mette peker på handler det om tidlig innsats.

*«Så kanskje det viktigste tiltaket å styrke psykisk helse selvfølgelig og jobbe mot frafall tidlig fra barnehage. Jobbe med familie, slik at når de kommer til den her aldersgruppen så er de robuste nok til å gå ut i samfunnet med de forutsetningene som skal til for å ha god livskvalitet.» (Mette)*

*««Jeg synes det er en fin definisjon; å ha ressurser til å mestre hverdagens krav. Også blir det opp til den enkelte om hva som ligger i det. Hvor store krav hverdagen gir deg... Også er det jo å fange opp dem der det blir en stor ubalanse mellom risikofaktorer og beskyttelsesmekanismer. Der vektskålen blir veldig ujevn, det er dem vi må kanskje være litt obs på... Å hjelpe folk å ta tak i det de selv kan ta tak i. Det er veldig viktig, for da får du mestring hvis du klarer å endre noe selv også.» (Silje)*

Samlet viser dette at folkehelsekoordinatorene er bevisst det helsefremmende perspektivet. Det kan virke som en innarbeidet holdning at folkehelsearbeidet skal være helsefremmende. Hvordan det helsefremmende arbeidet gjennomføres er likevel noe ulikt. To av informantene forteller de benytter strategier som ABC- modellen og «hverdagsgledens fem» for å bevisstgjøre innbyggerne på hvordan de selv kan ta kontroll over eget liv og helse. Informantene er videre opptatt av å danne robuste barn og unge som kan ta vare på eget liv. Tidlig innsats, familieveiledning og mestring er noe av det folkehelsekoordinatorene forbinder med god helse og livskvalitet.

## Kapittel 5: Diskusjon

Målet med denne studien er å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorerne sitt arbeid kan fremme livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne. Problemstillingen for oppgaven er «Hvordan arbeider folkehelsekoordinatorer med livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne?».

I min analyse ble det gjort funn som indikerer at folkehelsekoordinatorerne arbeider gjennom ulike måter for å fremme livskvalitet og tilhørighet. Jeg fant at de arbeider med tilhørighet gjennom å sørge for at de unge voksne opplever tilhørighet til andre, fellesskapet og samfunnet generelt. Videre arbeider de med empowerment eller medvirkning på ulike måter for at befolkningen skal kunne ta del i de beslutningene som tas. Folkehelsekoordinatorerne sørger for at befolkningen skal ha mulighet til å delta på ulike arenaer i lokalsamfunnet gjennom organiserte og uorganiserte aktiviteter. Et annet funn er hvordan de arbeider for at befolkningen skal oppleve god helse og sammenheng i livet, det som blir omtalt som salutogenese og «sence of coherence». Til sist ble det avdekket at de tiltakene folkehelsekoordinatorerne iverksetter i liten grad er rettet mot de unge voksne spesielt, men mot befolkningen generelt. Dette blir benevnt som universelle tiltak.

I denne delen av studien vil jeg diskutere funnene opp mot teori. Det vil i drøftingen legges vekt på hvordan livskvaliteten og tilhørigheten kan fremmes gjennom tiltakene folkehelsekoordinatorerne benytter. Diskusjonen vil i sin helhet bære preg av drøfting av teori koblet opp mot funn og egne tolkninger.

### 5.1 Hvordan forstås tilhørighet og dens betydning for livskvalitet?

Livskvalitet blir av Verdens helseorganisasjon beskrevet som "individuals perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (Verdens helseorganisasjon, 1998, s. 11). Med denne definisjonen kan en se at det er individet sin egen oppfatning av tilværelse og omgivelser som definerer livskvaliteten. I følge Barstad (2014) vil den hedoniske livskvaliteten være styrende for hvordan vi opplever livet og omgivelsene i rundt oss. Den hedoniske livskvaliteten vil slik han beskriver ha betydning for hvor tilfreds mennesket føler seg og kvaliteten på de indre opplevelsene. Dette kan sammenlignes med Næss (2011) sin definisjon på livskvalitet. Hun mener at et individ har høy livskvalitet dersom de kognitive og affektive opplevelsene er positive. Både Barstad (2014) og Næss (2011) viser til at det er individet selv om avgjør hvilken grad av livskvalitet vedkommende har. Definisjonene legger vekt på at det er individet, subjektet, som er i sentrum av eget liv. Dette gjør seg gjeldene i funnene i denne studien.

Når folkehelsekoordinatorerne blir spurt om å beskrive hva de vektlegger som god livskvalitet peker flere på den subjektive opplevelsen. De er opptatte av at det er individet som skal ha det godt med seg selv. Dette kan vi blant annet se i hvordan informanten Mette beskriver en god livskvalitet: «*Et meningsfullt liv, at du opplever at du blir lyttet til, at du trengs og at du er nyttig... Det er særlig relasjonene til de rundt deg, til familie og at man har venner, et sosialt nettverk*». I sitatet kan vi se at Mette henviser til *du*. Det er mennesket som er i sentrum. Det legges vekt på hvordan individet opplever egen livskvalitet. Det kan tenkes at dette bidrar til å påvirke hvordan folkehelsekoordinatorerne



utøver hjelpen til befolkningen. En får et nærmere forhold til målgruppen dersom en refererer til dem som enkeltindivid, heller enn en befolkningsgruppe.

Livskvalitet er knyttet til våre relasjoner, tilknytning og tilhørighet med andre. Gjennom relasjoner til andre vil vi oppleve tilknytning og føle tilhørighet. I følge Fikse (2020) vil relasjoner være betydningsfullt for trivsel, trygghet og personlig vekst. Hun mener at gode relasjonelle ferdigheter kan være kilde til livsmestring. Deci og Ryan (2000, sitert i Næss et al., 2011) mener at relasjoner er viktig for mennesket. De peker på at relasjoner er en av tre grunnleggende psykologiske behov som må være til stede for vekst og integrasjon. Også Baumeister og Leary (1995) hevder at mennesker har behov for å knytte varige relasjoner til andre mennesker for å ha et godt liv. De hevder at relasjonene vil ha betydning for hvordan vi oppfatter oss selv i kontakt med omgivelsene. Det er med andre ord bred enighet i fagfeltet om hvor viktig relasjoner er for menneskets kontakt med omgivelsene. Her kan det derfor knyttes paralleller til hvilken betydning relasjoner har for tilhørighet. Det er gjennom relasjoner vi kan oppleve tilhørighet til andre. Slik Hagerty et al. (1992) definerer tilhørighet vil den personlige involveringen i et system eller miljø har betydning for hvordan vi opplever oss som en del av noe. Det er rimelig å anta at manglende relasjoner derfor vil gå på bekostning av hvordan vi oppfatter oss som en del av et system eller miljø. Uten relasjoner til andre er det også utfordrende å tilhøre noe.

Vi trenger alle en grad av sosial stimuli. I følge Baumeister og Leary (1995) vil mennesker ha et iboende behov for tilhørighet og opprettholde positive relasjoner. Dette er i tråd med hva mine funn viser. Informantene i denne studien legger vekt på at relasjoner og tilhørighet til andre er av stor betydning for livskvaliteten. Det kommer frem at nære relasjoner til mennesker er viktig for å føle seg betydningsfull. I ulik grad forteller informantene at det å ha tilknytning og oppleve tilhørighet vil ha betydning for individets livskvalitet. Dette kan vi blant annet se i hvordan Mari beskriver en god livskvalitet: *«Du har gode relasjoner i rundt deg og det er trygge rammer... Du føler at du har tilknytning til samfunnet ditt og at du føler at du mestrer de punktene som er viktig for deg selv... Men samtidig kan du ha god livskvalitet selv om du er utenfor arbeidslivet, bare du har en tilknytning»*. Også Hanne mener at relasjoner er essensielt for god livskvalitet: *«...og den psykiske helsen den henger veldig sammen med både sosiale relasjoner, hvordan du føler deg og blir ivaretatt. Det gjelder i alle plasser i samfunnet...Det er også kjempeviktig at du føler at du har noen. At du har sosiale relasjoner»*. Disse sitatene illustrerer hvordan folkehelsekoordinatorerne i studien vektlegger det å inngå i sosiale relasjoner og nettverk. De mener at det å føle at du har noen, at du har en tilknytning, henger sammen med hvilke forhold som må ligge til rette for en god livskvalitet. Funnene illustrerer samtidig at arbeidet med å etablere gode muligheter for tilhørighet blir understreket av folkehelsekoordinatorerne.

Selv om mennesker har et grunnleggende behov for tilknytning slik Bowlby (1949) peker på, vil det variere i hvilken grad en trenger sosial stimuli. Av ulike grunner er det ikke alle som ønsker å delta i sosiale fellesskap. I mine funn kan vi se at folkehelsekoordinatorerne viser til det individuelle behovet for tilknytning. Informanten Hanne erfarer at innbyggerne i hennes kommune har ulike behov når det kommer til støtte fra andre. Til dette kan vi trekke paralleller til attraksjonsmodellen Olsen og Tågtstrøm (2013) benytter. Modellen forklarer hvorfor enkelte ikke har et like sterkt behov for sosial stimuli som andre. I følge Olsen og Tågtstrøm (2013) kan dette forklares i individets behov for frihet, personlige karakteristikk eller nytte versus kostnad. Dersom individet føler at kostnaden er større enn nytten av sosiale relasjoner vil det heller ikke friste med gjentakende deltakelse. Uten

vedvarende kontakt med andre havner en utenfor fellesskapet og samfunnet. Det er nærliggende å anta at barrieren for impulsiv deltakelse dermed blir forhøyet. Det å plutselig skulle ta del i et sosialt fellesskap kan for mange virke skremmende. Hvordan oppsøker jeg miljøet? Hvem skal jeg henvende meg til? Hvordan skal jeg te meg? Slike undringer kan bli en belastning for individet og skape ytterligere bekymringer. Det som en gang hadde en begrunnet hensikt hos individet kan senere bli en barriere for deltakelse. Dersom usikkerheten og barrieren får rotfeste kan det tenkes at dette vil påvirke livskvaliteten negativt i det lange løp.

På den andre siden av attraksjonsmodellen finner vi utstøtningsmodellen. Denne delen av modellen beskriver i følge Olsen og Tågtstrøm (2013) hvordan mennesker blir hindret eller frarøvet muligheten til deltakelse. Det kan være snakk om utestengelse, diskriminering eller andre forhold som skaper utenforskap. En konsekvens av dette vil være sosial ekskludering og ensomhet. Ensomhet blir av Barstad (2014) beskrevet som et misforhold mellom opplevd og ønsket tilhørighet. Uten gode relasjoner til andre mener Barstad (2014) at vi kan oppleve sosial ekskludering og ensomhet. Han mener at utenforskap ofte bunner i tidligere erfaringer fra barndom og oppvekstmiljø. Utenforskap, sosial ekskludering og ensomhet blir ansett som en trussel mot individets psykiske helse. Mine funn indikerer at folkehelsekoordinatorerne er bevisst disse konsekvensene. Informantene forteller at ensomhet og utenforskap er forbundet med lav livskvalitet og vil påvirke den psykiske helsen. Til dette kan sitatet fra Gunn være et eksempel: *«Du kan jo være ensom og ha det bra også, men er man for mye ensom og for mye alene så gir det i alle fall ikke god livskvalitet»*. Funnene viser videre at gjennom å legge til rette for at innbyggerne skal oppleve tilhørighet vil det bidra til å forebygge ensomhet og utenforskap.

Det argumenteres her for at ensomhet og utenforskap kan forklare hvorfor noen har lavere livskvalitet enn andre. Når oversikten hos både Statistisk sentralbyrå (2021) og Folkehelseinstituttet (2022) forteller at de unge voksne er gruppen med lavest livskvalitet, kan en anta at lav tilhørighet kan være en årsakssammenheng her. Dette blir samtidig bekreftet i rapporten fra Røde kors. Den viser at sju av ti mellom 16-19 år føler seg ensomme (Røde kors, 2021, s. 7). At mange derfor ha vansker med å etablere relasjoner og skaffe nettverk hvor de kan møte likesinnede er ikke vanskelig å forstå. Etter mine vurderinger bør folkehelsekoordinatorerne arbeide effektivt for å forebygge at utenforskap og ensomhet oppstår og bidra til at statistikken endrer seg. Folkehelsekoordinatorerne står i en særegen posisjon til å utforme samfunnet i samarbeide med befolkningen og kan iverksette tiltak som skaper tettere relasjoner og tilhørighet. Hvordan dette kan løses i praksis vil den videre diskusjonen ta for seg grundigere.

## **5.2 Hvordan kan empowerment være et ledd i å fremme livskvalitet?**

Slik Verdens helseorganisasjon (1998) beskriver handler empowerment om hvilke ressurser, ferdigheter og kompetanse individet har til å ta kontroll over eget liv. Gjennom empowerment, eller myndiggjøring, settes menneskene i stand til å delta i beslutninger og prosesser som omhandler eget liv. Empowerment blir av Krogstrup og Brix (2019) knyttet opp mot individuell kapasitetsbygging. Begrepet brukes om de ressursene individet har for å utvikle positiv endring og nå sine mål. Det viser seg at folkehelsekoordinatorerne i denne studien arbeider målrettet for at innbyggerne skal oppleve empowerment og medbestemmelsen i hverdagen. Hvordan dette gjøres vil jeg drøfte i det videre.

Funnene i analysen viser at samtlige av folkehelsekoordinatorene uoppfordret forteller om viktigheten av at innbyggerne får medvirke i samfunnet. Gjennom måten de snakker om medvirkning tegner de et bilde av et kommunalt planarbeid med mål å inkludere innbyggerne i offentlige beslutninger. Folkehelsekoordinatorene arbeider effektivt for at innbyggerne skal kjenne på myndiggjøring og ta del i de avgjørelsene som blir tatt. Eksempler på dette er hvordan innbyggerne oppfordres til å delta i folkemøter, beslutninger som angår lokalmiljøet og utforming av diverse tjenestetilbud. Informantene Mette og Silje forteller hvordan de bruker innbyggerne i lokalsamfunnet aktivt for å utforme nye vedtak og avgjørelser. Mette benytter en SMS- tjeneste for at innbyggerne skal bli inkludert i prosesser som angår samfunnet. Silje forteller at kommunen arrangerer folkemøter ute i bygdene for at innbyggerne kan delta og ytre sine meninger. Informanten Gunn på sin side peker på hvor viktig det er å implementere medvirkning fra tidlig av, blant annet gjennom elevråd på skolen.

Metodene nevnt ovenfor kan samlet omtales som det jeg velger å kalle *engasjerende medvirkning*. Det kan argumenteres for at slik engasjerende medvirkning har en tosidig effekt. På den ene siden vil det være positivt for individet å kunne delta i prosesser som omhandler eget liv. Dette støttes av Sletteland og Donovan (2012) som mener at dersom vi opplever autonomi og medvirkning vil det gi en positiv innvirkning på egen trivsel. De mener at empowerment kan bidra til at individet opplever tilhørighet, selvbestemmelse og deltakelse i fellesskapet (Sletteland & Donovan, 2012). At folkehelsekoordinatorene inkluderer innbyggerne vil dermed gi mer fornøyde innbyggere, styrke livskvaliteten og fremme folkehelsen generelt. På den andre siden vil engasjerende medvirkning kunne resultere i bedre lokalsamfunn. Når innbyggerne blir invitert til å delta i beslutninger som angår eget lokalsamfunn kan samfunnet bli utformet i tråd med hvilke ønsker og behov den aktuelle befolkningen har. Faglig støtte for dette finner vi hos Naidoo og Wills (2005) som mener at medvirkning i lokalsamfunnet kan gi positive ringvirkninger på samfunnet. De peker på fordeler knyttet til innflytelse i politiske vedtak, miljømessige forhold og relasjonelle bånd (Naidoo & Wills, 2005). Engasjerende medvirkning gir dermed utnytte både for innbyggerne og lokalsamfunnet.

For at empowerment skal kunne erfares hos innbyggerne peker Sletteland og Donovan (2012) på at fagpersoner innenfor folkehelse bør ha en «nedenfra og opp» tilnærming. Dette vil si at arbeidets art tar utgangspunkt i befolkningens meninger og behov når beslutninger blir tatt. Dersom folkehelsekoordinatorene ikke tar befolkningens ønsker i betraktning og dermed overkjører dem i beslutningsprosesser innehar de en «ovenfra og ned» tilnærming (Sletteland & Donovan, 2012). Også Naidoo og Wills (2005) viser til at skal en lykkes med medvirkning må fagpersoner kunne slippe fra seg kontrollen og arbeide proaktivt. Mine funn viser at folkehelsekoordinatorene evner å ha et «nedenfra og opp» fokus i sitt arbeid. Når informantene forteller om hvordan de inkluderer innbyggerne og sørger for myndiggjøring trekker jeg konklusjoner om at deres arbeid innebærer en «nedenfra og opp» tilnærming. Disse konklusjonene baserer seg blant annet på hvordan både Silje, Mari og Gunn beskriver deres arbeid med å inkludere befolkningen i de beslutninger som tas. De ønsker å forhøre seg med innbyggerne for å vite hva de trenger og hvilke tiltak som er fornuftige. Dette kan knyttes opp mot relasjonell velferd slik Heimburg og Ness (2020) beskriver. Relasjonell velferd handler om hvordan velferd kan styrkes og utvikles gjennom gode samarbeid og relasjonelle ferdigheter blant medlemmene i et samfunn (Heimburg & Ness, 2020). Gjennom relasjonell velferd blir alle interessenter i samfunnet inkludert for å skape et godt miljø og god velferd. Å legge til

rette for relasjonell velferd vil dermed ha en positiv virkning for individets opplevelse av myndiggjøring. Dette vil igjen ha en positiv effekt på individets livskvalitet.

Antonovsky (1992) mente at de tre faktorene håndterbart, begripelig og meningsfullt var viktig for at individet skal føle sammenheng i livet, «sence of coherence». Empowerment kan knyttes til Antonovsky (1992) sin teori om «sence of coherence». Gjennom oppgaver som styrker empowerment kan en også styrke god helse og det han kaller salutogenese. For at dette skal kunne gjennomføres ansees det viktig at prosessene innbyggerne inviteres til å delta i betyr noe for dem. Dersom prosessene og beslutningene ikke oppleves meningsfulle kan det tenkes at individet heller ikke ønsker å delta. Det samme gjelder for de to andre faktorene i «sence of coherence», håndterbart og begripelig. Oppgavene individet settes ovenfor må være overkommelig og forutsigbare. Tidligere erfaringer vil dermed spille en rolle om våre forventninger om å mestre og delta i senere hendelser. I denne sammenheng vil jeg samtidig peke på at innbyggerne må tas på alvor. Innbyggerne å føle at de er ønsket og blir lyttet til. Dersom ikke dette er tilfelle vil effekten kunne ha en tilbakevendende virkning.

Med empowerment og individuell kapasitetsbygging settes individet i stand til nå sine mål (Krogstrup & Brix, 2019). Når vi lykkes med å nå målene vi setter oss opplever vi mestring. Funnene viser at informantene i noen grad vektlegger viktigheten av mestring. Informantene Mari og Silje forteller om mestringens betydning for livskvalitet, dette være seg enten i jobbsammenheng eller i privatlivet. Mestringstro, self- efficacy, blir av Bandura (1997) ansett som en indikator på god helse og livskvalitet. Han mener at dersom vi har positive erfaringer med å mestre oppgaver vil det påvirke individet positivt til å legge ned innsats i nye situasjoner. Individet vil fortsette å bruke energi, tilegne seg kunnskap og ha bedre utholdenhet til å gå løs på nye oppgaver (Bandura, 1997). Dette er noe folkehelsekoordinatorerne bør ta i betraktning i arbeidet med styrke innbyggernes empowerment. Slik jeg ser det bør innbyggerne få positive mestringserfaringer med deltakelse og medbestemmelse. De må erfare at det lønner seg å delta og at det gir mestring å kunne være med å bestemme over eget liv og samfunn. Når innbyggerne opplever mestring, autonomi og medvirkning kan det tenkes at de også får lyst til å delta mere. Dette gir en positiv spiral både for individet og samfunnet.

### **5.3 Det inkluderende lokalsamfunnet – hva og hvordan?**

I stortingsmelding nummer 6 (2019-2020) blir kultur for inkluderende fellesskap og tidlig innsats ansett som en viktig bærebjelke for samfunnet. Gjennom å skape inkluderende barnehager og skoler kan en legge til rette for en kultur og en holdning som gjennomsyrrer det norske samfunnet. Inkludering handler om at alle skal kunne føle seg som en del av fellesskapet, enten det gjelder barnehage, skole, arbeidsliv eller storsamfunnet (Meld. St. 6 (2019-2020)). Det å delta i samfunnet har betydning for hvordan mennesket føler seg. Slik Baumeister og Leary (1995) viser til har mennesker et iboende behov for å være en del av et fellesskap og oppleve tilhørighet. Å delta i et fellesskap kan gi flere positive innvirkninger på livskvaliteten til individ. I følge den norske offentlige utredningen fra 2020 (NOU 2020:16) vil et veletablert lokalsamfunn kunne legge til rette for et fellesskap og aktiviteter som skaper samhold og mestring. Også Prilleltensky (2020) viser til gjennom begrepet mattering, at i et fellesskap vil individet kunne føle seg verdifullt og bidra med noe verdifullt. Når individ opplever mattering vil vi føle oss inkluderte, anerkjente og som en del av et fellesskap.

Det er i følge Helgesen og Hofstad (2012) kommunen sitt ansvar å legge til rette for gode bomiljø og aktiviteter alle kan delta i. Hvordan kommunen organiserer tilbudet til befolkningen er opp til den enkelte kommune (Helgesen & Hofstad, 2012). Funnene i denne studien viser at folkehelsekoordinatorerne aktivt bruker lokalsamfunnene i kommunen. Informantene i studien legger vekt på hvordan lokalsamfunnet kan være kilde til inkludering gjennom å skape møteplasser og arenaer hvor alle er velkomne. Informantene forteller at de vil skape lokalsamfunn hvor alle aldersgrupper kan trives og ta del i fellesskapet. I følge Fangen (2009) finnes det ulike arenaer som bidrar til inkludering og tilhørighet. Hun viser til at venner, lokalsamfunn, fritidsaktiviteter og nabolaget kan være viktig arenaer for å oppleve tilhørighet. Folkehelsekoordinatorerne i studien vektlegger det å skape lokalsamfunn hvor alle aldersgrupper kan trives og ta del i fellesskapet.

Funnene viser at informantene arbeider for å kunne være en inkluderende kommune med et tilbud til hele befolkningen. Folkehelsekoordinatorerne ønsker å legge til rette for at barn og unge skal kunne drive med fysisk aktivitet og idrett. De oppretter alternative tilbud for dem som ikke ønsker å delta i organiserte aktiviteter og etablerer møteplasser hvor eldre kan samles. Funnene viser at fysisk aktivitet er noe folkehelsekoordinatorerne ønsker å implementere som en kommunal satsning. Dette vises gjennom de kommunale turstiene, sykkelveiene og konkurransene som informantene forteller de er ansvarlige for. Av sitatet fra informanten Mari kan vi se hvordan hun tilrettelegger for at kommunen skal tilby ei inkluderende fritid: *«For eksempel når du er ferdig på skolen eller i arbeidslivet, hvilke tilbud finnes det i kommunen? Er det aktiviteter i hallen, er det andre aktiviteter, alt fra fysisk aktivitet til brettspill, til møter, det å strikke, kaffemøter. Altså at vi har et tilbud som viser at vi har noe å gi...»*. Uformelle møteplasser blir av informanten Gunn understreket som viktig for at befolkningen skal kunne trives: *«De møteplassene vi har fått til, de benkene vi har fått til, de arenaene i rundt her, som gjør at folk kan møtes. Det med å ha gratis opplevelser, transportmidler som gjør at folk har muligheten til å komme seg fra a til b, men også å møtes underveis. Det har vært litt med det å skape god livskvalitet og for at folk skal ha mulighet til å bruke det»*. Av disse to sitatene kan vi se at det ikke nødvendigvis trenger å være de største friidrettshallene eller fotballbanene som skaper inkludering. Små, enkle grep kan utgjøre noe for befolkningens livskvalitet. Uformelle møteplasser, slik Gunn refererer til, kan være det som binder naboer sammen. Det å legge til rette for parker og møteplasser blir også av Silje pekt på som viktige tiltak for folkehelsen og livskvaliteten: *«Det offentlige kan legge til rette for åpne parker, lekeplasser eller oppholdssteder som er attraktive for ungdommene. Vi har selv laget parken vår med en grillhytte og en gapahuk med klatrepark fra 0-100»*. Sitatene jeg har valgt å trekke frem her bekrefter det Fangen (2009) viser til når hun mener at lokalsamfunnet består av mange ulike arenaer som bidrar til inkludering.

Det kan diskuteres hvorvidt tilbudene som gis er inkluderende for alle. I følge den norske offentlige utredningen (NOU 2020:16) vil et hvert samfunn inneholde kulturelle, sosiale og økonomiske forskjeller. Et relevant funn i denne sammenheng er hvor varmt folkehelsekoordinatorerne forteller om at kommunene tilbyr lavterskeltilbud for befolkningen. Det skal være mulig å delta uavhengig sosioøkonomisk status. Dette støttes av Helgesen og Hofstad (2012) som mener at det kommunale folkehelsearbeidet skal bidra til inkludering og sosial utjevning. Også den norske offentlige utredningen peker på at lokalsamfunnet kan være kilde til sosial utjevning gjennom å være inkluderende uavhengig sosial, kulturell eller økonomisk kapital (NOU 2020:16). Tilbudet kommunene tilbyr er avhengige av økonomiske midler for at de sosiale forskjellene skal utjevnes og at lavterskeltilbud skal være mulig. Informantene Mari og Hanne forteller at de har ansvaret

for tjenestetilbudet BUA. BUA er en bedrift som låner ut gratis utstyr til befolkningen. I tillegg til BUA er Hanne ansvarlig for Opplevelseskortet til barn og unge i lavinntektsfamilier. Dette er et tilbud som sørger for at barn og unge skal få delta i aktiviteter uavhengig familiens inntekt. Slike tilbud vil være med å minske forskjellene og gjøre aktiviteter tilgjengelig for alle. Da er en ikke avhengig av den enkeltes ressurser for deltakelse. For unge voksne kan et slikt tilbud bidra til at de kan delta i de aktivitetene som tilbys i nærmiljøet. Å være med på aktiviteter kan både ha en fysisk og psykisk helsegevinst. Her får en oppleve mestring, samhold og skape relasjoner med andre. Dette vil være i tråd med hvordan Fikse (2020) mener at relasjoner kan være positivt for individets helse.

Når en skal inkludere er det ikke bare sosial utjevning og økonomiske aspekter som må tas høyde for. Det bør legges til rette for like muligheter på tvers av grenser og avstander. I store kommuner kan avstand fra by og bygd være en ekskluderende faktor. Hvor tilgjengelige tilbudene er har noe å si for oppslutningen og opplevelsen av å bli inkludert. Dersom kommunen legger til rette for aktiviteter i sentrumskjernen hvor innbyggerne må transporteres i lange avstander kan dette oppleves som ekskluderende for de som kommer utenfra. Funnene i denne studien viser at informantene er opptatte av tilgjengelighet. De ønsker å legge til rette for at tilbudene skal være tilgjengelig for alle. Dette kan vi se hos Gunn som mener det er viktig at innbyggerne kommer seg fra a til b for å ha nærhet til det som foregår.

Det foreslås å ta i bruk hele kommunen i arbeidet for å skape inkluderende lokalsamfunn. Dette støttes av den norske offentlige utredningen (NOU 2020:16) som mener at lokalsamfunnet er en av de viktigste arenaene for etablering av sosiale nettverk. I kommuner hvor bygdene står sterkt vil det å arrangere aktiviteter og skape folkeliv være viktig for bygdelivet. Dette kan gjøres slik som informanten Hanne peker på gjennom å etablere frivillighetssentraler og møteplasser hvor folk kan arrangere alt fra strikkekafe til sjakkturnering. Dette vil ikke bare gi en positiv effekt på enkeltindividet, men kan være en faktor for å skape tilhørighet i hele samfunnet slik Sletteland og Donovan (2012) viser til. Med aktivt bruk av hele kommunen kan innbyggere fra ulike deler samles og møtes på tvers av regionale grenser. Dette vil sørge for tettere relasjoner og mindre rivalisering. En kan dermed anta at bruk av bygdene og de ulike lokalsamfunnene vil sørge for bedre tilgjengelighet og inkludering for hele befolkningen.

#### **5.4 Tiltakenes dualisme – hvilken effekt har universelle og selektive tiltak?**

I følge Major et al. (2011) kan folkehelsearbeidet deles inn i universelle, selektive eller indikative tiltak. De universelle tiltakene når ut til hele befolkningen, mens de selektive tiltakene retter seg mot grupper ut fra risiko eller helsedeterminanter. Naidoo og Wills (2005) viser til at målrettede tiltak mot en befolkningsgruppe vil kunne sikre effektive servicetilbud. Folkehelsekoordinatorerne i denne studien beskriver at handlingsrommet for å bedre livskvaliteten hos befolkningen i utgangspunktet er stort. De sitter i en posisjon som gjør at de kan nå ut til ulike målgrupper og tilrettelegge for universelle tiltak. Informantene peker på flere universelle tiltak de benytter for å fremme livskvaliteten hos befolkningen i kommunen. Universelle tiltak som å sikre gode lokalsamfunn, utemiljø, parker, møteplasser, kulturarrangement, styrke frivilligheten, økonomiske tilskudd, gratis arrangement og sosiale sammenkomster er noe av det folkehelsekoordinatorerne gjør for å arbeide helsefremmende og fremme livskvaliteten. Dette er tiltak som kan komme alle til gode og vil styrke livskvaliteten til hele befolkningen.

Til tross for mange universelle tiltak viser funnene at folkehelsekoordinatorene i liten grad benytter selektive tiltak. Informantene forteller at tiltakene som iverksettes er generelle tiltak med mål om å bedre hverdagen og livskvaliteten til folk flest. Mangelen på selektive tiltak kan eksemplifiseres i sitatet til Mari: *«Det burde gå på dagsorden. Fordi vi er ikke god nok, og det kan jeg skrive under på. Vi er ikke god nok på å finne verken universelle tiltak mot målgruppen eller spesielle tiltak. I hvert fall i denne kommunen som jeg vet om»*. Slik som Naidoo og Wills (2005) hevder vil de universelle tiltakene kunne nå ut til majoriteten. En kan argumentere for at de universelle tiltakene treffer alle og at folkehelsekoordinatorene på så måte arbeider for å styrke de unge voksnes livskvalitet. Men på en annen side vil ulike befolkningsgrupper og alderssammensetninger ha ulike behov og trenger dermed ulike tilpasninger. En sosial strikkekafe kan være betydningsfullt for en gruppe eldre, men trenger ikke nødvendigvis å være like virkningsfullt for en gjeng i 20 – årene. Med dette mener jeg at tiltakene må være konkrete og målrettede for at de unge voksne skal føle seg sett og verdsatte. Det trengs tiltak som appellerer til målgruppen gjennom ulike aktiviteter, møteplasser og tjenestetilbud. Her foreslås det et tilbud som sikrer at den enkelte opplever det Antonovsky (2012) benevner som «sense of coherence», sammenheng i tilværelsen. Tiltakene må være av slik art at den unge voksne kan trives, oppleve mening, mestring og få en økt livskvalitet.

Samtidig kommer det frem at kunnskap om målgruppen unge voksne er en mangelvare. Det viser seg at dette er en gruppe mennesker som ofte blir nedprioritert. Det fokuseres mye på hvordan en kan bedre hverdagen til barn og eldre, men mennesker i overgangsfasen fra barn til voksen blir ikke prioritert. Dette ble påpekt av flere av mine informanter. Informanten Silje forteller at etter videregående opplæring stiller ikke kommunen opp på samme måte lengre: *«Det er egentlig en gruppe som vi ikke har så god oversikt over. Fordi at vi har mange tjenester knyttet inn til skolene og når de er utenfor ungdomsskole og videregående så er det ikke kommunale tjenester så hardt på de lengre»*. Også Gunn erfarer at kunnskapen om unge voksne ikke er tilstrekkelig: *«Vi har veldig mye kunnskap om ungdomsskoleelever, videregående skoleelever, til dels barn. Vi vet mindre om den her gruppen 18 år og opp»*. Dette indikerer at kommunene og folkehelsekoordinatorene mister noe av oversikten når de ikke lengre er under det kommunale eller fylkeskommunale ansvaret.

Å anta at de unge voksne klarer seg selv etter fullført videregående skole kan oppleves noe naivt. Selv om en er juridisk voksen etter fylte 18 år, oppleves det ikke nødvendigvis slik for individet selv. Det kan tenkes at de unge voksne fortsatt trenger støtte både hjemmefra og fra det offentlige for å mestre hverdagen. Når denne støtten forsvinner etter videregående og i takt med de økologiske overgangene kan livet oppleves belastende. I følge Olsen og Tågtstrøm (2013) vil økologiske overganger kunne oppleves utfordrende og sårbare. Det argumenteres derfor her med at det blir desto viktigere å inneha nok kunnskap om hva målgruppen unge voksne trenger. Å opprettholde tidligere støtteapparat og skaffe til veie nye støtteordninger som kan verne om de unge voksne blir avgjørende for gode overganger. Hvilke støtteordninger som kan være aktuelle vil være individuelt, men kommunene må sørge for at de tilbyr tjenester som fanger opp de unge voksne i de økologiske overgangene. Kanskje må det iverksettes ytterligere tiltak som forbereder ungdommene til voksenlivet? Eller kanskje trengs det tiltak som styrker de relasjonelle ferdighetene slik at de unge voksne selv evner å etablere nye nettverk? En ting er sikkert, uansett hvilke løsninger som intervenseres må de unge voksne inviteres til å ytre sin mening.

Slik sitatene ovenfor indikerer er det et behov for økt satsing når det kommer til unge voksne. Utfordringene målgruppen står ovenfor må belyses og fokuset må forsterkes slik at også denne målgruppen blir møtt med de behovene som skal til for å få en bedre hverdag. Dette viser også Olsen og Tågtstrøm (2013) som mener at unge voksne står i en sårbar situasjon med økologiske overganger, opplevd press og forventninger om det å være ung voksen i dag. Mine funn viser at folkehelsekoordinatorerne opplever å ha for lite informasjon om livskvalitet og psykisk helse for unge voksne. Det kommer frem at de har mye forskning og undersøkelser på barn og unge, samt eldre. For aldersgruppen 18-30 år deler informantene at de mangler egne kommunale undersøkelser som gjør det utfordrende å kartlegge hvordan den faktiske livskvaliteten er. Flere av informantene viser til Ungdata og HUNT- undersøkelsen, men opplever at disse ikke gir et presist bilde på livskvaliteten hos målgruppen i de representative kommunene. Når et evidensbasert kunnskapsgrunnlag faller bort kan det tenkes at det er utfordrende å kartlegge og iverksette målrettede tiltak for å fremme livskvaliteten. Det å skulle intervensere tiltak uten et kunnskapsgrunnlag blir som å lete i blinde. Funnene viser dermed at det er et behov for mer konkrete undersøkelser som både kartlegger livskvalitet og åpner for å se hvilke behov de unge voksne selv sitter med.

### **5.5 Hvordan kan helsefremmende arbeid transformeres fra patogenese til salutogenese?**

Når en skal tilrettelegge for helsefremmende arbeid vil det være ulike tilnærminger å ta stilling til. Hvordan det helsefremmende arbeidet koordineres vil variere ut i fra hvilke holdninger en har til helse. Salutogenese ble utviklet av Antonovsky (1996) for å være en motvekt til patogenese. Med en patogen holdning forstår en helse som det som bringer sykdom og uhelse. Det helsefremmende arbeidet vil med en patogen forståelse fokusere på å kurrere sykdom. På den andre siden finner vi salutogenese som i større grad ønsker å utforske faktorer som bringer helse. I stedet for å kurrere ønsker en å forebygge. Denne forskjellen var Antonovsky (1996) opptatt av, da den endrer måten en gir behandling på og arbeider med helse. Å skifte holdning fra sykdom til god helse vil gi helsefremmende gevinster. En endrer arbeidet fra å være reaktivt til å bli proaktivt. Det kan argumenteres for at fordelene vil utspille seg i en generelt sunnere befolkning, da en tar tak i utfordringene før de oppstår som problemer. Det kan i mange tilfeller tenkes at det er lettere å forebygge, enn å helbrede eller kurrere.

Gjennom den salutogene tilnærmingen ønsker Antonovsky (2012) at individet skal oppleve sammenheng i tilværelsen med erfaringer knyttet til det som er håndterlig, begripelig og meningsfullt (Antonovsky, 2012). Å arbeide for at individet skal oppleve forutsigbarhet og sammenheng i livet kan sies å være helsefremmende. Med dette legges det vekt på at når individet opplever sammenheng i livet vil det slik Antonovsky (2012) mener kunne være mer tilfreds, oppleve kontroll og ha en forventning om mestring i de situasjonene individet står ovenfor. Mestringsforventning vil i følge Bandura (1997) ha en korrelasjon med god helse og livskvalitet. Det er derfor grunn til å tro at ved å sørge for innbyggere som opplever sammenheng og mestring vil det samtidig gi en helsefremmende gevinst.

Mine funn viser at folkehelsekoordinatorerne ønsker å legge til rette for innbyggere som opplever sammenheng i livet. Spor av dette kan vi se gjennom det Mari forteller: «*Vi som kommune legger til rette for at hver enkeltperson opplever det og har kapasitet til å oppnå det*». Samtidig viser Silje at hun ønsker å «*fange opp dem der det blir en stor ubalanse mellom risikofaktorer og beskyttelsesmekanismer. Der vektskålen blir veldig ujevn, det er*



*dem vi må kanskje være litt obs på...».* Med dette kan vi se at folkehelsekoordinatorene er opptatte av hva som bringer helse. Med risikofaktorer og beskyttelsesmekanismer viser Silje til at noen helseatferder er hemmende og andre fremmende for livskvaliteten. Informantene legger vekt på at individ vil ha ulike behov når det kommer til helse og livskvalitet. De er bevisste på at ulike sider ved livet må tilfredsstilles for å ha det godt. Dette kan knyttes opp til hva Diener og Biswas – Diener (2008) betegner som et godt liv. De mener at det finnes flere indre og ytre forhold som vil være fremmende for gode liv. Her finner vi faktorer som fysisk og psykisk helse, sosiale relasjoner og engasjement i framtiden.

Informantene er tydelig på at de ønsker å være en fasilitator for et helsefremmende liv. Folkehelsekoordinatorene forteller at de ønsker å legge til rette for ei god folkehelse som profiterer gode liv og en god livskvalitet. De er samtidig opptatte av at det er innbyggerne selv som må gjøre jobben. I følge folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011, §1) plikter kommunen å legge til rette for gode samfunn hvor individene settes i stand til å ta vare på seg selv. Slik Sletteland og Donovan (2012) beskriver kan helseinformasjon formidles til innbyggerne gjennom media, undervisning, samtaler og ferdighetstrening (Sletteland & Donovan, 2012). Gjennom formidling av god helseinformasjon kan individet selv bli bevisst på hva som gir god helse og livskvalitet. For at innbyggerne skal kunne benytte slik informasjon ansees det viktig at informasjonen er forståelig og håndterlig. Informasjonen bør samtidig være lett tilgjengelig for innbyggerne. Informantene Mari og Gunn forteller at de bruker strategiene til henholdsvis «ABC- modellen» og «Hverdagsgladens fem» for å bevisstgjøre sine innbyggere på hvordan de selv kan gjøre gode helsefremmende valg. Dette støttes av Lindstrøm og Eriksson (2015) som mener at det helsefremmende arbeidet i stor grad kan gjøres av individene, bare det er håndterbart og forståelig. Dette er også informanten Silje inne på når hun sier at *«Å hjelpe folk å ta tak i det de selv kan ta tak i. Det er veldig viktig, for da får du mestring hvis du klarer å endre noe selv også.»* Jeg vil hevde at dette er noe av kjernen i folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinatorene kan ikke stå ansvarlig for innbyggernes helse, det må individene evne å gjøre selv. Jobben til folkehelsekoordinatorene er å sørge for at forholdene ligger til rette for at innbyggerne selv tar ansvar og selvstendige valg knyttet til helse. Folkehelsekoordinatorene har kunnskap til å være en fasilitator og en veileder for gode helsefremmende valg. Dette vil være i tråd med hva Krogstrup og Brix (2019) legger i individuell kapasitetsbygging, hvor individet skal bruke sine ressurser og ferdigheter for å håndtere livets utfordringer. Det handler rett og slett om å hjelpe innbyggerne slik at de selv kan ta tak i egen helse.

## Kapittel 6: Avslutning

Med mål om å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorer kan fremme livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne vil jeg i det følgende gjøre noen avsluttende refleksjoner.

Ut i fra overnevnte teori og intervjuer med de fem folkehelsekoordinatorerne kan det konkluderes med at handlingsrommet for å styrke livskvaliteten og tilhørigheten hos unge voksne er generelt stort. Folkehelsekoordinatorerne gjør mye for at unge voksne skal trives i kommunen og leve et godt liv. De arbeider for å styrke tilhørigheten gjennom å skape gode lokalsamfunn hvor innbyggerne kan oppleve mestring og mening. Uavhengig sosial og kulturell kapital ønsker folkehelsekoordinatorerne å gi et tilbud hvor alle kan delta. Dette arbeidet finner støtte i den norske offentlige utredningen (2020:16) og hos Helgesen og Hofstad (2012). Studien avdekker at lavterskeltilbud gjennom organiserte og uorganiserte aktiviteter blir satset på ute i kommunene. Flere av folkehelsekoordinatorerne er ansvarlig for utdeling av offentlig støtte for å gi innbyggerne lik mulighet for deltakelse. Det å kunne delta og være en del av et fellesskap har vist seg å være verdifullt for å oppleve tilhørighet og god livskvalitet. Lavterskeltilbudene viser seg også gjennom parkene, turstiene, møteplassene og aktivitetene som folkehelsekoordinatorerne legger til rette for. Dette er tiltak hvor innbyggerne kan delta i uformelle fellesskap hvor terskelen for oppmøte og ferdigheter er lav. Jeg vil hevde at slike tiltak senker barrieren for deltakelse og gjør at flere kan oppleve å høre til.

Det kan samtidig konkluderes med at folkehelsekoordinatorerne er opptatte av å inkludere innbyggerne i medvirkningsprosesser. Gjennom medvirkning og empowerment sikrer folkehelsekoordinatorerne at individene kan føle seg verdifulle og bidra med noe verdifullt. Dette viser seg å være i tråd med hva Prilleltensky (2020) legger i begrepet mattering. Det slås fast at mattering er en god kilde til å oppleve mestring, autonomi og medvirkning som er viktige indikatorer på god livskvalitet. Slikt arbeid har derfor en helsefremmende effekt.

Til tross for mange universelle tiltak avdekker studien at de tiltakene som blir iverksatt ikke er tydelig nok rettet mot unge voksne. Tiltakene bærer preg av å være lite rettet mot målgruppen. Dette ansees som en svakhet for å kunne fremme livskvaliteten. På den ene siden er det lønnsomt å ha universelle tiltak som treffer hele befolkningen. Med universelle tiltak vil en kunne iverksette færre tiltak, samtidig som de når ut til mange. På den andre siden kan det undres over hvorvidt tiltakene gir en positiv virkning på de ulike målgruppene. Når statistikken viser at flere unge sliter med dårlig psykisk helse og lav livskvalitet kan det gi en indikator på behovet for ytterligere tiltak (Folkehelseinstituttet, 2022; Statistisk sentralbyrå, 2021; Røde Kors, 2021).

Det foreslås tiltak som i større grad er konkretisert for å gjelde unge voksne, det som blir omtalt som selektive tiltak. Tiltakene bør være øremerket for de unge voksne. En må erkjenne at unge voksne har andre behov og forutsetninger enn hva andre aldersgrupper har. For å treffe målgruppen må en derfor ha flere kartlegginger og undersøkelser nasjonalt og lokalt slik at kunnskap om hva de unge voksne trenger blir spesifisert. Slik folkehelsekoordinatorerne peker på er gode undersøkelser om folkehelsen hos unge voksne et savn. De har flere undersøkelser som går på andre aldersgrupper, men funnene viser at folkehelsekoordinatorerne ønsker seg flere spesifikke kartlegginger. Kartlegginger som omhandler trivsel, psykisk helse, utenforskap og generell livskvalitet vil gi folkehelsekoordinatorerne et bredt datamateriale å arbeide med.

Når det kommer til veien videre håper jeg at folkehelsekoordinatorene utnytter de flotte lokalsamfunnene som finnes ute i kommunene. Lokalsamfunnet er for mange kjernen i det sosiale liv hvor vennskap skapes og engasjement i aktiviteter formes (Heimburg & Ness, 2020). Det er i lokalsamfunnet en etablerer nye relasjoner, opprettholder vennskap, deltar i aktiviteter, bidrar i frivillig arbeid, er fysisk aktiv og opplever tilhørighet. Videre bruk av lokalsamfunnet ansees derfor helt avgjørende i arbeidet med å fremme livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne.

Å arbeide med individuell kapasitetsbygging vil styrke unge voksne sin posisjon til å ta vare på seg selv og egen helse (Krogstup & Brix, 2019). Her mener jeg folkehelsekoordinatorene har en gylden mulighet – mulighet til å legge til rette for gode forutsetninger for en god livskvalitet. Kanskje er det slik folkehelsekoordinatoren Silje beskriver, at du må «*hjelp folk å ta tak i det de selv kan ta tak i*». Mulighetene for en god livskvalitet er der. Det handler om å gjøre mulighetene synlige og håndterlig for de unge voksne. På dette viset kan de selv forme sin egen, sunne livskvalitet.

### **6.1 Implikasjoner og veien videre**

Da denne studien inngår som en del av det kvalitative forskningsfeltet kan en ikke gjøre generaliseringer som gjelder for hele samfunnet. De fem folkehelsekoordinatorene for de representative kommunene er bare et utvalg av alle folkehelsekoordinatorene rundt om i landet. Det ville vært interessant å se om mine funn korrelerer med andre folkehelsekoordinatorene fra andre distrikt. Å gjennomføre en lignende studie i kvantitativ sammenheng ville gitt et større datagrunnlag og muligens andre nyanser å utforske videre. Som påpekt tidligere er dette et forskningsfelt som trenger å bli løftet frem. Særlig interessant ville det derfor være å gjøre en større studie for å undersøke hvorvidt mine funn gjør seg gjeldende på landsbasis.

Det er gjort flere vurderinger knyttet til hvilken teori og metode som skal integreres. I en hver studie vil forskeren gjøre avveininger som vil komme resultatet til gode. Dette har også blitt gjort i denne sammenheng. Gjennom hele prosessen er det blitt tatt valg basert på hva som vil gi fornuftige og hensiktsmessige svar på tematikken og problemstillingen som utformet seg i det videre arbeidet. Noe teori har blitt prioritert, mens annen teori er utelatt. Dette er valg basert på hva jeg anser som relevant i denne sammenheng.

En styrke i studien er hvordan den undersøker et felt hvor det generelt er lite forskning fra tidligere. Det mye forskning på folkehelsearbeid og hva som gir god helse og livskvalitet, men det finnes mindre forskning på hva som faktisk blir gjort ute i kommunene gjennom folkehelsekoordinatorene. Ytterligere mindre finnes på hva folkehelsekoordinatorene gjør for å fremme livskvaliteten hos målgruppen unge voksne. Studien belyser derfor et område som kan være til inspirasjon til mange. Dette kan samtidig være en begrensning, da en ikke har lignende datamateriale å sammenligne og arbeide ut i fra.

For videre forskning ville det vært interessant å utforske hvilken effekt de unge voksne selv mener tiltakene har. Gjennom å spørre de unge voksne kan en få målbar data på hvordan tiltakene vil være lønnsomme for å fremme livskvaliteten og tilhørigheten. En utvidelse av oppgaven kan være å benytte fokusgrupper til å innhente kunnskap. Her kunne informanter fra flere fagdisipliner og miljøer diskutert hvordan de arbeider for å øke livskvaliteten hos unge voksne. Relevante informanter i en slik fokusgruppe kan være

helsesykepleier, politi, uteseksjon, ungdomskontakt og rektorer. Dette kan være en styrke for å kartlegge hvordan ulike aktører samarbeider for å bedre livskvaliteten hos unge voksne.

Etter å ha arbeidet med masterprosjektet gjennom våren 2022 har jeg fått en økt forståelse for hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider generelt og opp mot unge voksne spesielt. Å få et innblikk i fagfeltet har bidratt til økt interesse og nysgjerrighet for egen del. Som leser av denne masteroppgaven håper jeg du sitter igjen med en forståelse for hvilken posisjon folkehelsekoordinatorer har i sitt arbeid med målgruppen. De har en rekke muligheter for å bedre livskvaliteten hos unge voksne. Denne bevisstheten håper jeg kan komme de unge voksne til gode.

## Kapittel 7: Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. (A. Sjøbu, overs.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet; vitenskapen om hvordan vi har det*. Cappelen Damm AS.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bowlby, J. (1949). The Study and Reduction of Group Tensions in the Family. *Human Relations*, 2(2), 123-128. <https://doi.org/10.1177/001872674900200203>
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling*. Gyldendal Akademisk.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2.utg.). Sage.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness. Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Blackwell publishing.
- Donovan, R. J. & Anwar – McHenry, J. (2014). Act, belong, commit. *American journal of lifestyle medicine*, 10(3), 193-199. <https://doi.org/10.1177/1559827614536846>
- Fangen, K. (2009). Sosial ekskludering av unge med innvandrerbakgrunn: Den relasjonelle, stedlige og politiske dimensjonen. *Tidsskrift for ungdomsforskning* 9(2), 91-112. <https://journals.oslomet.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/1055>
- Fikse, C. (2020). Relasjonell kapasitetsbygging for samskaping. I A. Myskja & C. Fikse (Red.), *Perspektiver på livsmestring i skolen* (s. 65-94). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2022). *Folkehelseprofil 2022*. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/>
- Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelse>

- Forente nasjoner. (2022). *God helse og livskvalitet*. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Gray, L. M., Wong- Wylie, G., Rempel, G. R. & Cook, K. (2020). Expanding qualitative research interviewing strategies: zoom video communication. *The qualitative report* 25(5), 1292-1301. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>
- Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M. & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of psychiatric nursing*, 6(3), 172-177. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90028-H](https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90028-H)
- Heimburg, D. V. & Ness, O. (2020). Relational welfare: A socially just response to co-creating health and well-being for all. *Scandinavian journal of public health*, 49(6), 639-652. <https://doi.org/10.1177/1403494820970815>
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: ressurser, organisering og koordinering* (NIBR Rapport 2012:13). Norsk institutt for by- og regionforskning. <https://kudos.dfo.no/dokument/regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid-ressurser-organisering-og-koordinering-en-baselineundersokelse?evalueringsportalen=1>
- Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative health research*, 19(11), 1632-1641. <https://doi.org/10.1177/1049732309350879>
- Krogstrup, H. K. & Brix, J. (2019). *Co- produktion i den offentlige sektor: brugerinvolvering i kvalitetsudvikling*. Hans Reitzels forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International institute for qualitative methodology* 2(3), 21-35. <https://doi.org/10.1177%2F160940690300200303>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Gyldendal Akademisk.
- Major, E. F. (Red.), Dalgård, 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*. (Rapport 2011: 1) Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>

- Meld. St. 6 (2019-2020). Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3dacad48f7c94401ebefc91549a5d08cd/no/pdfs/stm201920200006000dddpdfs.pdf>
- Naidoo, J. & Wills, J. (2005). *Folkhalsa och halsoframjande insatser*. Studentlitteratur AB
- NOU 2020:16. (2020). *Levekår i byer: gode lokalsamfunn for alle*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-16/id2798280/>
- Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (Red.). (2011). *Livskvalitet: Forskning om det gode liv*. Fagbokforlaget.
- Olsen, T. & Tägtström, J. (Red.). (2013). *For det som vokser: Unge, psykisk uhelse og tidlig uførepensjonering i Norden, en antologi*. Nordens Välfärdscenter.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Adolescent Health* 369(9569), 1302-1313, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the intersection of psychology, philosophy and politics. *American journal of community psychology*, 65, 16-34. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12368>
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: Fra vitenskapsteori til feltarbeid* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Røde Kors (2021). *Psykt ensom: Om ensomhet blant barn og unge*. [https://www.rodekors.no/contentassets/3ada49637c394283ace72a9f709c323f/308630\\_rapport-psykt-ensom\\_uu.pdf](https://www.rodekors.no/contentassets/3ada49637c394283ace72a9f709c323f/308630_rapport-psykt-ensom_uu.pdf)
- Silverman, D. (2010). *Interpreting qualitative data* (3. utg.). Sage.
- Skaalvik, E. M. & Skaalvik, S. (2018). *Skolen som læringsarena. Selvoppfatning, motivasjon og mestring*. Universitetsforlaget.
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå (2021, 2. november). *Livskvalitet i Norge 2021*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>
- Verdens helseorganisasjon. (1998). Programme on mental health; WHOQOL user manual. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>
- Verdens helseorganisasjon. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

## **Kapittel 8: Vedlegg**

### **Vedlegg 1: Intervjuguide**

#### **Oppstart**

- Informere om prosjektet og formålet med datainnsamlingen og forskningen
- Informere om behandling av datamateriale, anonymitet og godkjenning av NSD.
- Innhente samtykke og informere om lydopptak.
- Avklare eventuelle spørsmål informantene sitter inne med
- Starte opptak

#### **Generell bakgrunnsinformasjon**

- Hvilken utdanningsbakgrunn har du?
- Hvor lenge har du arbeidet som folkehelsekoordinator?

#### **Tema 1: Folkehelsearbeid**

- Kan du fortelle litt om din hverdag som folkehelsekoordinator?
- Hva er viktig for deg for å lykkes med folkehelsearbeidet?
- Hvordan opplever du folkehelsearbeidet blir prioritert i din kommune?

#### **Tema 2: Livskvalitet**

- Hva legger du i begrepet livskvalitet?
- Hvordan vil du beskrive en god og dårlig livskvalitet?
- Hvordan oppfatter du livskvaliteten hos unge voksne i din kommune?
- Hvorfor er det viktig å styrke livskvalitet hos unge voksne?

#### **Tema 3: Arbeid og strategier**

- På hvilke måter mener du folkehelsearbeidet kan styrke livskvaliteten hos unge voksne?
- Hvilke tiltak og strategier/verktøy blir benyttet for å styrke unge voksnes livskvalitet i din kommune?
- Benytter du deg selv av noen verktøy eller strategier i ditt arbeid for å nå ut til unge voksne?
- Hvordan opplever du det tverrsektorielle samarbeidet med livskvalitet/folkehelse innad i kommunen?
- I årets Folkehelseprofil er hovedtemaet livskvalitet, hvilken betydning får dette for ditt arbeid som folkehelsekoordinator?

#### **Oppsummering:**

- Rom for at informantene kan legge til noe
- Felles forståelse, eventuelle avklaringer
- Eventuelle spørsmål knyttet til konfidensialitet, prosjektet osv.



## **Vedlegg 2: Samtykkeskjema**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet «Livskvalitet hos unge voksne»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider med livskvalitet og tilhørighet for unge voksne. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette masterprosjektet tilhører masterstudiet i rådgivningsvitenskap ved NTNU. Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider med livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne. For å undersøke dette vil det være interessant å se hvilke holdninger og forståelser folkehelsekoordinatorer i kommunene har til denne tematikken. Folkehelse og livskvalitet henger tett sammen, men hvordan blir det praktisert på kommunalt nivå? Dette er noe av det jeg vil undersøke nærmere i prosjektet.

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å analysere med forskningsprosjektet er som følger «På hvilke måter blir unge voksnes livskvalitet og tilhørighet vektlagt i det kommunale folkehelsearbeidet, gjennom folkehelsekoordinatorer?».

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for pedagogikk og livslang læring ved NTNU er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir forespurt om deltakelse da prosjektet ønsker å rette fokus på folkehelsekoordinatorer sine erfaringer og forståelser knyttet til livskvalitet og tilhørighet for unge voksne. Folkehelsekoordinatorer i Midt- Norge er derfor av interesse for forskningsprosjektet. Til sammen er X antall folkehelsekoordinatorer i regionen Midt- Norge blitt forespurt.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det å delta på et individuelt intervju. Det vil ta deg ca. 45 minutter. Intervjuet vil rette fokus mot refleksjoner knyttet til folkehelse og livskvalitet generelt, samt hvordan dette kan knyttes til unge voksne spesielt. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet og jeg vil ta notater underveis.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Vi som har tilgang på dine opplysninger er jeg som student og min veileder, Kristian Firing.

Dine personopplysninger vil bli strengt anonymisert og vil ikke kunne gjenkjennes i eventuell publikasjon. Navn og kontaktopplysninger som bosted og kommune vil bli erstattet med en kode som lagres på egen liste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på kryptert pc. Eventuelle opplysninger som vil komme frem er at deltakerne i prosjektet er folkehelsekoordinatorer i region Midt – Norge.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen være ferdig våren 2022. Ved prosjektslutt vil personopplysninger om deg og lydklipp fra intervju destrueres.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Norges tekniske naturvitenskaplige universitet:

- Masterstudent Kristine Røflo Vaadal, [REDACTED]
- Veileder/prosjektansvarlig Kristian Firing, [REDACTED]
- Personvernombud NTNU: Thomas Helgesen (thomas.helgesen@ntnu.no).

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

(Kristian Firing)

*Student*

(Kristine Røflo Vaadal)

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Livskvalitet og tilhørighet hos unge voksne*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2022

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

16.05.2022, 13:31

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

201496

### Prosjekttittel

Masteroppgave i rådgivningsvitenskap

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) /  
Institutt for pedagogikk og livslang læring

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

Kristian Firing , kristian.firing@ntnu.no, tlf: 73559705

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Kristine Røflo Vaadal, kristinerv@gmail.com, tlf: 45417797

### Prosjektperiode

01.01.2022 - 01.07.2022

### Vurdering (2)

---

#### 31.03.2022 - Vurdert

Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg. Behandlingen kan fortsette.

Endringen innebærer det skal gjennomføres digitale intervjuer, og samtykkene innhentes elektronisk. Ved bruk av databehandler (videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Lise Haveraaen  
Lykke til videre med prosjektet!

