

Cathrine Jensen

«Det handle om kordan man har det, og kordan man tar det»

En kvalitativ studie om ulike påvirkningsfaktorer for helse og på hvilken måte disse kan bidra til å skape helsefremmende lokalsamfunn for innbyggerne i en nordnorsk distriktskommune.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Cathrine Jensen

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng.

Sammendrag

Forfatter	Cathrine Jensen
Grad	Master i helsefremmende arbeid
Fakultet	Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt	Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Veileder	Susanne Hagen
Innleveringsdato	7. mai 2022
Oppgavens tittel	«Det handle om kordan man har det, og kordan man tar det». En kvalitativ studie om ulike påvirkningsfaktorer for helse og på hvilken måte disse kan bidra til å skape helsefremmende lokalsamfunn for innbyggerne i en nordnorsk distriktskommune.
Antall ord	23.996
Nøkkelord	Helsefremmende lokalsamfunn, påvirkningsfaktorer for helse, sosiale helsedeterminanter, lokalsamfunnet som setting, salutogene faktorer, resiliens, samskaping, norsk folkehelsearbeid, Folkehelseloven

Tema og bakgrunn: Avhandlingens tema er helsefremmende lokalsamfunn. Strategisk folkehelsearbeid krever at kommunen har oversikt over påvirkningsfaktorene for helse som finnes lokalsamfunnet, og at helse er et felles ansvar og innsatsområde. Påvirkningsperspektivet, settingstilnærmingen og teorien om sosiale helsedeterminanter ligger til grunn. Med bakgrunn i at man behøver mer kunnskap om hva som skaper helse, har avhandlingen et salutogent perspektiv.

Hensikt: I denne avhandlingen er hensikten å undersøke ulike påvirkningsfaktorer for helse i en nordnorsk distriktskommune, og på hvilke måter disse kan bidra til å skape helsefremmende lokalsamfunn. Nordnorske distriktssamfunn, særlig de veiløse, er til dels utforsket. Målsetningen er å fylle et lokalt kunnskapshull i undersøkt kommune.

Metode: Kvalitativ metode med bruk av semistrukturerte fokusgruppeintervjuer bestående av til sammen 12 innbyggere fra ulike lokalsamfunn i en nordnorsk distriktskommune. Det kvalitative datamaterialet ble analysert med en tematisk analyse.

Hovedfunn: Avhandlingen viser overordnet at samfunnsstrukturer, relasjoner, samhandling og natur er viktige påvirkningsfaktorer for helse. De fremmer helse og opplevelsen av sammenheng i lokalsamfunnet, og tilbyr innbyggerne en rekke motstandsressurser. Dette tyder på at helse skapes der vi lever våre liv, og belyser på hvilken måte faktorer utenfor individet påvirker individuell helse og er av betydning i helseoversikten kommunene plikter å ha etter Folkehelseloven (2011). Flere av de prioriterte områdene i Ottawa Charteret (WHO, 1986) reflekteres, herunder hvordan man bør muliggjøre, mediere og fremme for å legge til rette for god offentlig helsepolitikk, støttende miljøer og styrket samfunnsinnsats. I tråd med det kan samhandling og samskaping, i form av høy vertikal og horisontal integrering, være en bærekraftig strategi i en distriktskommune hvor man blir stadig færre og har knapphet på ressurser.

Abstract

Background: The topic of the dissertation is health promoting local communities. Strategic public health work requires that the municipality has an overview of the influencing factors for health that exist in the local community, and that health is a shared responsibility and focus area. The impact perspective, the settings approach and the theory of the social determinants of health are the main theories. Based on the fact that one needs more knowledge about what creates health, the dissertation has a salutogenic perspective.

Objectives: In this dissertation, the intention is to investigate various influencing factors for health in a rural municipality in Northern Norway, and in what ways these can contribute to creating health promoting local communities. The rural communities on Northern Norway, especially the roadless, are partly unexplored. The goal is to fill a local knowledge gap in the surveyed municipality.

Method: Qualitative method with the use of semi-structured focus group interviews consisting of a total of 12 inhabitants from different local communities in a rural municipality in Northern Norway. The qualitative data material was analyzed with a thematic analysis.

Main results: Overall, the dissertation shows that societal structures, relationships, nature and cross-sectoral interaction and participation are important influencing factors for health. They promote health and the sense of coherence in the local community and offer citizens a range of resistance resources. This indicates that health is created where we live our lives, and sheds light on how factors outside the individual affect individual health and are important in the health overview that municipalities are obliged to have according to the Public Health Act (2011). Several of the priority areas in the Ottawa Charter (WHO, 1986) are reflected, including how to enable, mediate and promote in order to facilitate good public health policy, supportive environments and strengthened community efforts. In line with this, collaboration and co-creation, in the form of high vertical and horizontal integration, can be a sustainable strategy in a rural municipality where there are fewer and fewer people and there is a shortage of resources.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	5
Forord	7
1 Innledning	8
1.1 Hensikt	10
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	11
1.2.1 Avgrensning og presisering.....	11
1.3 Relevans for helsefremmede arbeid	12
1.4 Avhandlingens oppbygning	15
2 Teorigrunnlag	16
2.1 Settingstilmærmingen.....	16
2.1.1 Lokalsamfunnet som setting	17
2.2 Sosiale helsedeterminanter	18
2.3 Salutogenese.....	19
2.4 Resiliente lokalsamfunn og støttende miljøer	22
2.5 Medvirkning og empowerment	22
2.6 Samskaping og samhandling.....	23
2.7 Kunnskapsstatus i feltet.....	25
3 Metode	27
3.1.1 Etikk.....	28
3.1.2 Utvalg og rekruttering	28
3.1.3 Intervjuforberedelser	30
3.1.4 Setting og kontekst.....	31
3.1.5 Fokusgruppeintervjuene	32
3.2 Transkribering	33
3.3 Tematisk analyse	33
4 Funn	40
4.1 Relasjonenes bidrag	41
4.1.1 Gjensidig tillit.....	41
4.1.2 Anerkjennelse.....	42
4.2.3 Inkludering	43
4.2 Samfunnsstrukturenes bidrag	43
4.2.1 Pålitelige helsetjenester der man bor.....	43
4.2.2 Attraktive arbeidsplasser	44
4.2.3 Gode opplæringsarenaer for barn og unge	44
4.2.4 Aktivt boligmarked	45
4.2.5 Tilrettelagte og tilgjengelige møteplasser	45
4.2.6 Tilgjengelige aktivitetslokaler.....	45
4.2.7 Stabile og pålitelige samferdsels- og kommunikasjonstilbud.....	46
4.2.8 Tilrettelegging for turister og besøkende	46
4.2.9 Nærhet til alt.....	47
4.3 Samhandlingens bidrag	47
4.3.1 Frivillig innsats.....	47
4.3.2 Innbyggermedvirkning	48
4.4 Naturens bidrag	50
4.4.1 Tilgang og nærhet til naturen	51
4.4.2 Natur som terapi.....	51

4.4.3	Tilrettelagt nærnatur	51
4.4.4	Naturen som merkevare og faktor for tilhørighet.....	52
5	Drøfting	53
5.1	Avhandlingens samlede kunnskapsbidrag	53
5.2	På hvilken måte kan lokale påvirkningsfaktorer bidra til helsefremmende lokalsamfunn i en nordnorsk distriktskommune?	55
5.2.1	«Det må være lys i og mellom husan»	55
5.2.2	«Her é det trygt og godt»	57
5.2.1	«Ute i naturen, der finn vi fred og ro».....	59
5.2.2	«Den vet best kor skoen trøkke, som har den på».....	59
5.2.3	«Vi vet kor vi bor»	63
5.2.1	Oppsummering.....	66
5.3	Metodiske styrker og svakheter	67
5.3.1	Forskningsetiske refleksjoner.....	69
5.3.2	Egen forforståelse.....	70
5.4	Reliabilitet, validitet og overførbarhet	71
5.5	Avhandlingens implikasjoner.....	72
5.5.1	Praktiske implikasjoner	72
5.5.2	Politiske implikasjoner.....	73
5.5.3	Implikasjoner for videre forskning.....	74
6	Konklusjon	75
	Litteraturliste	76
	Oversikt over tabeller, figurer og bilder.....	92
	Vedlegg	93

ANTALL ORD: 23.996

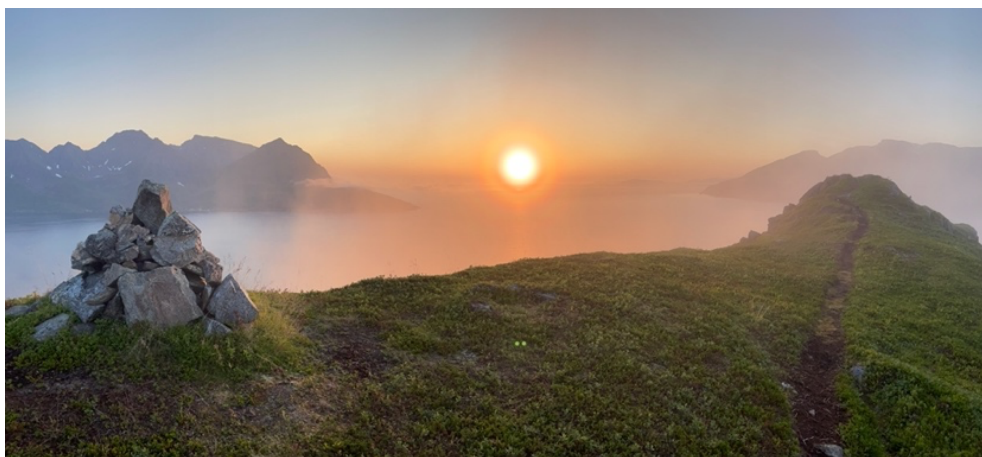
Forord

Etter 4 krevende, spennende og utviklende år er jeg endelig ved målstreken. Som fagperson og menneske kommer jeg stødigere ut på andre siden og kan endelig kjenne på at faktisk så var det verdt det.

Mine år som masterstudent har vært preget av en verden i pandemi. I denne tida har lokalsamfunnene våre vært særlig viktige for oss. Å skrive om de helsefremmende faktorene som finnes der og kan fremmes ytterligere ga mening i en utfordrende tid. Det er jo i våre lokalsamfunn vi lever våre liv og tilbringer våre hverdager. Når pandemien så ble avløst av en familiær krise og krig i Europa opplevde jeg, for en stund, å miste meningsfullheten. Våre lokalsamfunn er bare så trygge og gode som verden gir den rom for, og mye står utenfor vår makt. Det har dermed vært litt av en læringsreise, som best kan beskrives i det nordnorske landskapet; full av dype fjorder, høye fjelltopper, tett tåke, skiftende hav, utforskende og spennende stier, og til slutt en nydelig utsikt.

For å komme hit har jeg vært helt avhengig av mine motstandsressurser. Min mann og min familie, som alltid stilte opp. Mine barn, som har ventet tålmodig. Mine venninner, som har lyttet i sorg og i glede. Min assistent, som hjalp meg å finne mening i kaoset. Medstudenter, som har løftet meg opp når jeg har stått fast. Min stødige veileder, som har hjulpet meg å trekke pusten når stresset har tatt overhånd. En støttende arbeidsgiver som har vært på tilbudssiden. Gode kolleger, som har heiet meg frem. En flott gjeng med informanter, som satte av tid til meg i en travel hverdag. Tusen, tusen takk for at dere har gjort dette mulig!

Helt på tampen vil jeg gratulere min mor, som i disse dager leverer sin bacheloroppgave. Endelig blir det lange bekymringsløse kvelder og fjellturer i midnattssol på oss!



(privat foto)

Øksfjord, 7. mai 2022
Cathrine Jensen

1 Innledning

Denne mastergradsavhandlingen omhandler helsefremmende lokalsamfunn og påvirkningsfaktorene for helse i en distriktskommune i Nord-Norge. Avhandlingen bygger på at helse skapes i de settinger vi lever våre liv (WHO, 1986). Folkehelseinstituttet (2016) hevder at befolkningens helse på mange måter er et resultat av våre miljøbelastninger, men at fremtidig folkehelse i større grad vil formes av hvordan ulike fremmende og hemmende faktorer for helse påvirker oss der vi lever og bor.

I 2012 trådte Folkehelseloven i kraft (Folkehelseloven, 2011) og plasserte hovedansvaret for et strategisk folkehelsearbeid hos landets kommuner (Hagen et al., 2015, s. 597; Helsedirektoratet, 2014, s. 19; Tallarek nee Grimm et al., 2013, s. 228-235). I loven ligger påvirkningsperspektivet til grunn, som tydeliggjør hvordan faktorene som påvirker helsa vår finnes i alt fra våre samfunnsforhold til våre individuelle liv (Helsedirektoratet, 2018, s. 4). I lovens §5 pliktes kommunene å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de positive og negative påvirkningsfaktorene som kan virke inn på denne (Folkehelseloven, 2011; Hofstad, 2014, s. 111). Identifiseringen av utfordringene, mulighetene og ressursene danner grunnlaget for kommunens planstrategi (NTNU Senter for Helsefremmende Forskning, 2017, s. 12). En rapport fra Riksrevisjonen (2015, s. 42) viste at det i 2015 likevel bare var 24% av kommunene i Norge som hadde utarbeidet en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og at arbeidet var mest utfordrende i små kommuner.

Oversettelsesutfordringen som ligger i å transformere politikk fra nasjonalt til lokalt nivå kan forklare dette (Fosse, 2012, s. 185-207; Hofstad, 2014, s. 125-126; Riksrevisjonen, 2015, s. 44-45). Ifølge Folkehelseinstituttet (2020) vil man kunne komme til å videreføre uheldige samfunns- og miljømessige forhold dersom kommunen ikke er bevisst på påvirkningsfaktorene for helse og fordelingen av disse i samfunnet, noe som kan svekke den sosiale bærekraften som fremmes i FNs bærekraftsmål. Kommunenes samfunnsoppdrag er å utvikle helsefremmende lokalsamfunn som utjevner sosiale ulikheter i helse og deltakelse, og som tilbyr bærekraftige velferdstjenester, samt gode miljømessige og sosiale forhold (NTNU Senter for Helsefremmende Forskning, 2017, s. 12).

Sosial rettferdighet i helse er et sentralt prinsipp i Folkehelseloven (2011). Det systematiske mønsteret for sosial ulikhet i helse skapes gjennom samfunnsstrukturene (Marmot,

2015/2019, s. 27-29; Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 6-8; Wilkinson & Pickett, 2009/2012, s. 29-71). Et samfunnsskapt mønster kan påvirkes dersom helse settes på agendaen i alle samfunnets sektorer (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 76; Dombey & Bonner, 2020; Green et al., 2015, s. 197; WHO, 2008, s. 105-107). Om det er i våre settinger helsa vår skapes, er det disse som må endres (Hauge, 2013, s. 17; Torp, 2013, s. 771). Ifølge Marmot (2010, s. 16) kan vi mer rettferdig fordele helsefremmende livsbetingelser ved å påvirke våre sosiale helsedeterminanter. Dette ansvaret strekker seg forbi helsesektoren (Green et al., 2015, s. 206). Folkehelseloven (2011) vektlegger derfor viktigheten av «Helse i alt vi gjør»-tilnærmingen når både nasjonal, regional og lokal folkehelsepolitikk skal utarbeides og gjennomføres (Hagen, 2020, s. 11; S. Hagen et al., 2016, s. 978). Folkehelsearbeid og utvikling av gode lokalsamfunn er dermed to sider av samme sak (Bergem et al., 2019, s. 17).

Det er det unike ved lokalsamfunnet som skal være styrende for hvilke tiltak for helse man iverksetter (Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 179). «Miljøet man er en del av, har stor betydning for hvilken helseatferd man har, og dermed også hvilken helse man utvikler. (...) Det er nettopp der helsen skapes, der helsen bygges opp eller brytes ned» (Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 36). Store variasjoner mellom kommuner, by og bygd i Norge innebærer at for å kunne legge gode strategier for folkehelsearbeidet er kommunene og deres beslutningstakere avhengige av å identifisere hvilke påvirkningsfaktorer som finnes i akkurat deres lokalsamfunn (Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 183). Spredt bosetning og en eldre befolkning i Distrikts-Norge krever andre løsninger enn i landets byer (Demografiutvalget, 2020, s. 11-27). Dette er bakgrunnen for at jeg har valgt å ta utgangspunkt i en distriktskommune i avhandlingen. I 2020 bodde 82,29% av Norges befolkning i tettsteder og byer og stadig flere velger å flytte fra spredtbygde strøk og distrikter til byene (Statistisk Sentralbyrå, 2020). Det anslås at andelen av befolkningen i rurale områder vil fortsette å synke betraktelig, med opptil 35%, i tiden frem til 2050 (Burger et al., 2020, s. 16). Selv om de norske distriktene er preget av liten befolkning og store avstander er de en viktig del av landets mangfold (Demografiutvalget, 2020, s. 11).

Det er mulig å stabilisere folketallet i distriktene, men det vil kreve målrettet og bred distriktpolitisk innsats (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020). WHO's kommisjon for sosiale helsedeterminanter (2008) hevder at å styrke rurale områder og gjøre de mer attraktive kan bidra til å snu urbaniseringen (Baum, 2019, s. 154).

Distriktsdemografiutvalgets rapport (2020, s. 14, 181-182) legger frem at målet for distriktene

ikke bør være vekst i seg selv, men gode lokalsamfunn for de som allerede bor der. Rapporten slår også fast at «ambisjonen for distriktspolitikken framover bør være å videreutvikle særpreg og forskjeller mellom storby og småsamfunn, og småsamfunnene imellom», slik at man kan tilby en annen tilværelse på bygda kontra byen. I avhandlingen er det derfor påvirkningsfaktorene i ulike distriktssamfunn som skal undersøkes nærmere.

Fugelli (2020, s. 37, 51) fremhever at samfunnsstil er viktigere enn livsstil og at politikk er viktigere enn biologi, for å fremme helse. Det henger sammen med en helhetlig forståelse av helse som noe mer enn fravær av sykdom, hvor det erkjennes at opplevelsen av helse er subjektiv og at en kan oppleve å ha god helse til tross for sykdom (Green et al., 2015, s. 7-8). Det er en slik forståelse av helse avhandlingen bygger på. Den sosiale helsemodellen anerkjenner de sosiale faktorenes betydning for helse og har et helhetlig syn på mennesket som mer enn determinert av sin biologi og individuelle livsstilsvalg (Blaxter, 2004/2010, s. 22-26). Levevaner er i stor grad formet av samfunnsmessige prosesser som enkeltindividet ikke har kontroll over (Wold & Samdal, 2009, s. 89). Helse som verdi påvirker hele mennesket, og kan ses som en ressurs for å leve produktive, gode liv (Garsjø, 2018, s. 30). Samtidig er individet blitt mer opptatt av helsespørsmål og har et økende medisinförbruk, i takt med legevitenenskapens fremskritt (Fugelli & Ingstad, 2009/2016, s. 31). Den medisinske ideologien har definisjonsmakt som former våre oppfatninger av helse og sykdom (Fugelli & Ingstad, 2009/2016, s. 35). I følge Christie (2011, s. xiii i forordet) kan så mye som 40% av all förbruk på offentlige tjenester spores til intervensjoner som kunne vært unngått dersom man hadde prioritert en forebyggende, helsefremmende tilnærming. Å behandle, kurere eller rette opp i problemer hjelper bare så mye, dersom samfunnene vi lever i stadig gjensker disse problemene (Wilkinson & Pickett, 2009/2012, s. 52, 265). Å gjøre kjent at helsen også skapes utenfor helsevesenet og ikke utelukkende av sykdom og individuelle livsstilsvalg blir dermed viktigere enn noen gang.

1.1 Hensikt

Kommunene har muligheten for å kunne legge til rette for helsefremmende miljøer basert på kunnskapen om lokalsamfunnets påvirkningsfaktorer for helse (Folkehelseinstituttet, 2016). Hensikten med avhandlingen er å finne ut på hvilken måte påvirkningsfaktorer kan bidra til å skape helsefremmende lokalsamfunn i en nordnorsk distriktskommune. Kunnskapen kan benyttes når lokalpolitikk i distriktet skal utformes, og som bakgrunn for å fremme helse og

styrke ressursene samfunnet allerede har. Kunnskapsutvikling om sosiale helsedeterminanter og det felles tverrsektorielle ansvaret som ligger i lokalt folkehelsearbeid er sentralt (Hagen, 2020, s. 53; WHO, 2010, 2013a). Dette gjelder også på lokalt nivå, og særlig veiløse distriktssamfunn er til dels utforsket.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

På hvilken måte kan ulike påvirkningsfaktorer bidra til helsefremmende lokalsamfunn i en nordnorsk distriktskommune?

- Hvilke faktorer mener innbyggerne i en distriktskommune kan bidra til å skape et helsefremmende lokalsamfunn?
- På hvilke måter kan lokal kunnskap om påvirkningsfaktorer benyttes for å fremme helse i distriktskommunen?
- I hvilken grad har innbyggerne tillit til at lokalpolitikere har oversikt over fremmende og hemmende påvirkningsfaktorer for helse i samfunnet?

1.2.1 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å ha et innbyggerperspektiv i min avhandling. Påvirkningsfaktorene som kan bidra til helsefremmende lokalsamfunn har innbyggerne i lokalsamfunnet stor innsikt i. Deres kompetanse er viktig å anerkjenne (Tveiten, 2017, s. 47). Videre har jeg valgt å ha et salutogent perspektiv med søkelys på påvirkningsfaktorene som fremmer trivsel og helse, fremfor de begrensende. Det kan være av interesse å lære mer om hva som skaper helse i ulike lokalsamfunn. Om man forsøker å forstå et lokalsamfunn fra et behovs- eller problemsperspektiv «bidrar dette til å utruste politikere, fagfolk og innbyggere med et mentalt kart som gjør at man blir blinde for de potensialene som ligger på innsiden av lokalsamfunnet» (Helsedirektoratet, 2018, s. 40; Kretzmann & McKnight, 1993, s. 14). Å kartlegge ressursene i et samfunn åpner for nye muligheter og nye partnerskap (Foot & Hopkins, 2010, s. 14).

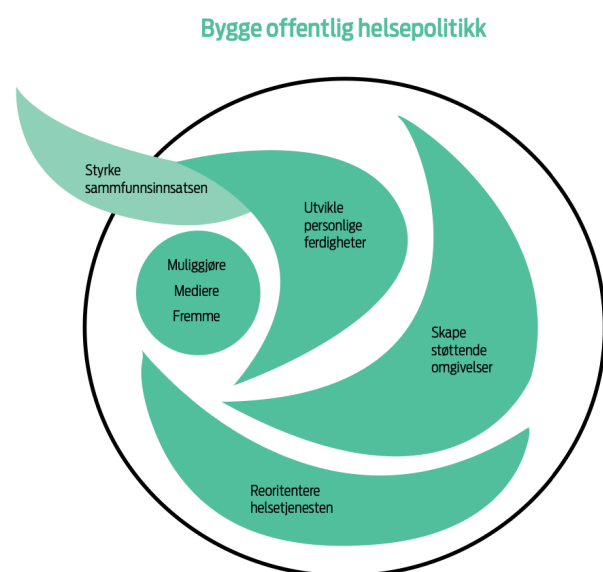
Jeg har valgt en distriktskommune i Nord-Norge på grunn av et lokalt kunnskapsbehov i kommunen. Det presiseres i problemstillingen for å tydeliggjøre at kunnskapen er unik og lokal. Ifølge Demografiutvalget (2020, s. 27) kjennetegnes distriktskommuner ved at det bor

få folk på store arealer, noe som fører til lange avstander mellom folk, arbeidsplasser og tjenester. Undersøkt kommune ligger på sentralitetsnivå 6 (minst sentrale kommuner) i SSBs sentralitetsindeks (Høydahl, 2020, s. 46). Distriktskommuner med sentralitetsindeks 5 og 6 omfatter 72% av arealet og 14% av innbyggerne i Norge (Demografiutvalget, 2020, s. 29). At det også innad i distriktskommunene kan være forskjeller mellom kommunesentrene og utkantene som det er viktig å kjenner til når man skal utvikle politikk og tjenester (Demografiutvalget, 2020, s. 12) er bakgrunnen for at jeg har valgt å inkludere informanter både fra kommunesentrum og fra utkantsamfunnene. Utkantssamfunnene refereres ofte lokalt til som veiløse samfunn fordi man er avhengige av sjøveien for å komme seg til og fra, og kan beskrives som distriktet i distriktet.

Jeg har valgt å bruke begrepet «påvirkningsfaktorer» i min problemstilling, fordi dette er et folkelig og operasjonelt ord som i følge McQueen et al. (2012, s. 7) impliserer noe som et aktivt bidrag til et komplekst utfall. De påpeker at «determinanter» som begrep er et maktfullt og viktig begrep, men at det også kan fremstå som å beskrive direkte og udiskutable kausaliteter som tvilsomt støttes i det epidemiologiske evidensgrunnlaget. Begrepet påvirkningsfaktorer omfatter i Folkehelseloven (2011) både helsefremmende og forebyggende faktorer, og risikofaktorer (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012).

1.3 Relevans for helsefremmede arbeid

Helsefremmende arbeid som disiplin er resultatet av en flere tiår lang utvikling og mye av bakteppet til disiplinen kommer fra Ottawa Charteret (Torp, 2013, s. 770; WHO, 1986). Charteret (WHO, 1986, s. 1) omtaler helse som «en ressurs til å leve et individuelt, sosialt og produktivt liv», og løfter helse som et produkt av det samfunnet man lever i (Green et al., 2015, s. 5; Mittelmark & Hauge, 2013, s. 40). Ottawa Charteret (WHO, 1986) legger frem 5 prioriterte områder for folkehelsearbeidet.



Figur 1: Ottawa Charteret, hentet fra Similä og Innstrand (2015, s. 61).

Disse kan oppnås gjennom innsats på å muliggjøre, mediere og fremme.

Helse skapes i de settinger vi lever våre liv; der vi «bor, arbeider, leker og elsker» (Green et al., 2015, s. 14). At arbeid med helse handler om å jobbe med våre samfunnsstrukturer gjenspeiles i at helsefremmende arbeid defineres som «prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse» (Green et al., 2015, s. 13; Mæland, 2016, s. 17; Nutbeam, 1986/1998, s. 11). Slik belyser settingstilnærmingen at gode levekår, trivsel, god helse og livskvalitet henger sammen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5). Den helsa folk har er nært knyttet til hvordan våre samfunn er organisert (Helsedirektoratet, 2014, s. 7; Hofstad, 2019, s. 14). Dette aktualiserer valgt problemstilling og er i tråd med nasjonal politikk, særlig Plan- og bygningsloven (2008), Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og Folkehelseloven (2011), og deres sentrale plass i norsk folkehelsearbeid.

Påvirkningsfaktorene kommunene pliktes å ha oversikt over og planlegge etter i Folkehelseloven (2011, §5) finnes i mange samfunnssektorer (Hofstad, 2019, s. 14). Tilgang til en befolknings helsedata ikke er tilstrekkelig for å gjøre helserettede tiltak (Bacon et al., 2010, s. 38; Lillefjell et al., 2013, s. 771). Helse-determinantene kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse dersom vi kjenner til og bygger videre på dem (Glasgow Centre for Population Health, 2011, s. 3). Rose (1992) kaller de samfunnsmessige og sosiale determinantene for «årsakene til årsakene» (Mæland et al., 2009, s. 20). Offentlig politikk bygget kun på patogenesen og søkelys på risikofaktorer feiler i å redusere sosial ulikhet i helse (Mittelmark et al., 2017, s. 48). Folkehelsearbeid handler like mye om å fremme helse og trivsel som det handler om å forebygge uhelse (Hofstad, 2019, s. 14). Marmot (2010) hevder at å redusere sosiale ulikheter er fundamentalt for å kunne fremme helsa til hele befolkningen og å sørge for en mer rettferdig fordeling av god helse (Glasgow Centre for Population Health, 2011, s. 6). Dette er i tråd med at Folkehelseloven (2011) definerer folkehelsearbeid som

...samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Bergem et al., 2019, s. 17; Folkehelseloven, 2011, §3).

Hofstad (2019, s. 14) hevder at «å drive folkehelsearbeid handler derfor primært om å sette inn tiltak utenfor helsetjenesten, der folk bor, arbeider, går på skole og der de ferdes». Inspirert av den sosiale helsedeterminantmodellen av Dahlgren og Whitehead (1991), Opp (2017) og Barton og Grant (2006) utviklet hun en modell med oversikt over sentrale påvirkningsfaktorer.



Figur 2: Oversikt over sentrale påvirkningsfaktorer med særlig relevans for planlegging (Hofstad, 2019, s. 15).

I tillegg til de sosiale determinantene for helse og settingstiltalningen er flere teorier innenfor helsefremmende arbeid som disiplin relevant for avhandlingen. Den salutogene tilnærmingen er den siste hovedteorien denne avhandlingen lener seg på. Den salutogene tilnærmingen bidrar med evidensbasert kunnskap om hva som skaper og fremmer helse (Rippon & Hopkins, 2015, s. 5). Sletteland og Donovan (2016, s. 22) hevder at «vi har langt mer kunnskap om hva som gjør oss syke enn om hva som gir oss helse. (...) Vi trenger mer kunnskap om hva som gir helse, både på individ- og lokalsamfunnsnivå». Videre trenger vi også kunnskap om hvordan vi kan bruke forståelsen den salutogene tilnærmingen gir oss for å fremme og bevare helse hos mennesker og samfunn, blant annet politisk (Glasgow Centre for Population Health, 2011, s. 10).

1.4 Avhandlingens oppbygning

Avhandlingen er bygd opp slik at teorigrunnlaget med tilhørende kunnskapsstatus på feltet kommer først. Denne etterfølges av metodebeskrivelsen hvor jeg går særlig inn på analysearbeidet. Etter metodebeskrivelsen legger jeg frem mine funn, før jeg drøfter de i del 5 av oppgaven. I kapittel 5 legges også refleksjoner omkring studiens styrker og svakheter frem, samt dens mulige implikasjoner. Kapittel 6 er avhandlingens konkluderende kapittel.

2 Teorigrunnlag

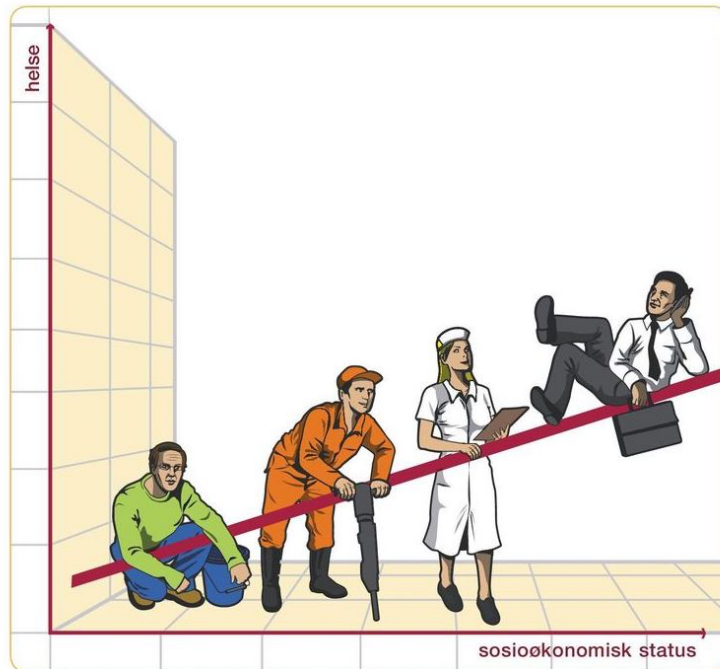
I dette delkapitlet vil jeg redegjøre for teoriene og begrepene avhandlingen bygger på, samt relevant forskning omkring funnene jeg senere velger å drøfte.

2.1 Settingstilnærmingen

At mange påvirkningsfaktorer for helse ligger utenfor individet, i settingene vi lever våre liv, innebærer også at våre fysiske og sosiale miljøer kan endres til å bli mer helsefremmende (Baum, 2019, s. 29). Våre miljøer er derfor ideelle settinger for effektivt helsefremmende arbeid (Mittelmark & Hauge, 2013, s. 40; Weiss et al., 2016, s. 1). Verdens helseorganisasjon definerer settinger som steder eller sosiale kontekster hvor mennesker deltar i daglige aktiviteter, og hvor miljømessige, organisatoriske og personlige faktorer sammen påvirker folks helse og velvære (McQueen, 2000, s. vii i forordet; Nutbeam, 1986/1998, s. 19) Om det er i settingene helse skapes betyr det at det er settingene vi må endre på og samfunnene våre vi må omorganisere for å fremme helse, og man tar dermed til orde for å ikke ha et utelukkende fokus på enkeltindividers atferd eller kurative helsetjenester (Hauge, 2013, s. 17; Torp, 2013, s. 771).

Dette fører oss videre til viktigheten av god offentlig helsepolitikk; en politikk som tar hensyn til helse og sosial ulikhet i helse i alle politiske områder, og som tar ansvar for at de helsemessige konsekvensene av alle politiske vedtak vurderes (Green et al., 2015, s. 14; Mittelmark & Hauge, 2013, s. 39; WHO, 1988). Mittelmark og Hauge (2013, s. 42-43) argumenterer for at helsefremmende politikk skal «skape støttende sosiale og fysiske miljøer slik at det blir lettere for befolkningen å treffe valg som er helsefremmende». Dette krever et bredt samarbeid blant annet mellom frivillige organisasjoner, befolkningen og myndigheter lokalt og sentralt. Tverrsektoriell handling og helsefremmende politikk kan dermed fungere som nøkkelstrategier i helsefremmende arbeid (Green et al., 2015, s. 17; WHO, 2013b). ‘Health in all Policies / ‘Helse i alt vi gjør’-tilnærmingen (HiAP) som ble fremmet under Helsinki-konferansen (WHO, 2013) kaller på en sektorovergripende og tverrfaglig agenda for helse og påpekes ofte som måten å takle samfunnets sosiale helsedeterminanter og samfunnets sosiale ulikhet i helse (McQueen et al., 2012, s. 3-10; Mæland, 2016, s. 20-21, 79; Pagliccia et al., 2010, s. 394). Fugelli (2020, s. 53) og S. Hagen et al. (2016, s. 977) skriver at vi har et

eskalerende forskjellssamfunn i Norge. Samfunnsskapte mønstre kan endres dersom helse er en tverrsektoriell agenda (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 76; Dombey & Bonner, 2020; WHO, 2008, s. 105-107).



Gradientutfordringen
Sosiale ulikheter i helse danner mønstre av en gradient gjennom hele befolkningen. Denne gradientutfordringen krever et bredt, befolkningsrettet fokus på problemet.

Figur 3: Gradientutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 6)

2.1.1 Lokalsamfunnet som setting

«Gode lokalsamfunn og nærmiljø er grunnleggende føresetnader for god helse og livskvalitet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8). Lokalsamfunnet pekes ut som en av våre viktigste arenaer for folkehelsearbeid (Hancock, 1985, s. 11; Ibáñez, 2011, s. 113; Mittelmark & Hauge, 2013, s. 40; Rønnevik & Mæland, 2020, s. 255). Det er her helse skapes, gjennom helsebetingelsene som finnes der, og vi har gode muligheter for å påvirke disse. Å arbeide for å skape helsefremmende lokalsamfunn blir dermed viktig både for å skape god helse og å redusere helserisiko (Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 12).

Et lokalsamfunn er like levende som et enkeltmenneske, like foranderlig som mennesket, og er et resultat av mange, ulike og komplekse faktorer som både geografi (fjell, fjorder eller åpne landskap) og historie (ytre påvirkninger i lokalsamfunnet), og ikke minst av hvem som bor der, og hva de bringer inn i lokalmiljøet (Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 38).

2.2 Sosiale helsedeterminanter

Sosiale helsedeterminanter er påvirkningsfaktorene som i ulik grad påvirker vår helse (Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 24). De sosiale helsedeterminantene har blitt etablert som et dominerende praktisk rammeverk for implementeringen av helsefremmende arbeid (Braveman et al., 2011, s. 381-398; Irwin & Scali, 2008; Weiss et al., 2016, s. 2). Påvirkningsfaktorene belyses i den sosiale helsedeterminantmodellen utviklet av Dahlgren og Whitehead (1991). Sletteland og Donovan (2016, s. 25) tar utgangspunkt i modellen når de skriver at målet i helsefremmende arbeid er å påvirke alle faktorer som har betydning for folks helse og at det innebærer å styrke de positive helsedeterminantene og legge til rette for at disse faktorene er tilgjengelige for folk flest. Bak modellen ligger teorien om at helse avhenger av mye mer enn bare individuelle valg og individuell biologi. Flesteparten av faktorene som er med på å skape helse og uhelse ligger utenfor individet (Glasgow Centre for Population Health, 2011, s. 6; WHO, 1986) og utenfor helsektoren (Garsjø, 2018, s. 58; Hofstad, 2014, s. 110; Ollila, 2011, s. 11). Dette belyser hvorfor helse skal med i «alt vi gjør» (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 27)



Figur 4: Den sosiale helsedeterminantmodellen av Dahlgren og Whitehead (2009). Illustrasjon hentet fra Mitt Numedal (u.å.).

Å forstå de sosiale helsedeterminantene er ikke enkelt i følge Ratcliff (2017, s. vi i forordet) fordi vår sosiale verden er komplisert og i stadig endring. Begrepet refererer både til de

sosiale årsakene til helse og de sosiale faktorene som bestemmer fordelingen av disse (Graham, 2009; Holt et al., 2016, s. 882; Solar & Irwin, 2010). Ratcliff (2017, s. 2) fastslår at vi må ta de sosiale helsedeterminantene på alvor og tilbyr en todelt beskrivelse;

- 1) Forholdene i livet som folk utsettes for, på grunn av måten samfunnet er bygget opp (hvordan vi lever og jobber, hvordan vi forflytter oss fra sted til sted og hva vi kan spise/drikke)
- 2) Årsakene eller triggerne bak de gitte forholdene (nasjonal og lokal politikk, sosiale strukturer og handlingene til maktbærende aktører og organisasjoner)

De sosiale helsedeterminantene kan videre grupperes i en tre-leddet helseårsakskjede, der materielle og sosiale ressurser (første ledd) ses som mer betydningsfullt for helsen enn risikofaktorer (andre ledd) og tjenester (tredje ledd) (Helsedirektoratet, 2010, s. 40).

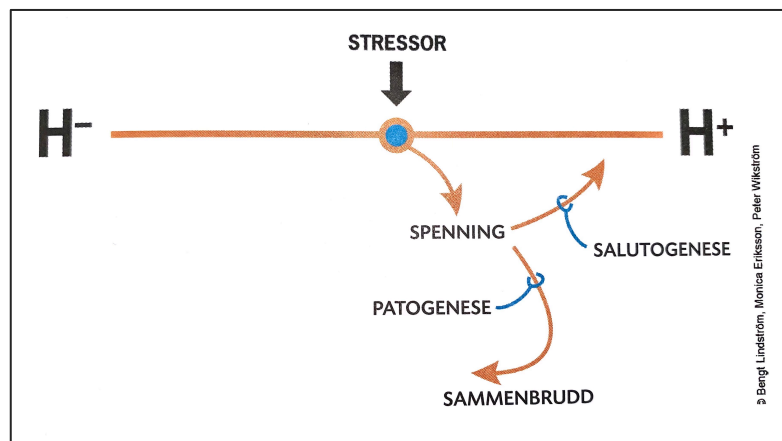
Helsedirektoratet (2010, s. 52) hevder at «jo lenger en klarer å flytte innsatsen bakover i kjeden, jo større mulighet er det å lykkes med å angripe helseproblemer ved roten». Å utforske helsedeterminantene er sett på som en «upstream approach». Baum (2019, s. 6-8) bruker metaforen 'The Health Iceberg' for å belyse viktigheten av å se mer toppen av isberget; de faktiske årsakene bak årsakene ligger under overflaten. Også fortellingen om de druknende mennene i elva belyser viktigheten av å se nedenfra og opp på hva som skaper helse og uhelse. Fortellingen finnes igjen i mye av den senere litteraturen, med kreditering av McKinlay (1979) som siterte Irving Zola:

Der er jeg, stående ved kanten av en raskt rennende elv, når jeg hører ropet til en druknende mann. Så jeg hopper uti elva, legger armene mine rundt han, drar han til land og starter gjenopplivning. Akkurat når han begynner å puste høres nok et rop om hjelp. Så jeg hopper uti elva, rekker han, drar han til land, utfører hjerte- og lungeredning, og akkurat når han begynner å puste – nok et rop om hjelp. Tilbake i elven igjen, rekker, drar, og uten ende gjentas det. Du vet, jeg er så travel med å hoppe uti, dra dem til land og å utføre gjenopplivning, at jeg ikke har tid til overs til å se etter hvem i helvete det er som står lengre opp og dytter alle uti (McKinlay, 1979, s. 9, egen oversettelse; 2019, s. 1).

2.3 Salutogenese

Å fokusere på menneskers ressurser og evner til å skape god helse fremfor et ensidig fokus på hva som skaper uhelse er et sentralt budskap i den salutogene tilnærmingen (Antonovsky, 2012, s. 30; Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 21). Lindström og Eriksson (2015, s. 16) hevder man har evidens for å si at helsefremmende arbeid kan være effektivt dersom det gjøres på en salutogen måte. Orienteringen fremmer teorien om at mennesker er i stadig

bevegelse mellom helse (ease) og uhelse (dis-ease), og at helse er et kontinuum mellom disse ytterpunktene (Antonovsky, 2012, s. 36; Burns, 2020, s. 22; Eriksson & Lindström, 2006, s. 376; Lindström & Eriksson, 2015, s. 20). I motsetning til den patogene orienteringen, hvor man enten er syk eller frisk, ser salutogenesen på menneskets heterostatiske ubalanse mellom helse og uhelse som en naturlig del av livet i møte med dets stress og stressorer (Antonovsky, 2012, s. 35, 141; Lindström & Eriksson, 2006, s. 240). Man ser også på stress og belastninger som potensielt helsefremmende (Blaxter, 2004/2010, s. 23; Drugli & Lekhal, 2018, s. 25; Langeland, 2009, s. 289).



Figur 5: Helsekontinuumet mellom helse og uhelse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 19)

Med bakgrunn i helsekontinuumet fremhever den salutogene orienteringen viktigheten av salutogene faktorer (påvirkningsfaktorer som fremmer helse) som kan hjelpe mennesker i retning av helse (Antonovsky, 1984, s. 117; 1996, s. 14; 2012, s. 36). Antonovsky presiserte at kunnskapen fra forebyggende og kurativ medisin og dets fokus på risikofaktorer er like viktig som den helsefremmende tilnærmingen, og at disse orienteringene virker best når de opererer parallelt (Green et al., 2015, s. 79; Lindström & Eriksson, 2015, s. 25).

I Antonovskys jakt etter hva det er som egentlig skaper helse ble flere begreper skapt. Opplevelse av sammenheng (OAS) ble stående som hans svar. OAS kjennes i dag som kjernen i den salutogene tilnærmingen (Eriksson & Lindström, 2008, s. 191). OAS er en global orientering som sier noe om i hvilken grad man har en gjennomgripende følelse av tillit til at ens ytre og indre miljø er forutsigbare og troen på at ting vil ordne seg som best de kan (Antonovsky, 2012, s. 41; Langeland, 2017, s. 39). Kjernekomponentene i OAS er meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet, og Antonovsky (2012, s. 39-41) mente det er

erfaringene med disse tre som former en persons opplevelse av sammenheng (Borge, 2018, s. 30-31; Glasgow Centre for Population Health, 2011, s. 9-10):

- 1) Begripelighet handler om i hvilken grad man oppfatter situasjoner som forutsigbare og forståelige.
- 2) Håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelig med ressurser for å kunne håndtere det som skjer i livet.
- 3) Meningsfullhet handler om i hvilken grad man opplever livet, situasjoner og utfordringer som meningsfulle og verdt å engasjere seg i.

Til sammen kan disse utgjøre en sterk opplevelse av sammenheng. Antonovsky (1987) mener den viktigste komponenten er motivasjons- og følelseskomponenten som handler om meningsfullhet (Langeland, 2009, s. 290). En slik orientering og innstilling til livet gjør mennesker i stand til å mobilisere ulike motstandsressurser (Generalized Resistance Resources, GRRs) i møter med livets utfordringer (Vinje et al., 2017, s. 33).

Motstandsressursene beskrives som enhver karakteristikk eller faktor som kan fungere som en buffer for å unngå eller som bidrar til å mestre stress og stressorer i livet (Antonovsky, 2012, s. 42-43, 148-157; Green et al., 2015, s. 425; Morgan & Ziglio, 2007, s. 18). Disse finnes både i den enkelte, i grupper eller i miljøet, og kan være både indre og ytre (Foot & Hopkins, 2010, s. 2; Idan et al., 2017, s. 57; Morgan & Ziglio, 2007, s. 18). Hvilken retning man beveger seg på helsekontinuumet i møte med livets stressorer kommer an på hvordan ens motstandsressurser mobiliseres og hvilke motstandsressurser man har tilgjengelig (Antonovsky, 2012, s. 40, 148; Mittelmark & Bauer, 2017, s. 8-10). Jo høyere OAS jo større evne har en til å benytte motstandsressursene, noe som igjen forsterker ens OAS (Langeland, 2017, s. 40). Antonovsky (2012, s. 149) hevder at «bare vissheten om at man har en rekke potensielle motstandsressurser til rådighet i seg selv er et verdifullt aktivum». Dette gjør tilnærmingen aktuell i utformingen av offentlig helsepolitikk, for å kunne skape helsefremmende samfunn (Lindström & Eriksson, 2015, s. 60-61). Å styrke eksisterende motstandsressurser, danne nye motstandsressurser og å gjøre innbyggerne oppmerksomme på dem og i stand til å bruke dem må involvere alle nøkkelsektorene i et samfunn (Lindström & Eriksson, 2015, s. 61).

2.4 Resiliente lokalsamfunn og støttende miljøer

Resiliens omhandler motstandskraft mot negative påvirkninger. Det kalles resiliens når sunn utvikling skjer til tross for risikofaktorer og negative determinanter (Rippon & Hopkins, 2015, s. 13; Seaman, 2014, s. 7; Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 31). Selv om begrepet ofte brukes om individuell resiliens kan man også finne resiliens i lokalsamfunn.

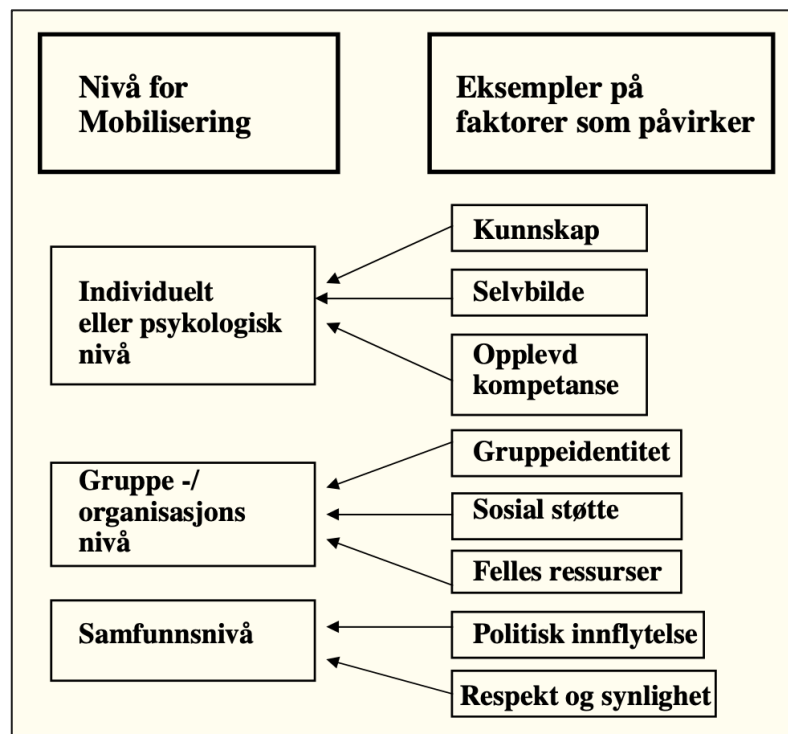
Samfunnsresiliens kan ses som et lokalsamfunns eller nabolags evne til å respondere og tilpasse seg endring, risiko og motgang (Ahmed et al., 2004, s. 386-408; Gibbon et al., 2002, s. 485-491; Masten & Powell, 2003, s. 1-29; Platts-Fowler & Robinson, 2013, s. 5). Et resilient lokalsamfunn tilbyr innbyggerne en «buffer» av motstandsressurser mot utfordringer (Cottrell, 1976, s. 195-209). Det kan man for eksempel se i form av at mange barn som vokser opp i en belastet familiesituasjon utvikler seg godt til tross, dersom familiene de lever i har god støtte i sitt lokalmiljø (Borge, 2018, s. 95, 128; Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 32-34). Det er derfor av nytteverdi for den offentlige sektoren å reorientere sine tjenester til å bygge resiliens (Platts-Fowler & Robinson, 2013, s. 29; Rippon & Hopkins, 2015, s. 13).

Å skape støttende miljøer og å styrke samfunnsinnsatsen er to av de viktigste kjerneområdene i helsefremmende arbeid, i tråd med Ottawa Charteret (Green et al., 2015, s. 147, 426; Green et al., 2000, s. 3; Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 34, 102; WHO, 1986). Glasgow Centre for Population Health (2011, s. 6) kaller en tilnærming som bygger på et samfunns styrker og resiliente faktorer for ressursbasert, og mener tilnærmingen støtter byggingen av støttende miljøer og lokalsamfunn.

2.5 Medvirkning og empowerment

Ottawa Charteret (WHO, 1986) markerte et skifte fra opplysningsarbeid gjennom atferdsteoretiske modeller til økt fokus på empowerment gjennom brukervedvirkning og mobilisering (Sørensen & Graff-Iversen, 2001, s. 720). Empowerment kan ifølge Mæland (2016, s. 79) oversettes til «det å vinne større makt og kontroll over», og handler om at alt fra enkeltmennesket til dets lokalsamfunn må få større kontroll og innflytelse over de faktorene som påvirker deres helse (Askheim, 2016, s. 56; Green et al., 2015, s. 148; Kindervatter, 1979, s. 62). Som verdigrunnlag innebærer det at mennesker anses som aktive samarbeidspartnere med viktige bidrag, fremfor forbrukere og målgrupper (Green et al., 2015, s. 434-435). Sørensen og Graff-Iversen (2001, s. 722) skriver at «det dreier seg om å mobilisere ressurser, myndighet, kontroll og politisk makt til å råde over eget liv». Når dette

gjøres oppstår det ofte selvforsterkende sosiale prosesser som kan skape økt tilhørighet, selvfølelse og identitet (Mæland, 2016, s. 79). Livskvaliteten i lokalsamfunnet påvirkes når man møter behov, gir støtte og håndterer konflikter i fellesskap (Mæland, 2016, s. 79). Mæland (2016, s. 79) kaller det ‘community empowerment’ når kollektiv handling styrker lokalsamfunnets medvirkning og kontroll over egen utvikling.



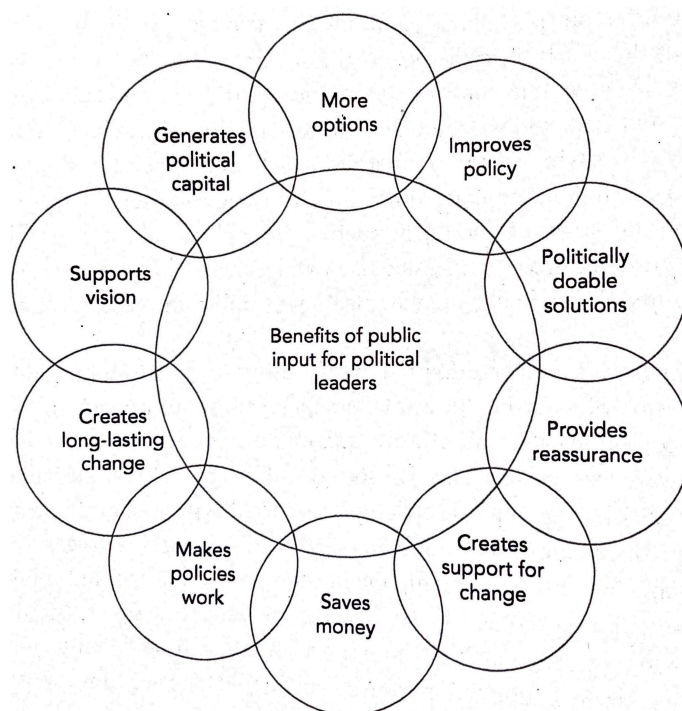
Figur 6: Ulike nivåer av empowerment (Sørensen & Graff-Iversen, 2001, s. 722).

2.6 Samskaping og samhandling

Samskaping eller samstyring kan være en nøkkelstrategi i dagens velferdssamfunn og bør skje på alle nivåer i en kommune ifølge OECD (2011, 2015). Torfing et al. (2016a, s. 12) beskriver samskaping som at «to eller flere aktører samarbeider for å løse en offentlig oppgave eller et samfunnsproblem gjennom en konstruktiv utveksling og anvendelse av deres forskjellige erfaringer, ressurser, kompetanser og ideer». Samskaping mellom offentlige virksomheter, frivillige organisasjoner og/eller private bedrifter kan tette gapet mellom stadig knappere ressurser og stadig større krav (Boyle et al., 2010; Christie, 2011; Hartley et al., 2013; Pestoff et al., 2012; Røiseland & Vabo, 2016; Torfing et al., 2016b). Løsningen på samtidens komplekse problemer og samfunnets «wicked problems» er å samarbeide om de (Agger & Lund, 2017; Cottam, 2018; Heimburg & Hofstad, 2019, s. 35; Huxham, 2003; Kobro, 2018, s. 9-10; Pestoff, 2012, s. 1106; Sullivan & Skelcher, 2003).

Axelsson og Axelsson (2006) benytter begrepet samhandling om samme fenomen i folkehelsefeltet. Samfunnsstrukturer preget av siloer og fragmentering øker behovet for å integrere en felles agenda for helse (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77-78; Dombey & Bonner, 2020, s. 107). Samhandlingsreformen (St.meld. nr 47, 2009) la frem hvordan forvaltning skal effektiviseres gjennom redusert fragmentering og forsterket horisontal og vertikal integrering. Axelsson og Axelsson (2006, s. 79-85) kaller det vertikal integrasjon når det skjer mellom organisasjoner på ulike nivåer i en hierarkisk struktur, for eksempel samarbeid mellom forvaltningsnivåene kommune, fylke og stat. Når integreringen foregår mellom organisasjoner som er på samme hierarkiske nivå er den horisontal. Dette betyr at det meste av integreringen skjer gjennom frivillig forankret samhandling og gjensidige tilpasninger mellom involverte organisasjoner (eksempelvis mellom offentlig, privat og frivillig sektor). Den horisontale tilnærmingen benevnes ofte som såkalt «joined-up government» eller «whole-of-government» (Pollitt, 2003, s. 34-49). Når man har en høy grad av både vertikal og horisontal integrering oppnås samhandling (Hagen, 2020, s. 35). Det handler om å tenke «helse i alt man gjør» (HiAP), slik Folkehelseloven (2011) fordrer av folkehelsearbeidet.

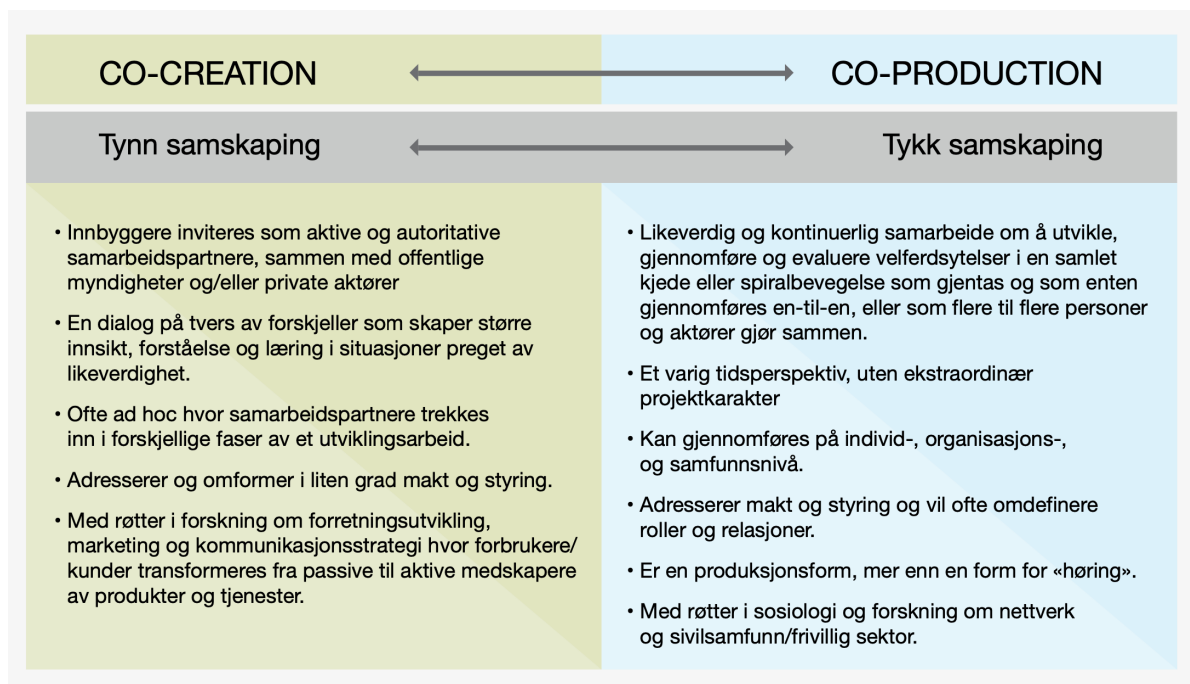
Slike samskapesprosesser kan gi innbyggerne større stemme, økt kontroll og innflytelse over ting som påvirker dem, og generere empowerment blant befolkningen både på individ-, samfunns- og gruppenivå (Heimburg & Hofstad, 2019, s. 11; Jo & Nabatchi, 2018; Needham, 2008; Zimmerman, 2000). Videre kan de gi gunstige fordeler for offentlige tjenester og politikere i form av økt tilfredshet blant innbyggerne og bedre ressursutnytting praktisk og økonomisk (Bovaird et al., 2014, s. 3, 15).



Figur 7: Fordelene med økt input fra innbyggere (Lees-Marshment, 2015, s. 231)

Utfordringen i tilnærmingen ligger i kompleksiteten. Samskaping og horisontal integrering krever tydelig struktur og koordinering, og forståelse for at alle aktørene har egne ressurser (Demografiutvalget, 2020, s. 194). Det menes å være ressursutnyttende i møtet med samfunnets sammensatte utfordringer. Samtidig kreves ressurser i form av å skape felles driv, koordinering og struktur (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 75-76).

Kobro (2018, s. 13) presenterer hvordan man, avhengig av bredden på samskapingen og graden av implementeringen kan skille mellom tynn (vertikal) og tykk (horisontal) samskaping.



Figur 8: Karaktertrekk ved co-creation / tynn samskaping og co-production / tykk samskaping. Hentet fra Kobro (2018, s. 13).

2.7 Kunnskapsstatus i feltet

Fugelli og Ingstad (2016, s. 259) fant at helse ses som et individuelt fenomen som oppstår i et dynamisk samspill mellom mennesket og miljøet, og at egenskapene ved et lokalsamfunn som bidrar til å fremme helse er de fire sosiale faktorene trygghet og tillit, tilhørighet, trivsel og fellesskap. Opplevelsen av sammenheng (OAS) er også sterkt relatert til menneskers opplevde helse, særlig når det gjelder psykisk helse (Eriksson & Lindström, 2006, s. 376).

Sammenhengen er tydeligst blant de som i utgangspunktet har en høy OAS. OAS virker dermed til å ha en sentral, modererende og medierende rolle i vår forklaring av helse, og er viktig for både utviklingen og vedlikeholdet av menneskers helse.

Lokalsamfunn rike på sosiale nettverk og sosial kapital vil stå sterkere i møte med utfordringer, sårbarhet og konflikter, og bedre kunne utnytte ressurser og muligheter (Isham, 1999; Narayan, 1997; Schafft & Brown, 2000; Woolcock, 2001, s. 12). Sosial kapital kan sees som en ressurs for samfunnet og forstås som de normene, verdiene og nettverkene som ligger bak kollektiv handling (Putnam et al., 1993, s. 167; Ravneberg, 2017, s. 112). Dette har en signifikant innvirkning på individets livskvalitet (Bacon et al., 2010, s. 72), og viktigheten vår sosiale kontekst har for helse er veldokumentert i forskning (Campbell, 2011; Eriksson, 2011; Green et al., 2015, s. 91; Holt-Lunstad et al., 2010; McPherson et al., 2013; Mittelmark, 1999; Rocco & Suhrcke, 2012; Thoits, 2010). Kontakt med andre påvirker folks sykdoms- og dødsrisiko. Gode relasjoner er en av de viktigste forutsetningene for å oppleve gode og givende liv, og fungerer som en helsefremmende faktor når man blir syk (Mæland, 2020, s. 103). Lite sosial støtte kan sammenliknes med tobakksrøyking, sykkelig overvekt, lav aktivitet og stort alkoholforbruk når det gjelder negativ helseeffekt (Holt-Lunstad, 2015, s. 227-237; Mæland, 2020, s. 103).

Til tross for et stort kunnskapsgrunnlag rundt våre påvirkningsfaktorer viser forskning at helsefremmende politikkutvikling er utfordrende på det lokale nivå og dets varierende hell i å takle samfunnets sosiale helsedeterminanter (Guglielmin et al., 2018; Hoeijmakers et al., 2007; Holt et al., 2018; Jansen et al., 2010; Jansson & Tillgren, 2010; Lillefjell et al., 2013; Rantala et al., 2014; Weiss et al., 2016). Bak kan det ligge ulike forklaringer, men få av studiene har satt søkelys på det lokale nivået og helsefremmende lokalsamfunn (Glanz & Bishop, 2010; Hardiker et al., 2012; Shareck et al., 2013; Weiss et al., 2016; Whitelaw et al., 2001). Norsk forskning har slått fast at det kreves økt kunnskap om og tilgjengelighet på ressurser på det lokale nivå for å fremme bedre strategier og politiske prosesser for mer effektivt å kunne gjøre handlinger rettet mot de sosiale helsedeterminantene (Lillefjell et al., 2013, s. 771-777). Kompetansehevingen kan ikke bare ha fokus på barrierene rundt lokalt helsefremmende arbeid (Weiss et al., 2016, s. 2). Det er også sentralt å få økt lokal kunnskap om hva som fremmer helse (Lillefjell et al., 2013, s. 773), sett i sammenheng med at det ofte er helseatferd som settes i fokus på lokalt nivå (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 86). Økende mengde forskning viser at empowerment på samfunnsnivå har et helsefremmende potensiale for både individer og samfunn (Bacon et al., 2010, s. 71; Baum, 2019; Hothi et al., 2008; Laverack, 2004; O'Mara-Eves et al., 2013). Videre er det en vekselvirkende sammenheng mellom samskaping, tillit og empowerment, fordi tillit og empowerment både kan være forutsetninger for og gevinster av samskaping (Agger et al., 2018, s. 20).

3 Metode

Kapitlet redegjør for fremgangsmåten jeg har brukt for å besvare problemstillingen. Jeg vil presentere hvordan jeg har funnet frem til utvalg, hvordan jeg har samlet inn data og på hvilken måte jeg har analysert datamaterialet.

Problemstillingen omhandler på hvilken måte lokale påvirkningsfaktorer fremmer helse i lokalsamfunnet, slik innbyggerne ser det. I tråd med det har jeg samlet inn kvalitative data. Kvalitative metoder egner seg godt når man ønsker å få tak i opplevelser og meninger, gå i dybden på eller finne det særegne ved valgt tema (Barbour, 2008, s. 9; Dalland, 2017, s. 52-53). Metoden skjer med nærhet til feltet og respekt for dets kontekst, med fleksibilitet og delaktighet, og fremstilles med et mål om å formidle forståelse med utgangspunkt i informantenes utsagn (Vaismoradi et al., 2013, s. 398). Som forsker er mitt utgangspunkt en formening om at det ikke finnes én objektiv sosial virkelighet, men flere ulike forståelser av den, i tråd med et hermeneutisk vitenskapssyn (Nilssen, 2012, s. 72). En hermeneutisk tilnærming kan utarbeide en lokal og unik kunnskap (Jacobsen, 2015, s. 28).

Jeg har valgt fokusgruppedesign for å kunne utforske innbyggernes synspunkter om tematikken de har felles, med ønske om at dialogen dem imellom ville kunne føre til nye og flere innspill og refleksjoner. Fokusgrupper er en relevant metode dersom man vil se nærmere på noe som handler om felles holdninger, synspunkter eller erfaringer i miljøer hvor mange mennesker samhandler (Frey & Fontana, 1993, s. 20-34; Madriz, 2000, s. 835-850; Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 22).

Innbyggerne kjenner som regel sitt eget lokalsamfunn. De kjenner indre forhold som påvirker, forhold som kanskje ikke sees så lett utenfra. Det kan være konflikter, synlige eller usynlige. De vet hva som er bra, hva de vil ha mer av og hva de vil ha mindre av, og ofte vet de noe om hvordan de skal oppnå dette også (Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 181).

Videre har jeg valgt å gjøre fokusgruppeintervjuer av to grupper av innbyggere, som bor i ulike lokalsamfunn i samme distriktskommune. Innbyggerne i den ene gruppa tilhører bygder med veiforbindelse (kommunesentrum), mens innbyggerne i den andre gruppa tilhører bygder uten veiforbindelse (avhengige av sjøveien). Sistnevnte refereres ofte til som veiløse samfunn, og det er benevnningen jeg vil bruke heretter. Avhandlingen er ikke ment for å gi komparative funn mellom gruppene eller å gi heldekkende svar. Selv om jeg har valgt to ulike grupper

informanter er det viktig å presisere at det ikke har vært med målsetning om å sammenlikne svarene mellom gruppene. Det er valgt for å oppnå en større bredde av empiri, da informantene kommer fra lokalsamfunn med ulike forutsetninger.

Min studie har en abduktiv fremgangsmåte, i måten at den er eksplorerende og empiridrevet (induktiv) og samtidig påvirket av teoriene og perspektivene jeg er farget av både i forkant og i løpet av forskningsprosessen (Alvesson & Sköldberg, 2009, s. 4; Tjora, 2018, s. 33). Abduksjon fremhever slik det dialektiske forholdet mellom teori og data (Alvesson & Sköldberg, 2011, s. 54-57; Mason, 2018, s. 228; Thagaard, 2018, s. 184).

3.1.1 Etikk

Studien er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata. Vedlagt ligger godkjent samtykkeerklæring. Kravet om informert samtykke omhandler frivillig deltakelse, selvbestemmelse og kontroll (Jacobsen, 2015, s. 47-53). Det innebærer at informantene deltar av fri vilje, uten press fra ytre faktorer, og forutsetter at de har fått tilstrekkelig informasjon om undersøkelsens hovedhensikt og hvordan dataene skal benyttes. Vedlagt samtykkeerklæring beskriver studiens formål, hva det innebærer å delta og presiserer at informantene alltid kan trekke sitt samtykke. Erklæringen redegjør for personvern, hva som skjer med datamaterialet etterpå og informantenes rettigheter. Den inneholder også aktuell kontaktinformasjon.

3.1.2 Utvalg og rekruttering

Snøballrekruttering er en variant av strategisk utvalg (Malterud, 2012, s. 52). Et strategisk utvalg består av informasjonssterke deltakere som kan bidra til å belyse problemstillingen (Malterud, 2012, s. 42; Patton, 2002, s. 230; Twohig & Putnam, 2002, s. 278-284). Jeg begynte med å kontakte én nøkkelinformant i to ulike lokalsamfunn. De to var begge nylig nominerte til ildsjelpriser i kommunen, og har bodd i kommunen i flere tiår. De viste meg videre til andre mulige informanter, som ga meg enda flere navn.

Å fra før ha noe kjennskap til lokalsamfunnene, var noe jeg måtte være bevisst på i denne prosessen. Å ikke rekruttere informanter jeg som moderator kjenner godt fra før var viktig. Å gi fra seg kontrollen – «la snøballen rulle den vei den vil» - gjorde dette til en god erfaring. Noe å bemerke var at de fleste tipset om flest kvinner. Rekrutteringsformen gjør at deltakerne

kan føle seg tryggere på å delta og mer forpliktet til å møte opp (Halkier, 2008; Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 52).

3.1.2.1 Strategiske inklusjonskriterier

For at innbyggerne som ble inkludert skulle være relevante for problemstillingen valgte jeg å sette som inklusjonskriterium at de må ha bodd i sitt lokalsamfunn i to eller mer og på den måten kjenner samfunnet godt. De har videre vært over 18 år gamle. Jeg valgte også å sette som inklusjonskriterium at de ikke kunne være sittende medlemmer av kommunestyret i sin kommune, for å kunne få tak i innbyggerperspektivet fremfor perspektivet til kommunens beslutningstakere. Det handlet blant annet om å unngå skeivhet i utvalget ved å utelukke deltakere som kan ha sterke synspunkter (Krueger & Casey, 1994/2014, s. 277-278) og maktbærende roller (Lerdal & Karlsson, 2008, s. 172-175).

Deltakerne er ikke sammensatt av allerede eksisterende grupper, men mange av de kjenner til hverandre fra før i sammenheng med at de bor sammen i små lokalsamfunn. Bekjentskap er nyttig når man ønsker å se nærmere på erfaringer fra noe som foregår i allerede etablerte gruppesammenhenger (Malterud, 2012, s. 45). Kitzinger (1995, s. 299-302) og Barbour (1995, s. 328-334) mener disse bekjentskapene gjør at konteksten for situasjonen stemmer bedre med betingelsene deltakerne ellers lever i, og at det gir merverdi og rom for et større repertoar av erfaringer.

Innenfor disse rammene har jeg tilstrebet å inkludere innbyggere med så stor bredde som mulig. Det viste seg å være særlig utfordrende når deltakere til gruppa i den veiløse delen av samfunnet skulle rekrutteres, fordi overvekten av innbyggerne her består av eldre mennesker. Jeg fikk som nevnt også flest tips om kvinner. Mange av mennene takket videre nei til det første intervjuet på grunn av at dette skulle skje i jaktseasonen, noe jeg ikke hadde reflektert over. I det første intervjuet deltok 5 kvinner og 1 mann, mens det i det andre intervjuet deltok 4 kvinner og 2 menn. Når det gjelder aldersspredningen var deltakerne i det første intervjuet mellom 45 og 72 år, mens deltakerne i det andre intervjuet var mellom 29 og 83 år. Deltakeren som hadde bodd kortest tid i lokalsamfunnet har bodd der i 5 år, mens den som hadde bodd lengst i lokalsamfunnet hadde bodd der i 70 år. Gjennomsnittlig lengde på boforhold var 41,75 år.

3.1.3 Intervjuforberedelser

Fokusgruppeintervjuet kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil hvor det legges til rette for dialog rundt tematikk man har felles og ønsker drøfting rundt (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 179-180). Det handler om å ikke legge for mye regi på det som blir sagt for å kunne utforske de åpne svarene (Frey & Fontana, 1993, s. 20-34; Malterud, 2012, s. 33). Om man vegrer seg for å gi slipp på kontrollen over samtalen vil man kunne miste svarene på spørsmålene man ikke tenkte på å stille (Kitzinger & Barbour, 1999, s. 1-20; Malterud, 2012, s. 75-76). For å fremskaffe fruktbare empiriske data gjennom fokusgruppeintervjuer er samhandlingsdynamikken mellom deltakerne i intervjusituasjonen avgjørende (Malterud, 2012, s. 29). Gode forberedelser for å skape et godt gruppeklime er dermed viktig (Lerdal & Karlsson, 2008, s. 172-175).

Mine intervjuer har tatt utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide med 5 hovedspørsmål. I følge Briggs (2003, s. 497) er det semistrukturerte fokusgruppeintervjuet en måte å frembringe både fortellinger om individuelle og subjektive tema, samt om kollektive, sosiale og politiske mønstre (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 118). Spørsmålene i intervjuguiden fokuserer på personlige erfaringer og opplevelser, i tråd med at Morgan (1997) og Albrecht et al. (1993) hevder at data fra fokusgruppeintervjuer egner seg bedre for analyse når utsagnene er personlig forankret (Malterud, 2012, s. 76). For å best mulig legge til rette for internaliserende utsagn ble gruppene oppfordret til å komme med konkrete personlige fortellinger og man ble enige om en gjensidig taushetsplikt mellom deltakerne (Albrecht et al., 1993, s. 51-64; Malterud, 2012, s. 70). Videre preges intervjuguiden av spørsmål som er ute etter de positive faktorene og ressursene i lokalsamfunnet, i tråd med problemstillingen. Dombey og Bonner (2020, s. 106) hevder at positivt ladede spørsmål om hva man trenger for å leve helsefremmende og gode liv får frem nye perspektiver.

For å i større grad sikre for åpne spørsmål og ikke låse meg fast i intervjuguiden valgte jeg å ha et forberedende forsøksintervju i forkant av fokusgruppeintervjuene, i tråd med anbefalingen til Dalen (2011, s. 30-31). Deltakernes svar i forsøksintervjuet hjalp meg å formulere spørsmålene mine bedre og ga meg rom for å øve på min rolle som forsker. Forsøksintervjuet gjorde meg dessuten oppmerksom på å gi rom for refleksjoner og til tider stillhet, fordi jeg i etterkant så at jeg var for raskt ute med å stille videre spørsmål. I følge Krueger (1993, s. 65-85) svekkes datakvaliteten når man forsøker å stille for mange spørsmål,

og videre påvirker det dynamikken i intervjusituasjonen. Intervjuet gjorde meg også oppmerksom på eget oppmerksomhetsvindu. For å kunne stille de gode oppfølgingsspørsmålene, måtte jeg være helt og fullt til stede i samtalen. Å bruke noe av oppmerksomheten på å notere gjorde at jeg mistet mer av konteksten i samtalen enn jeg hadde trodd. Å bruke assistent under fokusgruppeintervjuene i studien ble dermed viktig for meg. Malterud (2012, s. 66) skriver at assistentens eller sekretærens oppgave er å notere det som foregår i intervjuet som ikke vil komme frem i lydopptaket. Til slutt kan assistenten også komme med en kort oppsummering og eventuelt tilføye spørsmål underveis. Selv om rollen bør være ganske anonym kan den åpne for refleksjoner og informasjon man ellers ville gått glipp av. På grunn av uforutsette omstendigheter ble ikke det mulig likevel i det første fokusgruppeintervjuet, så her måtte jeg bruke erfaringene fra forsøksintervjuet og finne en bedre balanse mellom å lytte og å notere. I det andre intervjuet var assistenten til stede, noe som opplevdes som en god støtte.

3.1.4 Setting og kontekst

Lokalsamfunn er ofte beskrivelsen av et geografisk avgrenset område hvor innbyggerne har en eller annen form for fellesskap (Haugen & Villa, 2019, s. 18; Sletteland & Donovan, 2012/2016, s. 38). Den avgrensbare lokaliteten avgjøres ofte av de geografiske forholdene (Aarsæther, 2016, s. 136). Jeg har gjort mine fokusgruppeintervjuer i to ulike lokalsamfunn, hvorav begge naturlig avgrenses fra andre lokalsamfunn med fjell og hav. Disse to lokalsamfunnene passer også inn de andre grunnleggende trekkene som Aarsæther (2016) beskriver for et lokalsamfunn; oversiktlig når det gjelder størrelse, ikke for rask utskiftning av medlemmer, og det finnes naturlige fellesarenaer for innbyggerne å samhandle på.

Intervjuene er gjort i fellesarenaer hvor det er naturlig for deltakerne å møtes, på to ulike tettsteder i samme kommune med 9 dagers mellomrom. Intervjuene er videre gjort på ettermiddagstid slik at flest mulig kunne delta. I det ene intervjuet deltok det informanter fra ulike veiløse lokalsamfunn, og noen av disse ble fraktet til og fra med båt av et lokalt fjordbåtselskap for å kunne delta. Det nordnorske landskapet var preget av vind og regn, men de tok fatt på båtturen med godt mot likevel og sørget for at dette kunne gjennomføres som planlagt.

3.1.5 Fokusgruppeintervjuene

Når det gjelder anbefalinger om antallet deltakere, varierer disse. Kvale og Brinkmann (2015, s. 179) viser til Chrzanowska (2002) når de skriver at en fokusgruppe som regel består av 6-10 deltakere. Krueger og Casey (2014, s. 207) og Malterud (2012, s. 40) anbefaler 5-8 deltakere per fokusgruppe. Malterud (2012, s. 41) og Morgan (1997) mener man bør rekruttere 20% flere deltakere enn man tror at man trenger. Jeg valgte å invitere 8 og 9 deltakere til hvert intervju. Det viste seg å være nyttig da to måtte melde forfall på kort varsel til det første intervjuet og tre til det andre intervjuet. Dermed endte jeg opp med 6 informanter i hvert intervju, til sammen 12 stykker. Dagen før intervjuet ble alle informantene kontaktet med en påminnelse i tråd med anbefalingen til Krueger og Casey (2014, s. 228). Videre har jeg valgt å møtes med hver av gruppene én gang etter anbefalingen til Malterud (2012, s. 41).

For å kunne samle inn empiriske data i intervjuet ble det gjort lydopptak med en stemmeopptaker. Lydopptak egner seg godt når man er opptatt av det tematiske som sies underveis (Malterud, 2012, s. 57-58). Dette gir intervjueren større anledning til å observere dynamikk i situasjonen, samtidig som det sørger for at tonefall og pauser blir med i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 205).

Intervjuene startet med at alle leste og signerte samtykkeskjemaet godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata. De ble også muntlig informert om prosjektets formål og metode. Jeg samlet også inn opplysninger om alder og om lengde på boforhold. Jeg informerte videre muntlig om oppbevaring av datamateriale og sletting, anonymisering og praktisk informasjon om hvordan intervjuet skulle foregå. Jeg informerte om min og assistentens rolle i intervjuet, at det var ønskelig å få høre om personlige erfaringer og at gjentakelser var velkomne dersom man opplevde å være enig i det noen andre sa. Når det ble spurt om personlige opplevelser ble det lagt opp til at hver og en selv kunne avgjøre hvor personlige man ønsket å være.

Når det gjelder den praktiske intervjusituasjonen opplevde jeg begge intervjuene som komfortable og informative. Informantene fikk samtalen til å flyte godt seg imellom og de hadde mye å bidra med. Særlig i det første intervjuet ute i den veiløse delen av kommunen, hvor jeg opplevde at informantene ofte henvendte seg til hverandre og ga uttrykk for å kjenne hverandre godt, hadde samtalen god flyt og tone. Gruppen skapte en dynamikk hvor de innbyrdes stilte hverandre oppfølgings spørsmål og i svært liten grad henvendte seg til meg.

De stoppet selv opp for å igjen reflektere over hva spørsmålet var og virket innstilte på å svare sammen og utfylle hverandre. Latteren satt løst i begge intervjusituasjonene, men i transkripsjonene fremkommer det mest latter og bruk av intern humor i det første intervjuet i det veiløse lokalsamfunnet. Det opplevdes godt å ha det første intervjuet med en gruppe som viste innbyrdes trygghet. I det andre intervjuet var flere av informantene relativt ukjente for hverandre, noe som gjorde at man til dels også brukte intervjusituasjonen på å bli kjent med hverandre. Det ga også verdi til materialet, til tross for at jeg der og da kjente på å miste litt styring. Å ikke gå inn å kontrollere samtalen når det skjedde tilførte materialet data jeg ikke hadde forutsett.

Intervjuene hadde en varighet på 1 time og 45 minutter (intervju 1) og 2 timer (intervju 2). Når jeg spurte om noen hadde noen siste refleksjoner var det ganske naturlig lite som dukket opp, da informantene nok følte seg ganske tomme etter lange samtaler.

3.2 Transkribering

Lydfilene ble raskt lagt inn på datamaskin og låst med kode. Disse ble slettet så snart transkriberingen var gjort. I mellomtiden lå de i et låsbart skap bare jeg hadde tilgang til. Transkriberingen fant sted i løpet av de to neste ukene. Jeg transkriberte manuelt og benyttet hodetelefoner under hele transkriberingsprosessen slik at ingen kunne lytte. Å gjøre transkriberingen manuelt ga meg anledning til å bli godt kjent med datamaterialet. Formålet med transkriberingen var å gjøre datamaterialet klart for analyse (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 204). Transkripsjonene ble skrevet uten navn og sitatene er lagt frem på bokmål i avhandlingen.

3.3 Tematisk analyse

Å avgjøre hvorvidt man ønsker å sammenfatte en omfattende beskrivelse av hele datamaterialet eller om man ønsker å sette søkelys på valgt tematikk er et valg som bør tas før man velger hvordan man skal analysere (Braun & Clarke, 2006, s. 83; Vaismoradi et al., 2013, s. 400). Om man ønsker å sette søkelys på hele datamaterialet er målet å finne frem til materialets mest dominante tematikk. En slik innholdsanalyse gir en god oversikt og en generell beskrivelse, mens ulempen er at man kan miste noe av dybden i materialet. Denne tilnærmingen kan være nyttig dersom man forsker på noe som er lite forsket på eller ikke har

noen formening om informantenes synspunkter fra før. Motsatt kan man velge å gjøre en tematisk analyse som går dypere inn i et bestemt tema, ved å sette søkelys på den bestemte tematikken som preger hele eller mesteparten av datamaterialet. I min analyse ønsket jeg å ha søkelys på valgt tematikk, helsefremmende lokalsamfunn. Tematikken preget mesteparten av datamaterialet og ga meg anledning til å gå i dybden.

En tematisk analyse er prosessen med å identifisere og analysere mønstre og tema på tvers i et større kvalitativt datamateriale, og bruke disse til å si noe om forskningens tema (Braun & Clarke, 2006, s. 79; Maguire & Delahunt, 2017, s. 3353; Vaismoradi et al., 2013, s. 400). I følge Braun og Clarke (2006, s. 78) er det en god metode for nybegynnere, for å utvikle gode kjerneferdigheter i analysearbeid. De har satt sammen et rammeverk for tematiske analyser bestående av 6 faser (Maguire & Delahunt, 2017, s. 3354-33512), noe jeg vil redegjøre for i beskrivelsen av gjennomført analyseprosess.

Phase	Description of the process
1. Familiarizing yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking if the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells, generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

Figur 9: Fasene i en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, s. 87).

Den første fasen handler om å gjøre seg kjent med datamaterialet, noe den manuelle transkriberinger bidro til (Vaismoradi et al., 2013, s. 401). Etter råd fra veileder lyttet jeg også til begge intervjuene igjen etterpå, uten å skrive.

Fase to er ifølge Braun og Clarke (2006, s. 88) å utarbeide koder fra alle meningsbærende enheter i materialet. Det begynner med å se noe 'kodbart' – noe du opplever som viktig eller utmerkende – for så å sette ord på (Boyatzis, 1998, s. 4). Kodingen ble gjort induktivt ved at kodene og kategoriene er hentet direkte ut fra datamaterialet og har fått lede veien (Vaismoradi et al., 2013, s. 401). Den analytiske tilnærmingen for å gjøre meningsbærende enheter om til koder og kategorier er nokså lik mellom innholds- og tematisk analyse (Vaismoradi et al., 2013, s. 402).

Når man skal gjøre en tematisk analyse og tolke meningsbærende utsagn, er det hverken umulig eller uønskelig at forskeren ikke lar eget perspektiv farge hvordan et utsagn forstås. Utsagn kan inneholde flere meninger, og forskerens bakgrunn påvirker hvordan man velger å tolke utsagnene. Graneheim og Lundman (2004, s. 111) skriver at man som forsker må være oppmerksom på å la «teksten tale» og ikke tillegge den mening som ikke er der, og at analyseprosessen dermed handler om å finne balansen mellom de to. Jeg har brukt deres fremgangsmåte for å gjøre meningsbærende enheter om til koder og kategorier. Braun og Clarke (2006, s. 89) anbefaler her at man gir kode til så mange spesifikke temaer som mulig, fordi man ikke vet hva som blir aktuelt i den senere delen av analyseprosessen. Kodene ble utarbeidet med problemstillingen og forskningsspørsmålene i tankene og teorigrunnet i ryggen, noe Boyatzis (1998, s. 10) mener gir forskeren innsikt om hvor man bør se og hva man bør se etter – «or, more accurately, what to be ready to «see»».

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Kode	Kategori	Tema
Meningsbærende del av teksten. Består av ord, meninger og deler av teksten som henger sammen gjennom sitt innhold. Hentes fra transkriptet og utgjør grunnlaget for analysen.	En prosess som gjør teksten kortere og lettere håndterlig. Det sentrale innholdet bevares.	Den kondenserte teksten abstraheres og løftes til et høyere logisk nivå. Benevnes med kode, som er en etikett på en meningsenhet.	Utgjøres av flere koder som har liknende innhold. Kategorier er internt homogene og eksternt heterogene. Benevningen av en kategori svarer på spørsmålet «hva».	Sammenbinder det underliggende innholdet i et antall kategorier. Et tema svarer på spørsmålet «hvordan» og utgjør en tråd av mening gjennom kategorier på et tolkende nivå.

Figur 10: Oversikt over den kvalitative innholdsanalysen til Graneheim og Lundman (2004), hentet fra Gravdal et al. (2020).

I følge Braun og Clarke (2006, s. 82) er det flere valg som bør tas i forkant av søket etter temaer, som er den tredje fasen i en tematisk analyse. Blant annet bør man ta stilling til hva som kan regnes som et tema og ha en avklart formening over graden av fleksibilitet. Gjentakende forekomst av utsagn er ikke nødvendigvis et kriterium for å kunne regne noe som et tema og forskeren kan i stor grad gjøre egne vurderinger på det (Maguire & Delahunt, 2017, s. 3356). Det viktigste er om temaet tar opp noe relevant i forhold til studiens problemstilling, fremfor hvor ofte det dukker opp. Et tema kan bli identifisert både på det manifeste nivå (det man kan hente direkte ut fra datamaterialet) og det latente nivå (det som ligger bak et fenomen eller en beskrivelse av det) (Boyatzis, 1998, s. 4). I min studie har jeg ikke satt noe krav til at hvert tema må belyses et visst antall ganger, samtidig som jeg ikke har sett det som relevant å lage tema ut av én enkelt kode eller kategori. Utover det la jeg opp til å

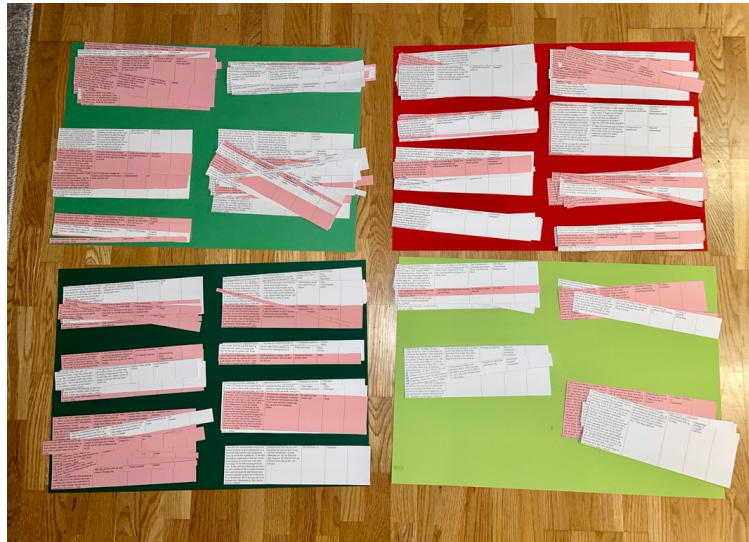
fleksibelt kunne vurdere hva som er et tema og ikke. Videre legger Braun og Clarke (2006, s. 82) frem at man, dersom man ønsker å si noe om prevalens, må bestemme seg for om man ønsker å gjøre det for hver informant separat, eller si noe om hvor mange informanter som har tatt opp det samme temaet i gruppa som helhet. I den grad jeg sier noe om prevalens er det fra gruppene som helhet.

For å få en god oversikt over datamaterialet når jeg skulle begynne å lete etter temaer valgte jeg å skrive ut alle meningsenhetene med tilhørende koder og kategorier. Intervju 1 ble skrevet ut på rosa ark, mens intervju 2 ble skrevet ut på hvite ark. Meningsenhetene ble klippet ut og deretter sortert etter hvilket av mine forskningsspørsmål enheten kunne bidra til å svare på. For meg ble dette et visuelt tankekart. Her ble det en helt klar overvekt av meningsbærende enheter rundt mitt første forskningsspørsmål som er tett knyttet til problemstillingen.



Bilde 1: Meningsbærende enheter knyttet til forskningsspørsmål 1.

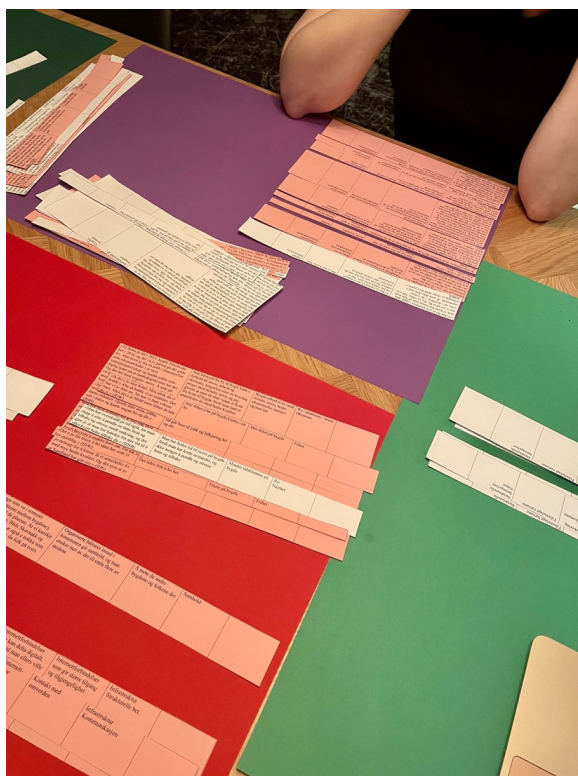
Neste steg var å finne mening i materialet, og i begynnelsen opplevdes det som en kaotisk prosess. For å gjøre det mer håndterbart tok jeg først utgangspunkt i kategoriene og delte meningsenhetene inn i ulike temaer basert på disse. Disse ble plassert på plakater i ulike farger for visuelt å skille de. I første runde ble det 7 ulike tema bare i det første forskningsspørsmålet, til jeg innså at flere av kategoriene gikk inn i hverandre og at de kunne flettes sammen om temaet ble kalt noe annet.



Bilde 2: Oppdeling av meningsbærende enheter til 4 ulike tema, med tilhørende kategorier

Etter å ha gjort dette la jeg frem analyseprosessen hittil for lærere og medstudenter. Der fikk jeg gode råd som ledet meg til å gjøre prosessen på nytt med en annen innfallsvinkel. Denne gang tok jeg for meg alle meningsbærende enheter uten først å sortere de etter hvilket forskningsspørsmål jeg tenkte de var med å svare på. Å dele de meningsbærende enhetene opp slik jeg først gjorde er en klassisk fallgrube i tematisk analyse ifølge Clarke og Braun (2013), som gjør at materialet blir oppsummert og organisert fremfor analysert (Maguire & Delahunt, 2017, s. 3353). Å åpne opp materialet gjorde at temaene endret seg nok en gang og det fikk frem nye temaer som uteble i første runde.

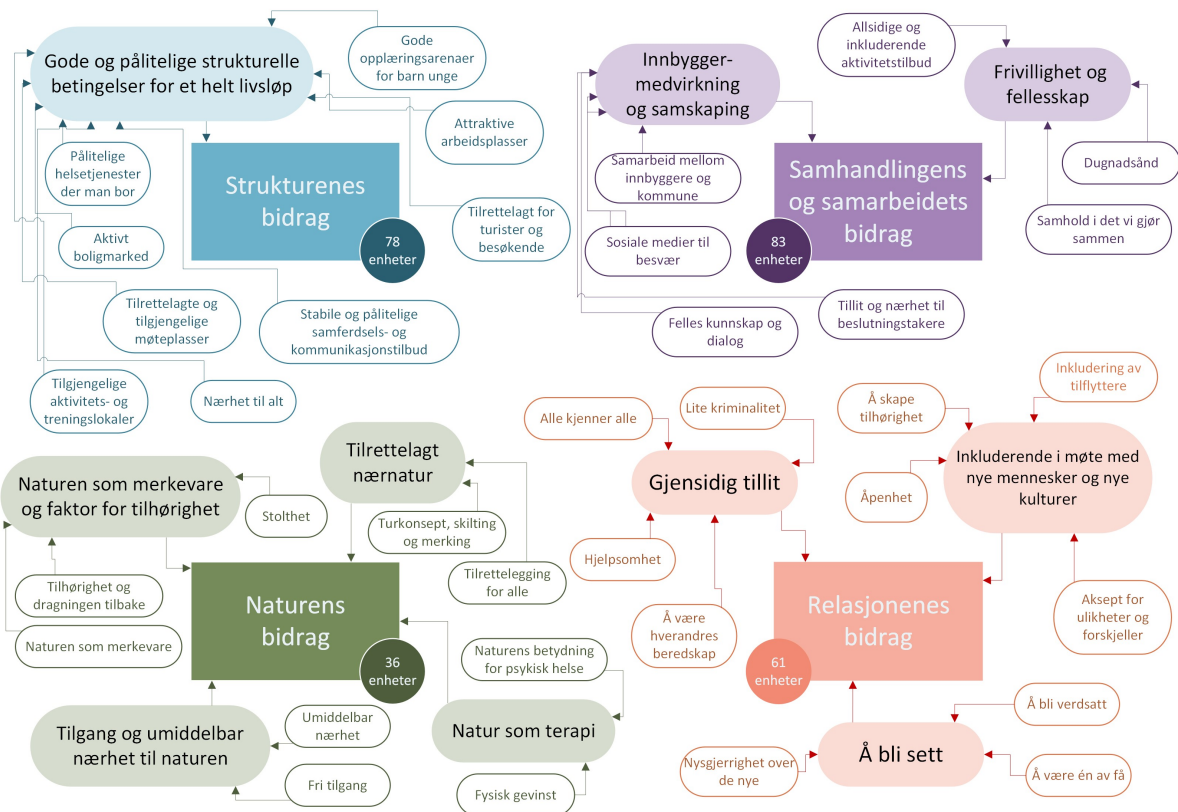
Den fjerde fasen går ut på å evaluere temaene og kategoriene (Braun & Clarke, 2006, s. 91; Heimburg & Hofstad, 2019, s. 20). I denne fasen man kan avdekke om enkelte temaer ikke er temaer likevel ved at de for eksempel har for lite data å støtte seg til, eller om noen av temaene er innbyrdes like og kan flettes sammen. Jeg fikk assistenten fra fokusgruppeintervjuet med meg i denne delen av prosessen. Utviklingen av temaer er bedre når det gjøres sammen med andre (Boyatzis, 1998, s. 11). Hun gikk over alle meningsbærende enheter og koder sammen med meg. Dette tilførte materialet nye refleksjoner, koder og kategorier. Flere av kategoriene ble også slått sammen. Lappene ble flyttet rundt på bordet i flere runder før man endte på 5 tema med flere underkategorier. Å bruke assistenten som medhjelper i denne delen av prosessen var svært nyttig og gjorde datamaterialet tydeligere.



Bilde 3: Analysearbeid med assistent

Å ikke legge opp til for komplekse tema var en konstant avveining. Vi opplevde det derfor som nyttig å definere undertemaer for å gjøre de brede temaene oversiktlige. Undertema beskrives som tema-innenfor-tema, og kan gi struktur og mening til store, komplekse tema (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Å bruke undertemaer tydeliggjorde hva temaet overordnet var og på hvilken måte temaene internt ekskluderte hverandre.

Den femte fasen handler om å definere temaene. Ifølge Braun og Clarke (2006, s. 92) handler det om at man identifiserer hva hvert tema omhandler. Man plasserer også temaet i forhold til problemstillingen. For å fremstille en kort og konkret tekst om hvert enkelt tema tok jeg for meg én og én plakat (ett og ett tema) og beskrev disse kort. Etter å ha beskrevet disse og lagt de frem for veilederen fant vi ut at to av temaene kunne settes sammen under en ny overskrift. Totalt endte det derfor med 4 temaer, med flere undertema. For å illustrere hvordan datamaterialet til slutt ble oppdelt inn i temaer og undertemaer på bordet har jeg skissert et dataflytskjema. Her kan man se hvor mange meningsbærende enheter som til slutt ble liggende i hvert tema.

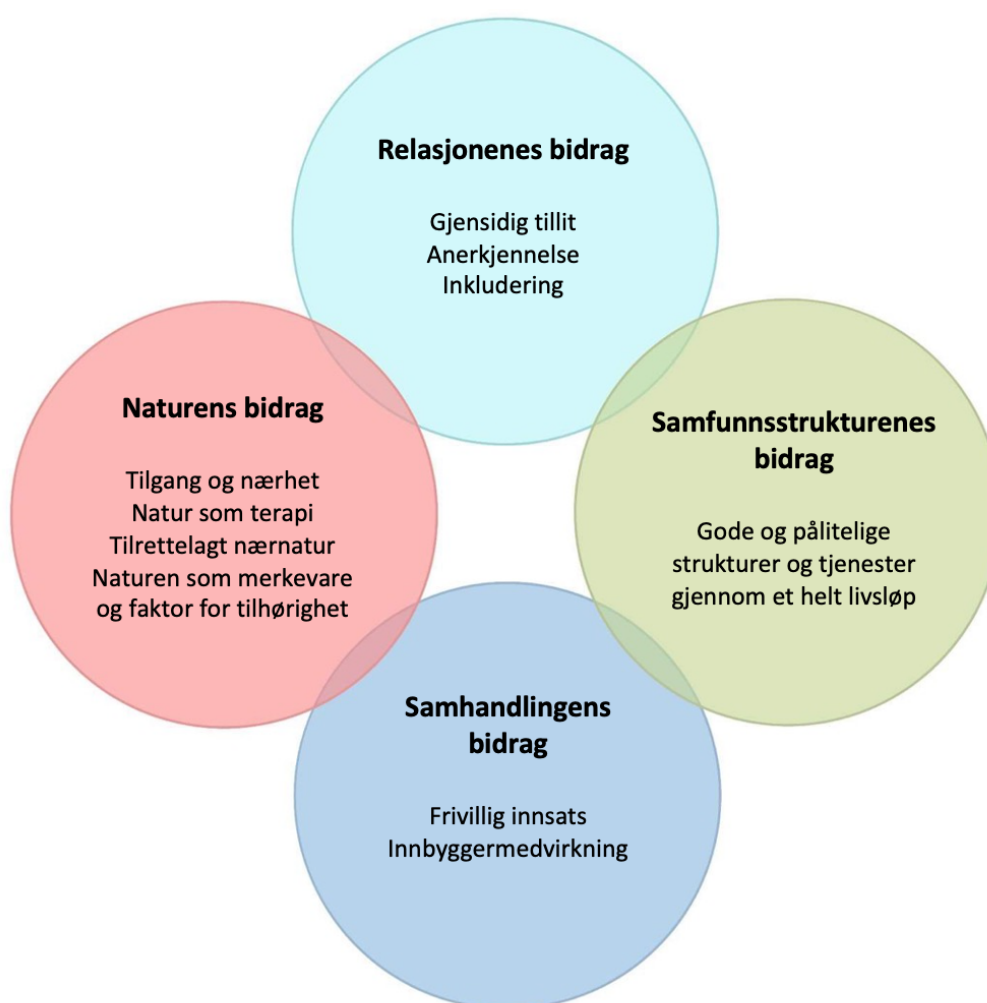


Figur 11: Dataflytskjema / mind-map

Den sjette og siste fasen i prosessen var å rapportere om funn fra analysearbeidet, noe som legges frem i del 4 av oppgaven. Avhandlingen er anonymisert og alle stedsnavn tatt vekk.

4 Funn

I dette kapitlet presenteres mine funn. Gjennom tematisk analyse har jeg kommet frem til 4 temaer og flere undertemaer som svarer på problemstilling og forskningsspørsmål. Nedenfor skisseres de påvirkningsfaktorene som innbyggerne mener bidrar til helsefremmende lokalsamfunn i den nordnorske distriktskommunen de bor i. Jeg vil redegjøre for hovednyansene i disse og på hvilken måte innbyggerne mener de fremmer helse og trivsel. Som nevnt har det ikke vært et mål å gi komparative funn, men forskjellene som særlig utpeker seg nevnes.



Figur 12: Påvirkningsfaktorene som bidrar til et godt lokalsamfunn i distriktet.

4.1 Relasjonenes bidrag

Relasjonene folk imellom er sentrale. At man har tillit til hverandre, ser hverandre og inkluderer hverandre i lokalsamfunnet har stor betydning for folks trivsel og velvære. Temaet skisseres av tre undertema.

4.1.1 Gjensidig tillit

Innbyggerne fortalte om tilliten de har til at medbyggingene alltid stiller opp for og hjelper hverandre. Det oppleves som lett å be om hjelp og lett å hjelpe, og nabohjelpa beskrives som unik. Den ene forteller blant annet om en personlig hendelse rundt når de nylig hadde flyttet fra by til bygd og trengte hjelp:

Det var det liksom ikke noe spørsmål (...) Alt fra unge til gamle folk som stilte opp og gjorde det de greide. Man følte seg så verdsatt, at man kommet hit ut, og startet med det her evighetsprosjektet vårt.

Ved siden av å hjelpe hverandre med hverdagslige ting kom det frem flere personlige hendelser hvor det har vært av helt kritisk betydning å få hjelp. 10 meningsbærende enheter handler om hvordan man som medbygginger har måttet trå til når noen ble alvorlig syke for å berge liv og helse. 9 av disse utsagnene kommer fra den veiløse delen av distriktskommunen; de som er lengst unna akutthjelpen.

Jeg fikk hjerteinfarkt, og så sier legen via 113 at jeg må få tak i nitro. Og da var det jo fem forskjellige naboer i huset, jeg kaller jo alle i bygda for naboer da, og så var det liksom 'hvem har nitro?'. Ene karen dro i båten å henta nitro, den var gått ut på dato, så var det å ta en telefon til et hus..fire hus lengre opp. Han hadde nitrospray, så kom de springende ned med det. Altså, du får hjelp.

Utsagnet «alle kjenner alle» kommer frem hos begge gruppene som utgangspunktet for gjensidig tillit. Det drøftes hva det innebærer, og her skiller svarene seg noe mellom gruppene. Mens informantene i den veiløse delen av kommunen beskriver det som at alle kjenner hverandre godt, beskrives det i kommunesentrum som å vite hvem alle er, men ikke nødvendigvis kjenne dem. Det kommer frem at å kjenne hverandre eller til hverandre er viktig for å føle seg trygg, ha tillit og skape samhold. Dette er særlig viktig som barn eller når man har barn for å ha tillit til sine omgivelser og skape trygge oppvekstforhold.

Det er jo trygt for ungene også, tenker jeg det er, man vet at de har det bra i barnehagen, når man sender de på trening eller et eller annet sted, at det er bra folk som er der, man trenger ikke bekymre seg for.. hvem er det som er i lag med barnet mitt nå, for man vet det.

Særlig innbyggerne i den veiløse delen av kommunen tegner et tydelig bilde over graden av den tilliten de føler på:

Jeg tror jeg har bodd i ***** i et liv og jeg har aldri låst bilen.

Det er jo sånn når man reise bort så.. Ja, vi låser døra, men nøkkelen står i døra i tilfelle noen trenger noe.. Så er det veldig dumt at dem må ringe for å få forklart hvor den nøkkelen er gjemt.

En slik gjensidig tillit blant innbyggerne fører til en opplevelse av trygghet og denne tryggheta verdsettes høyt.

Det er dette som berammer tryggheta, ikke sant, det er.. Eller, viser den tryggheta vi føler. Og den tryggheta man har krav på også, i livet sitt. For å kunne være stødig og klare å ta vare på seg selv og andre også.

4.1.2 Anerkjennelse

Innbyggere i begge gruppene tar opp å være én av få. De ser det som fordelaktig at man lettere blir sett og verdsatt i små lokalsamfunn.

Også er det folkene her på plassen. Fordi at i et sånt her lokalsamfunn.. I byen var man én av mange. Du ble aldri lagt merke til, med mindre du ikke var en person som bare buset ut og tok plassen. Men her blir man et viktig menneske fordi at vi er så få. Så blir man sett også.

Tryggheten over å kjenne hverandre og se hverandre virker til å veie opp for at man vanskeligere kan være anonym. Bakdelen med å bli sett og å være få nevnes å være «bygdedyret», som beskrives som «snakk og ryktespredning på bygda». Å bli sett er dermed en faktor på godt og vondt, men når det teller er det når man blir sett og verdsatt som veier tyngst.

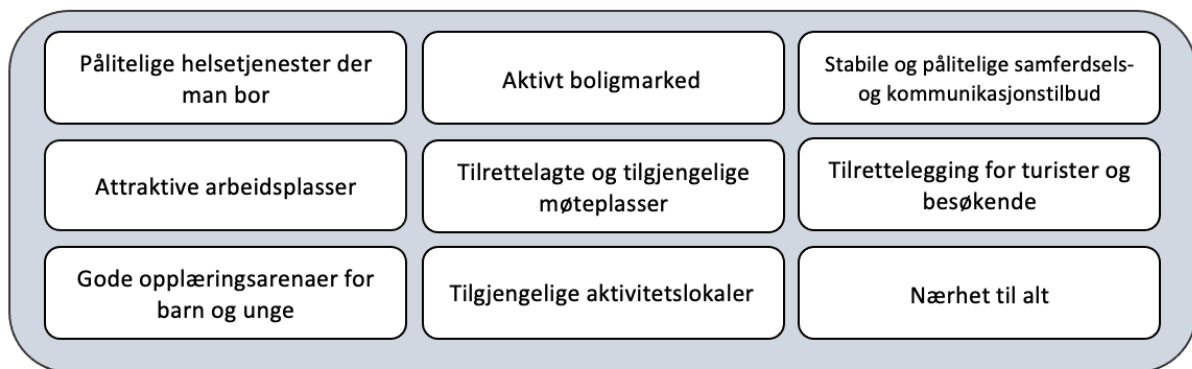
Jeg opplevde at alle var så nysgjerrige på hvem jeg var, de brydde seg. Hvem er dette nye mennesket som har kommet hit, de ville bli kjent med meg, de ville vite hva som skulle til for at jeg skulle ha det bra her. Og det var en følelse jeg nok aldri har hatt før. Jeg husker så godt når jeg ble gravid så.. Første graviditeten sant, det er jo det mest spennende og mest hemmelige i verden, men så liksom ble det offentlig da, at jeg var gravid. Jeg husker jeg stod i kassa på butikken, det var ***** som satt i kassa, og hun var helt over seg av lykke for at jeg var gravid. Jeg tenkte 'herregud, går det an at noen jeg omtrent ikke kjenner, til og med hun som sitter i kassa på butikken, er så engasjert og glad på mine vegne'. Jeg bruker å tenke på det øyeblikket mange ganger når jeg har litt dårlige stunder, at det blir liksom for lite og for vanskelig og alt det der, at den der opplevelsen av at du betyr noe og du har en egenverdi.. Folk merker det hvis du blir borte i morgen, så vil noen merke det. Det er det som er avgjørende for at jeg har det godt.

4.2.3 Inkludering

Når det kommer noen man ikke kjenner er mange interesserte i å vite hvem den nye er. I den forbindelse legger fokusgruppa i kommunesentrum vekt på inkludering av nye medbyggdinger, respekt for ulike kulturer og aksept overfor hverandre og hverandres forskjeller. Man ønsker at det skal være en del av kommunens omdømme; her tar man vare på alle «nye», og det er alltid plass til nye «fjordinger» – «uansett altså, hvor de kommer fra». Å stifte bekjentskap er særlig viktig overfor de som kommer uten familie. En av innbyggerne fortalte hvordan det opplevdes å være tilflyttende uten familie, for så å bli inkludert i noen annens familie. En lokal dame tok kontakt med et ønske om å bli hennes barns bestemor, noe som ga familien trygghet og en følelse av å høre til. Å bli kjent med tilflyttere utpeker seg også som viktig for å bevare den tilliten og tryggheten innbyggerne opplever som ligger i «alle kjenner alle», og for å få kunnskap om hva de trenger for å kunne trives.

4.2 Samfunnsstrukturenes bidrag

Gode og pålitelige strukturer og tjenester som kan dekke behov gjennom hele livsløpet er av stor betydning. Samfunnsstrukturene fordeler seg på 9 undertemaer.



4.2.1 Pålitelige helsetjenester der man bor

Innbyggerne i begge gruppene er opptatt av gode helsetjenestetilbud, både når man har akutte behov eller trenger annen oppfølging. Å få rask hjelp der man bor er viktig for å føle seg trygg. Innbyggerne gir gjengs over uttrykk for at de opplever å ha «et godt helsevesen». Særlig innbyggerne i den veiløse delen av kommunen snakker mye om at man får raskt hjelp når man trenger det. Her er det hverken helsesenter, tilgjengelig lege annet enn én dag i måneden eller ambulansetjeneste. Allikevel gir de uttrykk for å føle trygghet over at de alltid får «fortere hjelp enn folk flest».

Jeg så når jeg fikk hjerteinfarkt og faktisk, hjertet stoppet jo på meg. Men da hadde legen rukket å komme fra ***** (kommunesentrum) og fra ***** (universitetssykehuset) med helikopter på den tida, og det berget livet mitt rett og slett. Hadde det ikke vært for det så hadde ikke jeg sittet her i dag.

Å bo langt unna sykehus virker generelt ikke til å være bakgrunn for utrygghet. Kommunen har en ambulansébåt med base i kommunesentrum, som frakter de som trenger det til nærmeste sykehus. Turen tar fra 1,5 til 3 timer, alt etter hvor en bor i kommunen.

Legebåten betyr jo i hvert fall mye, på å føle seg trygg da. At selv om vi ikke har et sykehus midt i bygda, så vet vi at det er en trygg og god vei dit. Jeg har selv blitt fraktet med ambulansébåten opptil flere ganger, jeg har aldri vært redd selv om det har vært akutt både for meg og ungene mine så har jeg aldri vært redd, fordi at jeg vet at de som er på legebåten vet nøyaktig hva dem gjør når de kjører, jeg vet at sykepleierne vet alt hva de gjør, jeg har også tillit til legene når man kommer og at de gjør gode vurderinger. Det er nesten rart når man ser de her diskusjonene i ***** (nærmeste by), de føler seg så utrygge og de er så redde for det ene og det andre, jeg tenker hvordan går det an? Vi bor her i ***** og føler oss så trygge, hvordan kan de være så utrygge? Det har jeg lurt på mange ganger, hva det egentlig handler om..

I kommunesentrum har nylig fastlegene har gått over i oppdelt nordsjøturnus. Innbyggerne her drøfter hvordan endringen, for noen, negativt har påvirket deres trygghetsfølelse. Det tar lengre tid før man får komme til fastlegen og man må godta å hyppigere møte andre leger som ikke kjenner ens sykdomshistorie. Innbyggerne tror dette særlig påvirker mennesker som trenger regelmessig oppfølging av lege, som nå kan oppleve tjenesten som ustabil.

4.2.2 Attraktive arbeidsplasser

Tilgang på arbeidsplasser er avgjørende for at det skal være «liv laga». Bygdene oppstod på grunn av arbeidsplassene som den gang var innen fiske og industri. At arbeidsplassene er interessante og attraktive er viktig for å kunne få flere til å flytte til kommunen. I dagens samfunn tar stadig flere høyere utdanning og krever andre jobber enn de som finnes lokalt.

Det er jo sånn, da pandemien slo til så var liksom ikke min største frykt.. Min største frykt var ikke at vi skulle gå på ræv av det her, at vi skulle gå konkurs. Min største frykt var at jeg ikke kunne bo her for at jeg hadde ikke en jobb.

4.2.3 Gode opplæringsarenaer for barn og unge

At barn og unge i kommunen går på gode skoler og i gode barnehager er viktig for læring, utvikling og utfoldelse. Både innhold og lokaler er av betydning. Uten disse arenaene «dør bygda ut». Det nevnes at nærmiljøskolene ikke bare er viktige for barna, men også lokalsamfunnet.

Sånn sett så er også skolen veldig viktig, fordi at dem også er en veldig god aktør til å dra i stand aktiviteter og invitere hele bygda med på det. Så det er ikke bare skoleavslutning for dem som går på skolen, det er skoleavslutning for hele bygda.

4.2.4 Aktivt boligmarked

Når det kommer til boligmarkedet, er gruppene enige i flere ting. Et aktivt boligmarked øker graden av bolyst. Det handler om å kunne bo et sted hvor det er «lys i husan», bevegelse i markedet og tilgang til moderne boliger. Prisdunstige hus gir dessuten handlingsfrihet.

Så har man jo uansett råd, også for at man bor billigere enn i byene. Altså, skulle vi bodd sånn som vi gjør i dag i en by så hadde vi jo ikke hatt råd til å gjøre noe annet enn å bo. Det gir jo en veldig god handlingsfrihet.

Bakdelen med rimelige boliger, slik innbyggerne ser det, er at det sjeldent lønner seg å renovere, noe mange boliger krever. Lave priser betyr også at det er mindre å hente på å selge. Man kan føle seg bundet til å bli boende, eller man flytter og beholder boligen som sekundærbolig. Det gjør det dessuten lettere for «pengesterke turister» å kjøpe hus for å bruke som hytter. I de veiløse bygdene er det få eller ingen ledige, men mange mørklagte hus.

4.2.5 Tilrettelagte og tilgjengelige møteplasser

Å ha et sted å møtes utpeker seg som sentralt. Møteplassene beskrives som «noe av det viktigste man har i ei bygd». Allikevel forteller innbyggerne at dette har vært eller er en mangelvare. Innbyggerne i den veiløse delen av kommunen forteller at kafékroken på butikken er det nærmeste man kommer. Kaféen i skolens gymsal kan også være et naturlig samlingspunkt, men kun de gangene det arrangeres av frivillige lag. Gruppen i kommunesentrum forklarer at de tidligere har savnet et sted å møtes, men at de nylig har fått en lokal kafé i sentrum av bygda. Her kan man møtes over en kopp kaffe og være sosial, og dette har stor betydning for deres trivsel i hverdagen.

4.2.6 Tilgjengelige aktivitetslokaler

Å ha tilgjengelige og egnede lokaler for å drifte aktiviteter er viktig for innbyggerne. Tilgjengelighet handler ifølge dem både om at det skal være mulig for folk flest å benytte seg av lokalene (at de ikke rigges med fysiske hindringer), og om leieprisene. Det er fint å kunne leie kommunale gymsaler og svømmebassenger til lave kostnader, spesielt vinterstid. I perioder har leieprisene for kommunale bygg vært høye. I de periodene begrenses frivillige lag og foreninger, og det blir færre aktiviteter for innbyggerne. En av innbyggerne

eksemplifiserte dette med kaféen hun tidligere var med på å drifte. Kafédriften kunne ta inn omkring 7-800 kroner, mens kommunen krevde 1000 kroner i husleie til tross for at innbyggerne selv tok med seg alt av utstyr. En annen tok opp hvordan lave leiepriser gjør det rimelig for barnefamilier å delta i aktiviteter, og eksemplifiserte det med hvordan man for 600 kroner kan gå i bassenget hele året.

Bare et sånt tilbud, det er prisgitt å ha. Så er det jo også en del av de tingene som gjør at du kanskje kan finne på at 'jaja, her kan jeg vel være', for at ungene kan være med på ting selv om det er begrenset hva du har i forhold til en stor plass.

4.2.7 Stabile og pålitelige samferdsels- og kommunikasjonsstilbud

Innbyggerne i den veiløse delen av kommunen tar opp viktigheten av stabile og tilstrekkelige båtutbud, trygge ferdselsårer og internettforbindelser som er til å stole på. Man ønsker båter som går ofte nok slik at man kommer seg til og fra, og gjerne innad i, kommunen. Man ønsker internett-tilgang slik at man lettere kan delta på arrangementer og omså ha en jobb utenfor bygda. Man ønsker å prioriteres fra kommunens side når veilysene går og det blir mørkt ute. Dette er betingelser for trygge lokalsamfunn. Det tas opp fordi det ikke fungerer så godt som ønsket i dag. Når tematikken dukker opp i kommunesentrum er det med et positivt fortegn; dette fremmer vår trivsel og bolyst.

Vi har det jo som plommen i egget ikke sant, vi kjører halvannen time til ***** (nærmeste by) også setter vi oss på et fly så er vi i Oslo. Det er jo verre ute i distriktet, i de veiløse samfunnene. Jeg unner ikke dem som er avhengig av ferga, altså det er pyton.

4.2.8 Tilrettelegging for turister og besøkende

Gleden over å få besøkende innom bygdene nevnes av begge gruppene. Man blir stolte når de trives og kommer for å benytte seg av naturen. Når man, som i kommunesentrum, opplever at det ikke er lagt opp til at man kan ta imot dem kjenner man at det påvirker egen trivsel. Man orker ikke friste folk til et besøk når det ikke er lagt til rette for det. Man skulle i det minste hatt et sted å kunne parkere bobilen mens man går i fjellet. Å legge til rette for turisme, særlig tur-turisme, mener innbyggerne kommer dem til gode. Ikke bare i form av trivsel og stolthet, men også praktisk.

Vi har jo mye gjester her i løpet av et år. (...) De er jo òg en ressurs for lokalsamfunnet. (...) Husk på det, man bygger jo opp tjenester for at turistene skal bruke det, men det at de tjenestene er der kommer jo også oss til gode hele året. De er gode argumenter for utbedring av mange ting.

4.2.9 Nærhet til alt

Over har samfunnsstrukturenes bidrag for trivsel og velvære blitt lagt frem. Det som også kom tydelig frem var viktigheten av nærhet til disse. Korte avstander gjør at man bruker mindre tid på å forflytte seg. Tidsklemma og stresset minimeres og det oppleves friere. Dette kommer tydeligst frem blant innbyggerne i den veiløse delen av kommunen. De som i praksis er lengst unna kommunesentrum og kommunale tjenester er samtidig de som legger frem hvor fint det er å kunne sykle og gå til alt man trenger.

Ja, vi er jo privilegerte. Rett og slett. Jeg har bodd i by, i det stresset og det jaget og faens oldemor. Gjorde ikke annet; jobba, satt i bilen og kjørte ungene hit og dit. (...) Her er korte avstander.

4.3 Samhandlingens bidrag

Det man skaper og gjør sammen – som innbyggere, lag og foreninger eller i et samarbeid mellom kommune og innbyggere – utpeker seg som fremmende for trivsel og velvære. Temaet er delt inn i to undertemaer.

4.3.1 Frivillig innsats

Frivilligheten – ildsjelene, lagene og foreningene – betyr mye for menneskene på bygda. Innbyggerne legger frem at frivillig innsats skaper aktivitet, samhold og bolyst.

Det hadde ikke røket mye i pipa visst ikke det hadde vært for lag og foreninger. Det er jo mye foreningene som har drevet det sosiale livet i *****, i hvert fall så lenge jeg har vært her. Så er det saniteten som har hatt kafé eller idrettslaget som har hatt dugnad, og det er der man møtes stort sett.. Så det har jo vært en slags motor i sosiale livet. Og da blir du jo også, hvert fall med idrettslaget og dugnadene, du blir invitert til å være med og være en del av fellesskapet. Som nyinnflyttet så synes jeg det har vært veldig fint, 'vi ser deg og vi vet at du kan bidra med noe, bli med'. Det har jeg satt pris på.

Frivilligheten påpekes også som sentral for inkludering og fellesskap. Å treffes i ulike settinger hvor alle er likeverdige og ikke i maktbærende roller er viktig. Det beskrives som å kunne «*se hverandre i øynene på en sånn helt problemfri arena der vi alle er på likt*». Også for en selv er det godt å kunne bidra og få tilgang til en sosial arena.

Nei man har jo fått lov til å være med og bidra for bygda, og at andre medbygdinger setter pris på det man har gjort gjennom tida. Det er jo.. Å få sånn aksept fra folk, at 'du har gjort det sånn at vi har trivdes' i situasjoner. (...) Det er jo en av de største gledene man kan få.

Å tilby allsidige aktiviteter for folk i alle aldersgrupper nevnes som en prioritering. Begge gruppene tar opp at man ofte kommer til kort når det gjelder aktivitetstilbud for ungdommene, særlig de som ikke driver med idrett. Idrettslagene i bygdene bør derfor tilby variert og mangfoldig aktivitet. Innbyggerne tar også opp at det er en del tilbud man har mistet i tråd med at man har blitt færre. Samtidig tilpasser man seg; man deltar i det man kan, forventer hverken mer eller mindre og ser frem til de faste arrangementene. At man tar ansvar for å inkludere alle utpekes som viktig i kommunesentrum; få tilbud gjør det viktigere at de fleste blir med. Til tross for at frivilligheten skaper trivsel bemerker fokusgruppene at det ofte er de samme menneskene som stiller opp. Det kan oppleves som belastende når man er få. Ildsjelene, de menneskene som er kjent for å alltid stille opp, er uunnværlige.

4.3.2 Innbyggermedvirkning

Godt samarbeid er ikke viktig bare mellom innbyggerne, lagene og foreningene, men også mellom innbyggerne og kommuneadministrasjonen, mellom innbyggerne og politikerne, og mellom politikerne og kommunen. Å jobbe ut fra felles kunnskap og mål kan bære frukter.

Kunnskapen om samfunnets faktorer for helse og trivsel er nyttig både for den enkelte, for lag og foreninger, for kommuneadministrasjon og for beslutningstakerne. Innbyggerne legger frem hvordan man som individer kan man bli mer oppmerksomme på rollen man har for andres trivsel. Lokale lag og foreninger kan bruke kunnskapen til å organisere aktivitet og til videreformidling av «alt det gode bygda har å by på». Lokalpolitikere trenger kunnskapen for å gjøre gode beslutninger og iverksette trivselstiltak. Felles kunnskap kunne videre ha samlet det politiske livet, som ofte står i dra-kamper og en «oss-mot-dem-stemning» ifølge innbyggerne.

Som eksempel trakk innbyggerne i kommunesentrum frem kunnskapen de fikk i løpet av intervjuet om hvordan man som samfunn, frivillig liv og individer bør ta imot innflyttere. Kunnskapen, mente de, bør has felles for å kunne gjøre dette på best mulig måte i fremtiden. På samme måte trakk innbyggerne i den veiløse delen av samfunnet frem hvordan kunnskapen om viktigheten av møteplasser og gode relasjoner bør benyttes for å skape samhold.

Jeg vil jo si at kunnskapen vil være veldig nyttig for politikerne. Som er faktisk dem som bestemmer hva pengene skal brukes til. Sånn som vi sier på denne siden av fjorden, så er det her med å ha et lokale hvor vi kan samles veldig viktig. Og i dag har vi ikke det. Og det er jo også, det

går jo på bolyst, men det fremmer jo også helsa til oss som bor her ute. Så det jo sånn... den dagen det eventuelt kommer på bordet, 'skal vi bevilge penger til det samfunnshuset på *****, ja hvorfor er det viktig?'. Ja, der har du svaret. Den type ting. For vi føler jo, vi som her ute i kommunen, at av og til sitter pengene veldig hardt nedi lommeboka, det er veldig vanskelig å åpne den når du kommer på den her sida, for at vi er veldig få her.

For å kunne eie felles kunnskap ble flere eksempler på hvordan man kan legge til rette for dialog lagt frem. Blant annet ble temakvelder og dialogmøter mellom innbyggere og kommuneadministrasjon, hvor noen faktisk tar imot og lytter til det innbyggere sier, nevnt. Særlig relevant er dialog med innbyggerne man ønsker å beholde / rekruttere; «sånn at vi vet hvor skoen trykker. Da kan vi handle ut fra det. Ellers blir det mye gjetting».

Innbyggerne besitter både kunnskap og konkrete idéer og innspill til tiltak og løsninger. De mener det er lettere å tenke nytt dersom man gjør det sammen. Gode rammer for dialog og informasjonsdeling i lokalsamfunnet er viktig. Det kan også være med å begrense det som i dag ofte foregår i sosiale medier. At det ikke nytter å «klage» på Facebook stopper det ikke fra å skje. Folk er dessuten mindre filtrerte bak tastaturet sitt, noe som fremhever det negative og tillitsdempende. I et oversiktlig samfunn kan det oppleves ekstra vanskelig. Begge gruppene foreslår – uavhengig av hverandre og uten at det spørres om – å legge ned Facebook. I tillegg til at man opplever sjikane av enkeltpersoner, nytteløs klaging og at det spres mye negativt om kommunen, oppleves sosiale media som en hvilepute når det gjelder informasjonsdeling fra kommunens side.

Å også gjøre sammen med kommunen trekkes frem som nyttig av innbyggerne i den veiløse delen av kommunen. Kommunen ses som en mulig og viktig tilrettelegger som kan stille opp med penger eller utstyr, mens innbyggerne kan stille opp når jobben skal gjøres eller aktiviteten skal gjennomføres. Innbyggerne fremmet flere eksempler på når det har blitt gjort, men også at kommunen la premissene for samarbeidet.

Dem (kommunen) kan være en tilrettelegger, som kan bidra med litt midler. Men jaggu må du gjøre en egeninnsats for å få det til eventuelt. Det er helt sikkert.

Denne formen for samarbeid kunne blitt benyttet for å skape møteplasser. Kommunen som tilrettelegger kunne tilbudt lokaler med nødvendig utstyr mot at innbyggerne selv hadde ansvar for å sørge for at det ble en levende møteplass. I den ene bygda i den veiløse delen av kommunen har de sett for seg hvordan det kan legges gulv over det nedlagte svømmebassenget og hvordan de kan «gjøre resten». Som de sier; «vennskap, samhold og

hjelpsomhet og alt sånt, det koster ingenting». Per i dag opplever man at kommunen setter lite fokus på trivselsfremmende faktorer og gjør lite for å skape bolyst i de veiløse lokalsamfunnene, men det påpekes at det kunne vært mulig å få til mer av sammen – forutsatt at det hadde skjedd på felles premisser. Lignende samarbeid nevnes ikke av gruppa i kommunesentrum.

Når det gjelder tillit til beslutningstakerne svarer fokusgruppene ulikt. Om vi først ser til kommunesentrum opplever de at nærheten til lokalpolitikere gir de anledning for enkelt å ta opp ting som engasjerer dem og høy tillit til at de kjenner til «hvor skoen trykker». Det at man bor i samme lokalsamfunn trekkes frem som avgjørende for en høy grad av tillit.

De bor jo også her og er også en del av samfunnet, og i og med at det er et så lite samfunn så er jo nærheta til virkeligheta så stor som det går an å få den. Hadde vi vært styrt fra for eksempel ***** (nærmeste by) så har jo de null forutsetninger for å ta inn over seg de her faktorene. Det at vi har et lokalt selvstyre gjør jo at den nærheta er mye større. Kunnskapen er jo også mye større.

Generelt virker gruppa enige om at lokalpolitikere kjenner samfunnet godt, vet hva samfunnet trenger og er «rimelig våkne». Begge gruppene uttrykte at det ofte er de negative påvirkningsfaktorene som settes søkelys på fra politisk hold, fordi de ofte «har så stort inngripen i livet».

De har en oversikt over hva vi absolutt trenger. Det vi mangler. Og hva vi trenger stabilitet i. (...) Men det handler jo om det vi mangler her og nå.

Innbyggerne i den veiløse delen deler utsagn som farger et bilde av en mer variert grad av tillit. Å ha noen i kommunestyret fra «sin bygd» oppleves som viktig, men det opplever ikke alle å ha. Samtidig som man kan føle avstand til beslutningstakerne er innbyggerne enige om at de også har ansvar for å formidle sine behov. Det er å finne anledning til å gjøre det som kan oppleves som vanskelig.

4.4 Naturens bidrag

Naturen utpeker seg som svært viktig for innbyggerne, enten det er naturen like ved huset, den man finner i fjellet eller den man finner i fjæra. Hovedtrekkene i temaet deles inn i 4 undertema.

4.4.1 Tilgang og nærhet til naturen

Det er viktig å ha fri tilgang til naturen. Allemannsretten gir innbyggerne anledning til å gå turer, plukke bær, fiske og bade eller bare nyte roen i naturen. Den må brukes hensynsfullt, både når det gjelder forsøpling og å vise hensyn til dyreliv (for eksempel at man unngår å forstyrre reinen i kalvingstida). En god dialog mellom reinbeitedistriktene og øvrige innbyggerne tas opp som viktig der det drives reindrift, for å sikre at alle har tilgangen de ønsker. I tillegg til fri tilgang nevnes umiddelbar nærhet til naturen som viktig for trivsel og velvære.

Omså bare å ta kaffekoppen og gå ned i fjæra og sette meg på... Og bare sitte der og se på bølgene som vasker inn og ut. Trenger ikke å være en lengre tur enn det.

Det er jo en av grunnene til at jeg er grodd fast her. Det er alt jeg har utenfor døra. Jeg kler på meg skoene og så er jeg ute i naturen.

4.4.2 Natur som terapi

Naturen har en sentral betydning for innbyggernes psykiske helse. Når livet byr på utfordringer, kan en tur i naturen klarne tankene og gi nytt pågangsmot. Å bruke kroppen fysisk – treningsfaktoren – er en god tilleggsfaktor. Først og fremst er det naturens betydning for den psykiske helsa som trekkes frem. Ordet 'terapi' går igjen.

Det er på fjellet jeg finner fred. Hvis at jeg har tunge tanker eller dårlige stunder eller mye stress, så er det jo det jeg går for å ordne opp i det. Og for å ... ikke bare nøste opp i det som er dårlig, men for å få noe positivt også. Det handler jo om stillheta og roen, det å få brukt kroppen, det å få så vakre synsinntrykk ... det er jo sånn helhetlig terapi, ut med det dårlige og inn med det gode. Samtidig som du får brukt kroppen. (...) Jeg føler at jeg bor midt i det, og det trenger jeg.

4.4.3 Tilrettelagt nærnatur

Tilgang handler også om hvordan naturen er tilrettelagt. Innbyggerne forteller om høye, til dels skremmende fjell som ikke er «for alle». I en kommune hvor størstedelen av befolkningen består av eldre mennesker savnes tilrettelagt nærnatur i kommunesentrum. Steder alle kan dra for å oppleve naturen tett på.

Det jeg savner, når det gjelder fritidsaktiviteter, det er turstier. Enten må du klatre og være fjellgeit, eller så må du vasse. (...) Men det går an å gjøre noe med det. Blant annet, du kan lage stier og tilrettelegge sti rundt vannet. (...) Og i skiløypa kunne man jo ordnet at man kunne ha gått (om sommeren).

Også i den veiløse delen av kommunen nevnes tilrettelegging av turstier og tilrettelagt lysløype til helårsbruk. I tillegg ønsker de en dagsturhytte i fjellet, lik den man har fått i kommunesentrum. Turkonseptet i kommunen er noe man ønsker å beholde. Konseptet øker motivasjonen for å gå på turer både i egen bygd og i resten av kommunen.

Også synes jeg også det er kjempebra at ... for det har gitt meg veldig mye det siste året ... Det her med Perleturer. At det er blitt litt mer tilrettelagt for ... Det å kunne dra rundt i bygdene og gå turer. Så nå har jeg vært så heldig at i år har jeg vært i alle bygdene og gått på Perletur. Så det håper jeg at.. at kommunen fortsetter med.

4.4.4 Naturen som merkevare og faktor for tilhørighet

Naturen skaper stolthet og tilhørighet. Innbyggerne føler stolthet når besøkende anerkjenner den flotte naturen eller kommer ens ærend for å gå i fjellet. I kommunesentrum har man nylig fått opp ei dagsturhytte på fjellet over bygda og den beskrives som et «trekkplaster».

Og nå er vi blitt ekstra stolt av våres fjell, *****, på grunn av den der dagsturhytta som er der oppe. Jeg føler egentlig stolthet når jeg sier at jeg er ifra *****. Da kan det hende at noen har sett det innslaget på TV, 'Å ja, er du derifra, det så veldig fint ut der'.

I tillegg skaper naturen tilhørighet for både fastboende og stadig tilbakevendende turister. Noen snakker om hvordan de som barn ble halt oppover de samme stiene og lærte seg å finne gleden i å gjøre det først senere i livet, mens andre nevner hvordan barna krever at de blir boende slik at de «kan komme hjem til fjellene». Slik kommer kulturarven frem som en mulig bakgrunn for deres forhold til naturen. Et par av innbyggerne forteller videre om hvordan naturen var en av betingelsene for å enten flytte tilbake eller å flytte hit for første gang.

Jeg vet jo selv, når jeg tok utdanning, så visste jeg jo at jeg skulle komme tilbake til ***** igjen etterpå, når jeg var ferdig på utdanningen. Men det er jo fordi at alle mine gode opplevelser, dem har jeg hatt her. Både gjennom naturopplevelser og alle de jeg vokste opp sammen med. Også, i ettertid, når man snakker med dem jeg har vokst opp sammen med, de har jo ei draging tilbake. De har jo veldig lyst å komme tilbake. Så jeg har jo sagt, på fleip kanskje, at hadde ikke *****vannet vært her så tror jeg ikke at jeg hadde bodd her, fordi at vannet betyr så veldig masse for meg. Der har jeg hatt mange fine opplevelser. Og så har jeg forsøkt å videreføre det til mine barn igjen, og barnebarn.

5 Drøfting

Avhandlingens hensikt har vært å undersøke på hvilken måte ulike påvirkningsfaktorer kan bidra til helsefremmende lokalsamfunn i en distriktskommune, sett fra innbyggerperspektivet. Først redegjør jeg for det samlede kunnskapsbidraget som besvarer mine forskningsspørsmål. Etterpå drøftes det som vekket særlige refleksjoner rundt problemstillingen, under overskrifter farget av datamaterialet. Avslutningsvis vil jeg kritisk drøfte metodiske valg, og reflektere over avhandlingens implikasjoner.

5.1 Avhandlingens samlede kunnskapsbidrag

Innbyggerne nevner både sosioøkonomiske og sosiale samfunnsstrukturer som av betydning for helse. Herunder nevnes viktigheten av pålitelige samfunnsstrukturer og tjenester for et helt livsløp, der man bor. Oppsummert handlet dette om tilgjengelige møteplasser, et pålitelig helsevesen, gode oppvekstvilkår og opplæringsarenaer, et levende boligmarked, attraktive arbeidsplasser, trygge og stabile samferdsels- og kommunikasjonstilbud, tilgjengelige aktivitetslokaler, tilrettelegging for turisme, og nærhet til disse. Rimelige fritidstilbud og prisgunstige boliger trekkes frem som noe som gir handlingsfrihet. Tilgjengelig natur for rekreasjon trekkes frem som sentralt for den psykiske og fysiske helse til innbyggerne. At naturen finnes i umiddelbar nærhet, er viktig. Faktorene er i stor grad de samme som legges frem av Distriktsenteret, som mener at «innsats rettet mot arbeidsmarked og næringsutvikling, boliger og bomiljø, fysiske stedskvaliteter, kultur- og fritidstilbud, møteplasser, informasjon og veiledning, omdømme og fysisk og digital infrastruktur» kan styrke attraktiviteten til kommunen (Demografiutvalget, 2020, s. 75). Videre anser innbyggerne frivilligheten som motoren i det sosiale livet på bygda, og avgjørende for deres trivsel. Sosiale nettverk skaper sosial kapital, og dette har en veletablert kobling til helsegevinst både på individ- og samfunnsnivå (Putnam, 2000, s. 327; Sund & Krokstad, 2009, s. 115, 124-130).

Viktigheten av gode relasjoner og gjensidig tillit til sine medbygginger utpeker seg også i innbyggernes utsagn. Funnet bekreftes av Wilkinson og Pickett (2012, s. 30, 102-103) som påpeker at mental og sosial velferd i samfunnet fremmer ekte livskvalitet og har beskyttende effekter. Samtidig er det ikke bare tilliten til medbygginger som påpekes som viktig.

Innbyggerne trekker også frem tillit til lokalpolitikere som av betydning. De farger et bilde av generelt høy tillit til at lokalpolitikere gjør så godt de kan for innbyggernes beste. Tilliten henger sammen med nærhet og avstand til politikere; høyere tillit jo nærmere lokalpolitikere er til lokalsamfunnet. Som en konsekvens av dette beskriver innbyggerne i de veiløse samfunnene en noe mer varierende grad av tillit til beslutningstakerne, og de undrer seg over om lokalpolitikere kjenner deres lokalsamfunn. Funnet kan ses i lys av Seggaard (2020b), som så nærmere på nedgangen i politisk tillit. Rapporten fant at «de misfornøyde opplever at den politiske eliten er distansert fra deres liv, ikke vet hvordan de har det, og ikke har evne til å løse deres utfordringer» (Arnesen, 2020, s. 31).

Det lokale selvstyret trekkes frem som viktig av innbyggerne. Lokaldemokratiet betraktes av mange som en hjørnestein i våre samfunn (Seggaard, 2020a, s. 9). Et lokalt selvstyre fungerer med en forutsetning av legitimitet (Seggaard, 2020a, s. 10; Tyler, 2006; Weber, 2009). Demokratiske legitimitet forstås som muligheten for å gjennomføre politikken, at folk får rom til å engasjere seg og at de har tillit til at lokaldemokratiet fungerer slik at interessene til både dem selv og lokalsamfunnet ivaretas. På den ene siden opplever innbyggerne at det er rom for å være involvert. På den andre siden opplever de at dette skjer på kommunens premisser og at de involveres som kilder til informasjon og praktiske ressurser fremfor kapable samhandlingspartnere. Økt innbyggermedvirkning kan ifølge innbyggerne skape felles kunnskap og derigjennom flere trivselsrettede tiltak. Kunnskapen kan videre benyttes til å skape bevissthet for den enkelte, samt som bakgrunnskunnskap for både frivilligheten, kommuneadministrasjonen og politikere når de skal utarbeide politikk, tjenester og fritidstilbud. De mener også at kunnskapen kan benyttes til å samle det politiske liv om en mer forent politikk. Heimburg og Hofstad (2019, s. 41) bekrefter hvordan «sam-kunnskaping» kan gi ny kunnskap om sentrale påvirkningsfaktorer. Dette kan dessuten gjøre det lettere å prioritere og identifisere problemer og gjennomføre løsninger som er relevante og mer treffsikre (Winsvold, 2020, s. 42).

Innbyggerne har videre inntrykk av at det er de hemmende påvirkningsfaktorene for helse politikere fokuserer mest på, i tråd med at de «har så stor inngripen i livet». Offentlig politikk og tjenester har en tendens til å ha fokus på problemer og mangler, noe som ofte er bakgrunnen til at de feiler å skape helsefremmende miljøer (Burns, 2020, s. 25). Innbyggernes utsagn om at «det er lite de har gjort for bolyst og de greiene der» understreker hvordan dette

fører til færre trivselsrettede beslutninger. Koblingen mellom trivsel og helse er tydelig for innbyggerne; «det går jo på bolyst, men det fremmer jo også helsa til oss som bor her ute». Slik kommunene pålegges i Folkehelseoven (2011, §5), er det viktig at politikerne har kunnskap om alle de sosiale helsedeterminantene og fordelingen av disse. Når det gjelder fordelingen, deler innbyggerne i de veiløse lokalsamfunnene utsagn som hintet om en opplevelse av ulikhet innad i kommunen. Wilkinson og Pickett (2012, s. 88, 264) argumenterer for at «materieell likhet kan bidra til et mer samlet samfunn og et mer samarbeidsvillig samfunn – til beste for oss alle». Motsatt kan ikke tillit vokse i en verden av ulikhet (Urslaner, 2002, s. 45). Slik det ble vist til innledningsvis kan vi mer rettferdig fordele helsefremmende livsbetingelser ved å påvirke våre sosiale helsedeterminanter (Marmot, 2010, s. 16), og på den måten påvirke i hvilken grad man legger opp til samfunnskapt sosial ulikhet i helse.

5.2 På hvilken måte kan lokale påvirkningsfaktorer bidra til helsefremmende lokalsamfunn i en nordnorsk distriktskommune?

5.2.1 «Det må være lys i og mellom husan»

«Tjenestesituasjonen i distriktene er viktig for den enkelte innbyggers trygghet og livskvalitet» (Demografiutvalget, 2020, s. 81). Dette fremkommer i datamaterialet og innbyggerne trekker frem en rekke samfunnsstrukturer av betydning. Ved å styrke og fremme disse påvirkningsfaktorene mener de befolkningens helse vil fremmes. Særlig møteplasser og fokus på tilrettelegging av det sosiale og mellommenneskelige – «lysan mellom husan» - savnes i dag. Som også påpekt i avhandlingens teoridel har våre sosiale relasjoner en signifikant innflytelse på helse og livskvalitet, og er fundamentalt for helsefremmende lokalsamfunn og dets potensiale (Batt-Rawden, 2017a, s. 180; Chasteaneuf et al., 2020, s. 301). Mellommenneskelig samhandling er nødvendig for å fremme helse og utvikle gode lokalsamfunn, og helsefremmende møteplasser bør derfor etableres i alle kommuner (Tellnes, 2017, s. 14).

En av de mest avgjørende faktorene som tas opp videre er tilgangen på arbeidsplasser, og gjerne attraktive sådan. Uten jobb er det ikke «liv laga»; bor man her er det stort sett fordi man har jobb her og flytter man ikke hit kan det være fordi man ikke får seg jobb her. Arbeidsplassene som krever høyere kompetanse er det få av og de fleste som flytter ut for å studere oppnår høyere utdanning enn lokalsamfunnet krever. Det samme slår NOU 2020:15

fast; både utdanningssystemet og tilgangen til kompetansearbeidsplasser sentraliserer befolkningen (Demografiutvalget, 2020, s. 148).

Innbyggerne ønsker også «lys i husan». De peker på flere momenter ved dagens boligmarked. At boligene er rimelige trekkes frem som noe som muliggjør etablering. På den andre siden trekker de frem hvordan lave boligpriser gjør at salg og renovering sjeldent lønner seg. Drister man å bygge eller renovere må man bli boende til evig tid, noe som fører til lite nybygginger og et lite aktivt boligmarked. Demografiutvalget (2020, s. 16, 136-146) peker på det samme og mener distriktskommunene må ta inn over seg at folks boligpreferanser har endret seg og at de kommunene som har en helhetlig boligpolitikk hvor det bygges mindre boenheter for utleie sammen med det private er de kommunene som lykkes med å møte utfordringene som ligger i et lite dynamisk boligmarked. Å ha tilgjengelige og mindre leieboliger er gunstig både for de som ønsker å flytte til og jobbe i distriktskommuner, men ikke er klar for en langsiktig etablering, samt for de eldre som bor i lite egnede boliger og har begrensede muligheter for å finne seg noe annet. For de sistnevnte ender det ofte med at kommunen må ta ansvar for botilbudet deres når de ikke lengre klarer seg selv, og løsningen blir ofte omsorgsboliger man har knapphet på (Demografiutvalget, 2020, s. 16, 136).

Informantene setter også søkelys på infrastruktur i form av samferdsels- og kommunikasjonstilbud. NOU 2020:15 (Demografiutvalget, s. 15) slår fast at «det er vanskelig å se for seg livskraftige lokalsamfunn i distriktsområder uten privatbilen, uten et samfunn tilrettelagt for motorisert transport og uten internett». I områder som er preget av store avstander og færre valgmuligheter, har disse faktorene stor betydning for innbyggernes tilgang til tjenester, fritidstilbud, arbeid og varer. Det sees videre som fremmede for tilfredshet at mennesker i rurale områder har kollektiv infrastruktur som gjør at de enkelt kan «låne» de positive faktorene i byene ved å enkelt besøke de (Burger et al., 2020, s. 16; Hoogerbrugge & Burger, 2019). Dette sammenfaller med beskrivelsene fra mine informanter. På den ene siden forteller de om å enkelt kunne kjøre til nærmeste by, kunne ta båttransport til nærmeste sykehus og å kunne delta digitalt på møter og arrangementer. På den andre siden farger de et bilde av varierende tilfredshet, hvor innbyggerne i de veiløse samfunnene også tar opp utilstrekkelige og ustabile båttrutetilbud og mangelen på digital infrastruktur som påvirkningsfaktorer som begrenser valgmuligheter og trivsel. Ifølge Munkejord og Olsen (2011, s. 13) handler dette om hvor enkelt eller vanskelig det er å praktisere mobilitet i distriktet. Også deres studie viste at innbyggere kan oppleve sitt bosted i Finnmark som nært

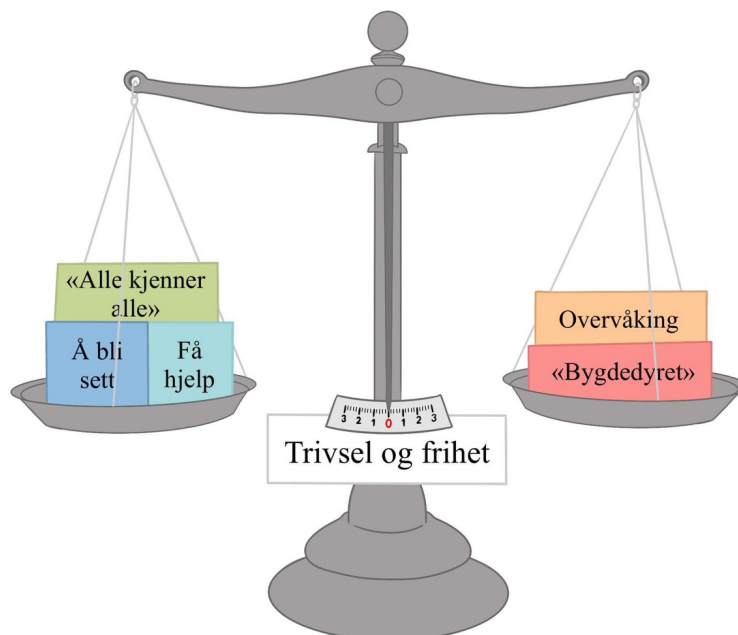
tilknyttet andre steder til tross for lange geografiske avstander. Viktigheten av «rekkeviddeøkende» infrastruktur som reduserer reisetid og reisekostnader slik at man kan nå og bli nådd, og digitalisering som muliggjør tjenestetilbud og deltakelse der innbyggerne bor er dermed avgjørende for om innbyggerne skal kunne bo i og sikres tilfredsstillende tilgjengelighet i distriktet (Demografiutvalget, 2020, s. 81, 165-177, 185-186).

5.2.2 «Her é det trygt og godt»

Betydningen av gode relasjoner og gjensidig tillit fremkommer tydelig. Tryggheten henger sammen med at «alle kjenner alle», noe forskning viser gir økt mental velvære (Green et al., 2002, s. 10-12). Slik det også vises til i kunnskapsstatusen er det hovedsakelig våre sosiale betingelser som påvirker helsa vår, ikke omvendt (NTNU Senter for Helsefremmende Forskning, 2017, s. 4). Det er også det sosiale som er bakgrunnen for de fleste kildene til helseskadelig stress (særlig mangel på venner, lav sosial status og stress) (Wilkinson & Pickett, 2009/2012, s. 65, 227, 232-233). Sosial støtte, definert som at noen bryr seg, at en er verdsatt og tilhører et nettverk av samhandling og gjensidige forpliktelser (Cobb, 1976), har positiv effekt på helsen (Dalgard & Sørensen, 2009, s. 99-103). Motsatt har desintegreerte lokalsamfunn negative effekter på sosial støtte og derigjennom helse (Sørensen et al., 2004). Desintegreerte lokalsamfunn preges av få organisasjoner, lite kontakt og samhandling mellom folk, gjensidig mistillit og få fritidstilbud (Dalgard & Sørensen, 2009, s. 108; Leighton, 1959). Kunnskapen om den negative helseeffekten lav sosial støtte har og erkjennelsen av at hver sjette person i Norge opplever ensomhet, forteller oss at det sosiale området er av stor betydning for folkehelsa (Mæland, 2020, s. 103).

Frivilligheten er også avgjørende for innbyggernes trivsel – «det hadde ikke røket mye fra pipa» uten disse. Frivilligheten gir rom for integrering, dannelsen av sosiale relasjoner og utvikling av et fellesskap som lokalsamfunnet er avhengig av (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015, s. 5; Sætermo et al., 2021, s. 30), og tilbyr viktige supplement til kommunale tilbud (Haugen et al., 2015, s. 15). Det sosiale engasjementet kan styrke ens følelse av egenverdi og gi økt kontroll over eget liv, og derigjennom fremme resiliens (Mæland, 2020, s. 111). Midlertidig bemerker innbyggerne at det ofte er de samme menneskene som bidrar og at «det virker som at folk har nok med seg selv». Utsagnene bekreftes av Rønnevik og Mæland (2020, s. 255) som også fremhever frivillighetens betydning for trivsel, men bemerker at velferdssamfunnet nok har svekket dugnadsånden blant folk.

Når det gjelder anerkjennelse og å bli sett, er innbyggernes opplevelse todelt. På den ene siden virker det som at det berammer tryggheten om at noen vil hjelpe deg når du trenger det. På den andre siden innebærer det mellommenneskelig overvåkning man må akseptere. I analysen fremgår det at bekjentskap, trygghet og gjensidig tillit veier opp for ulempene med «bygdedyret» og det å bli fulgt med på. I studien til Fugelli og Ingstad (2016, s. 262) ga en av deres informanter uttrykk for at «overvåkingssamfunnet» gjorde at han opplevde å være mindre fri. Det å kunne være anonym i mengden var et savn fra bylivet. Lokalsamfunn hvor «alle kjenner alle» gir en opplevelse av kontroll som særlig ungdommene kan oppleve som utfordrende (Haugen & Villa, 2006a, 2006b; Myhr & Jørgensen, 2020, s. 11; Rye, 2006). Dalgard og Sørensen (2009, s. 97) legger det også frem som en faktor på godt og vondt. Nettverktetthet kan på en side hemme den enkeltes selvutfoldelse, mens storbyen kan tilby mer frihet og samtidig mer ensomhet. Wilkinson og Pickett (2012, s. 68) trekker midlertidig frem hvordan anonymiteten, de overfladiske eller ikke-eksisterende forholdene til andre i massesamfunnet, gjør at vår egen identitet hele tiden trekkes i tvil. Hvordan en selv vurderer forholdet mellom å bli sett og kjenne alle oppimot opplevelsen av overvåkning kan dermed tenkes å være avgjørende for i hvor stor grad man vil trives og oppleve trygghet og tilstrekkelig frihet i et mindre lokalsamfunn.



Figur 13: Balansen mellom trygghet i å kjenne alle og opplevelsen av overvåkning. Illustrasjon av Mari Knudsen (2022).

Et annet aspekt jeg ønsker å vie oppmerksomhet er hvordan innbyggerne i de veiløse lokalsamfunnene både lar hus og biler stå ulåste. Ikke bare stoler de på at ingen stjeler, men de ønsker også at medbyggingene skal ha tilgang dersom de behøver å låne noe. En slik grad av tillit er både fremmende og beskyttende for helse, med bakgrunn i det man vet om sammenhengen mellom frykt og uhelse (Marmot, 2015/2019, s. 232; Stafford et al., 2007, s. 2076-2081). Den høye graden av tillit henger ifølge Urslaner (2002) sammen med at folk kjenner hverandre som venner og som naboer (Wilkinson & Pickett, 2009/2012, s. 81, 83). Kawachi (1997) påpeker at en høy grad av tillit assosieres med lavere dødelighet og høyere rapportert nivå av god helse (Green et al., 2015, s. 94).

5.2.1 «Ute i naturen, der finn vi fred og ro»

Forskning viser naturen har en helsebringende effekt (Batt-Rawden, 2017b, s. 87; Langeland, 2017; St Leger, 2003, s. 173-175). Å bo i nærheten av grønne arealer er assosiert med bedre helse (Burns, 2020, s. 19; Ward Thompson & Silveririnha de Oliveira, 2016, s. 9-20) og økt fysisk aktivitet (Coombes et al., 2010, s. 816-822). Umiddelbar nærhet til naturen dukker opp som en viktig faktor i analysen, i tillegg til den frie tilgangen som ligger i Allemannsretten. Å være i naturen er først og fremst av betydning for innbyggernes psykiske helse og velvære, mens den fysiske gevinsten er en god bonus. Fugelli og Ingstad (2016, s. 27, 119-152) skriver at «det er medisin i naturen, både for kropp og sjel» og fastslår at natur, helse, kultur og identitet henger tett sammen. Naturens sentrale betydning for vårt indre liv og psykiske helse gjøres dermed tydelig. Dette kan sees i sammenheng med kunnskapen om at naturområder er viktig for utviklingen av individuell og kollektiv resiliens og motstandskraft (Platts-Fowler & Robinson, 2013, s. 20). Stigsdotter et al. (2010, s. 411-417) foreslår en forbindelse mellom tilgjengelighet og nærhet til naturen og folks utnyttelse av sine nærområder. Dette begrunner at å tilrettelegge og gjøre naturen tilgjengelig for folk flest, slik innbyggerne ønsker, er helsefremmende.

5.2.2 «Den vet best kor skoen trøkke, som har den på»

Å kunne medvirke og bidra med kunnskap om egen virkelighet utpekes som viktig av innbyggerne. Dette sammenfaller med et stadig økende evidensgrunnlag som viser at mennesker som føler de kan påvirke sine omgivelser gjennom demokratiske prosesser føler en høyere grad av velvære (Bacon et al., 2010, s. 72; Frey & Stutzer, 1999; Skidmore & Bound, 2008). Medvirkningsprosesser som verdsetter ressursene, verdiene og kunnskapen innbyggerne har kan fremme både individers og samfunnets evne til å bevare og fremme egen

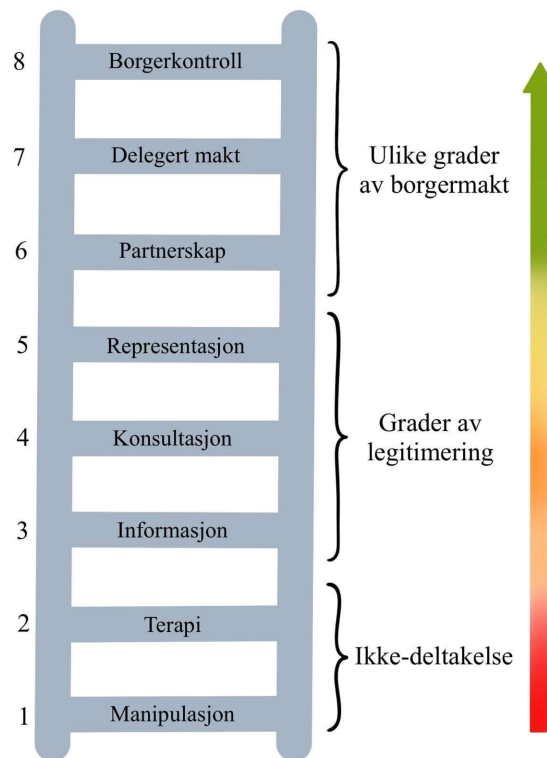
helse (NTNU Senter for Helsefremmende Forskning, 2017, s. 7; Rippon & Hopkins, 2015, s. 5). Slik kan medvirkning fremme empowerment, som igjen kan forsterke graden av medvirkning (Green et al., 2015, s. 430-431). Samskaping tilbyr dessuten en forståelse av forholdene som finnes der tjenestene og politikken skal implementeres (Pestoff, 2006, s. 504). Funnet bekreftes av Sørensen (2020), som argumenterer for hvordan medvirkning gir politikerne økt politisk handlingstillit og at det er gunstig at de som politikken skal utvikles for gis rom for å delta. Lokalkunnskapen er et viktig bidrag når man skal kartlegge hvilke stedskvaliteter lokalsamfunnene kan posisjonere seg og bygge videre på (Demografiutvalget, 2020, s. 76), og innbyggerne trekker frem hvordan kunnskapen kan være bakgrunn for politiske avgjørelser. Jo mer kunnskap politiske miljøer har om de utfordringer, interesser og ressurser som er i lokalsamfunnet, jo bedre vil iverksettingen av politiske tiltak fungere (Ansell et al., 2017, s. 467-486). Dette er i tråd med Folkehelseloven (2011) og dens krav til kommunene om en helseoversikt som bygger på påvirkningsperspektivet. Det er et politisk mål at lokalt folkehelsearbeid skal være kunnskapsbasert (Hofstad, 2014).

Innbyggerne eksemplifiserer på hvilken måte felles kunnskap om hvordan vi tar imot og inkluderer tilflyttere vil kunne være nyttig både personlig for hver og en, for frivilligheten og i politikktutvikling. Distriktssenteret hevder det samme, og mener at kommunen i større grad må sette søkelys på å utvikle lokalsamfunn hvor innvandrere og andre tilflyttere blir boende. De slår fast at kommunene som lykkes med det er «samskapingkommunene» som arbeider sammen med næringsliv, frivillighet og innbyggere (Myhr & Jørgensen, 2020, s. 11). Dette trekkes også frem av innbyggerne når det gjelder ungdommer og barnefamilier; vi trenger å vite hva de har behov for, for å kunne sørge for at de blir boende eller flytter tilbake etter endt skolegang. Dette bekreftes av Myhr og Jørgensen (2020, s. 7), som drøfter om kunnskap om distriktsungdommer bør være styrende for hvordan lokalsamfunnene bør rigges dersom vi skal lykkes i å få flere unge til å velge å bosette seg i Distrikts-Norge. God involvering av ungdom betyr å involvere de tidsnok og på måter som er reelle – ikke bare fordi det er lovpålagt eller fremstår bra (A. L. Hagen et al., 2016, s. 100). Motsetningsvis kan lav involvering forsterke utenforskap, fraflytting og utrygghet, og skape medvirkningstrøtthet (Hagen, 2017, s. 4-7).

Innbyggerne påpeker videre at det ikke bare handler om å vite sammen, men også gjøre og avgjøre sammen. Innbyggerne i de veiløse lokalsamfunnene har noe erfaring med å samarbeide med kommunen om praktiske gjøremål og mener kommunen kan være en god

tilrettelegger. Midlertidig forteller de at samarbeidet har skjedd på kommunens premisser og ut fra kommunens behov, likt det Pedersen-Ulrich (2016, s. 4) beskriver som styrt samskaping. De virker ikke til å forvente likeverdighet slik tykk samskaping og horisontal integrering presenteres i teorigrunnlaget, men ønsker å ta større del i prosessen. Man kan dra paralleller mellom deres utsagn og det som legges frem i NOU 2020:15, som poengterer at distriktskommunene må omstille seg fra å utvikle *for* til å utvikle *med* innbyggerne (Demografiutvalget, 2020, s. 194). Å utvikle *med* krever samhandling, som igjen fordrer høy grad av horisontal integrering. Dette kommer i tillegg til den vertikale integreringen som allerede eksisterer gjennom at norske kommuner fortsatt er og bør være forbundet til nasjonale og regionale forvaltningsnivåer (Carey & Crammond, 2015; Jacobsen, 2009; Røiseland & Vabo, 2016; Steenbakkers et al., 2012). Ifølge Folkehelsesloven (2011), §4 tredje ledd, skal kommunen legge til rette for samarbeid med frivillig sektor (Folkehelsesloven, 2011).

Ønskene om økt medvirkning kan også kobles mot medvirkningstrappa (A ladder of Citizen Participation), med sine 8 trinn (Arnstein, 1969, s. 217). De to laveste trinnene kan ses som erstatninger for deltakelse hvor makthaverne har anledning til å forme deltakerne, mens de neste tre trinnene viser deltakelse med ulik legitimeringsgrad. Her bidrar innbyggerne med informasjon, deltar som konsulenter eller representanter for ulike grupper, men har ikke nødvendigvis innflytelse. Trinnene preges av vertikal integrering, hvor partene kommer fra ulike hierarkiske nivåer. De øverste tre trinnene viser økt horisontal integrering i form av likeverdig deltakelse og borgermakt. I det syvende trappetrinnet, partnerskap, har innbyggerne påvirkningskraft og forhandlingsrett om beslutninger som gjelder dem. I de to neste trinnene har de også beslutningsrett og makt til å lede (Strøm & Fagermoen, 2011, s. 71-72).

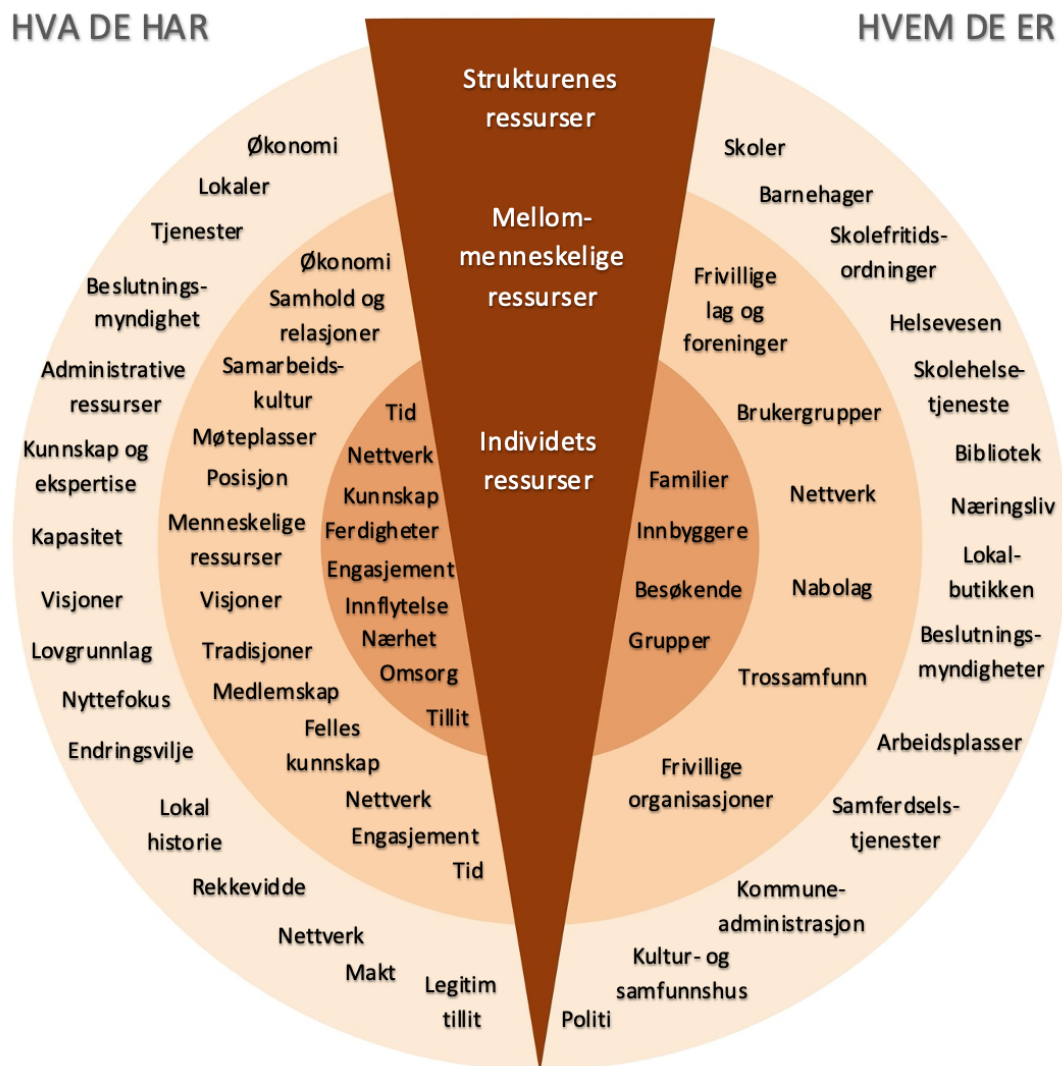


Figur 14: Arnsteins modell for borgerdeltakelse. Illustrasjon av Mari Knudsen (2022), etter Olsen (2009, s. 153).

Slik materialet vitner om ser innbyggerne fordeler med trinn 3-5, og som optimalt å kunne delta på trinn 6 og til dels 7. De ønsker større innflytelse og medvirkning over egen hverdag og egne lokalsamfunn; hovedsakelig reell deltakelse. Dette er i tråd med Folkehelseloven (2011), som gir innbyggerne rett til medvirkning i utformingen av folkehelsearbeidet (Melby & Grut, 2020, s. 16).

Å inngå partnerskap med lokalsamfunnet er nødvendig for å skape endring og fremme helse (Green et al., 2015, s. 436; Marmot, 2006, s. 2081-2082). Selv de mest sårbare og marginaliserte lokalsamfunn, i tillegg til å ha sine behov og utfordringer, har også sosiale, kulturelle og materielle ressurser. Å identifisere og mobilisere disse ressursene kan hjelpe samfunnet å overkomme utfordringer; jo mer mennesker forstår om den verden de lever i, jo mer kan de nyttiggjøre seg av ressursene de har selv og rundt seg for å bevare og fremme egen helse (Arden et al., 2020, s. 150; Garsjø, 2018, s. 28-29; Glasgow Centre for Population Health, 2011, s. 6; Kunonga et al., 2020, s. 130). Den salutogene tilnærmingen, hvor man identifiserer og styrker helsefremmende faktorer og ressurser, er dermed aktuell i utviklingen av politikk og tjenester slik at et lokalsamfunns evne til å møte egne behov og skaffe eksterne ressurser øker (Foot & Hopkins, 2010, s. 6). Inspirert av modellen til Foot og Hopkins (2010) over «asset mapping» belyser ressurs sirkelen nedenfor hvordan selv små samfunn er rike på

ressurser og at det vil kunne ligge store muligheter i horisontal integrering og samskaping i lokalutvikling. Sirkelen foreslår aktuelle og potensielle aktører og ressurser i undersøkt kommune.



Figur 15: Ressurssirkel / asset map

5.2.3 «Vi vet kor vi bor»

Under gjennomgangen av datamaterialet, kunne man se at samtalen rundt de positive faktorene hadde færre avsporinger til negative aspekter blant innbyggerne i den veiløse delen av kommunen. Det kan tyde på at informantenes egne optimistiske innstillinger og holdninger til livet i distriktet indirekte fremmer deres trivsel. Når de negative aspektene innimellom likevel dukket opp var de raskt tilbake på det de snakket om og kommentaren «vi vet hvor vi bor» dukket opp; mange ting kunne jo ha vært bedre, men de vet tross alt hvor de bor og har andre forventninger og krav til sine omgivelser. De nevner ikke dette som en faktor som har betydning for å skape et godt lokalsamfunn, men uttrykker det som avgjørende for å ha

opplevelsen av å bo i et lokalsamfunn der man trives og helsa fremmes. I materialet kunne man også se at livsstil i liten grad trekkes frem, noe som tyder på at de kjenner til at faktorene som skaper helsefremmende samfunn ligger utenfor dem selv og deres livsstilsvalg. Dette sammenfaller med helseårsakskjeden og erkjennelsen av at «jo lenger en klarer å flytte innsatsen bakover i kjeden», jo større helseeffekt vil folkehelseiltakene ha (Helsedirektoratet, 2010, s. 52).

Fugelli og Ingstad (2016, s. 212-214) viser til Scheier og Carver (1985), Stoudemire (1995) og Stroebe (2000), og skriver at «en optimistisk legning beskytter mot skadelig virkning av stress, styrker immunforsvaret og fremmer helsen». Motsatt kan bekymringer over risikofaktorene være farligere enn å utsettes for dem. De har valgt ordet tåleevne for det som ellers ofte betegnes som resiliens, hardiness eller motstandskraft, og beskriver det som en styrke i individets personlighet i møte med sykdom og påkjenninger (2009/2016, s. 219-221). Menneskers tåleevne påvirkes av individuelle, kontekstuelle og lokalkulturelle trekk, og individets og samfunnets erfaringer med å mestre utfordringer. I studien deres kaller de det 'folkalyne' når det i et lokalsamfunn har blitt skapt mønstre eller strategier for hvordan livets utfordringer håndteres, og dermed er individets tåleevne påvirket av ens kulturelle setting. I et lokalsamfunn hvor innbyggerne «har vært ute ei vinternatt før» og «vi vet hvor vi bor»-mentaliteten er fremtredende er det ikke utenkelig at dette skaper et 'folkalyne' som øker folks tåleevne og lokalsamfunnets resiliens. Innbyggernes tåleevne og lokalsamfunnets resiliens virker på den måten til å være innbyrdes påvirket av hverandre. Folk selv, deres kulturelle mentalitet og deres felles tåleevne kan i seg selv dermed ses som viktige helsefremmende faktorer i et lokalsamfunn, og som avgjørende for opplevelsen av å bo i et helsefremmende lokalsamfunn.

Slik som i studien til Fugelli og Ingstad (2016, s. 150) kan man også i min avhandling se at helsehemmende faktorer ikke nevnes eller feies vekk fordi det har «blitt en så integrert del av vår eksistens at vi ikke tenker over det med mindre det blir definert som et helseproblem». For de som kommer utenfra kan dette være vanskeligere å avfeie, særlig dersom det påpekes som risikofaktorer. Eksempelvis beskrev innbyggerne den vakre «fargespilltida», noe som for utenforstående kan ses som en tung mørketid. Her kan et kjent ordtaket være gjeldende; «det handler ikke om hvordan man har det, men hvordan man tar det».



Bilde 4: Hvordan nordlendinger takler dårlig vær. Illustrasjon av Graff (u.å.). Hentet med tillatelse av illustratøren, fra absurdgalleriet.no.

Her vil jeg også å se tilbake hvordan informantene beskrev en opplevelse av trygghet selv når man blir kritisk syk og objektivt sett bor langt unna helsehjelpen. En av deltakerne undret seg over hvordan det har seg. Kanskje handler det om tåleevne; dette er en integrert del av livet i distriktet, en del av erfaringsgrunnlaget, den kulturelle arvesekken og av innbyggernes 'folkalykke'. Som de sier vet de godt hvor de bor og hvilke forutsetninger som finnes der, de har tilstrekkelige motstandsressurser til å håndtere utfordringer og de har erfaringer med å få rask og riktig hjelp når og der de trenger det. De beskriver dessuten opplevelser av sosial støtte og høy grad av tillit til hverandre. Mennesker med nære sosiale relasjoner løser lettere opp i spenning, og sosial støtte kan dermed ses som en generell motstandsressurs (Langeland, 2017, s. 43). Tillit er videre avgjørende for å skape optimisme og følelsen av kontroll over eget liv (Urslaner, 2002; Wilkinson & Pickett, 2009/2012, s. 81), og grunnleggende for ens opplevelse av sammenheng (Langeland, 2017, s. 42).

Dette kobler refleksjonene til den salutogene tilnærmingen og hvordan funnene kan belyses i teorien om opplevelsen av sammenheng (OAS) og generelle motstandsressurser. Innbyggerne gir uttrykk for å forstå sine livsbetingelser og inneha kunnskap om hvorfor det er slik (begripelighet). Verden oppleves som forståelig og forutsigbar, om enn til tider krevende. De forteller om hvordan hverdagens små og store utfordringer håndteres, og hvilke motstandsressurser de har tilgjengelige (håndterbarhet). De forteller om ressursene de kjenner

til som de kan tilkalle, og hvordan de opplever å adekvat kunne håndtere selv større kriser med det og dem de har rundt seg. De gir uttrykk for kollektiv resiliens, og opplever nærhet tross lange geografiske avstander. Når det gjelder meningsfullhet sies dette både direkte og indirekte – innbyggerne opplever hverdagens utfordringer som verdt å bruke tid og krefter på. Å bo i lokalsamfunnet er viktigere for dem enn å unngå de ulempene det måtte medføre. Trivselen og tilhørigheten de opplever er avgjørende for å bli boende – dette skaper meningsfullhet. I sin forskning fant Antonovsky (1987) at ens opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og mening, som til sammen utgjør ens OAS, påvirker graden av opplevd velvære, helse og mestring (Langeland, 2011, s. 211). Koblingen bekreftes også i studien til Eriksson og Lindström (2006, s. 376), som fant at opplevelsen av sammenheng (OAS) er sterkt relatert til menneskers opplevde helse, særlig når det gjelder psykisk helse. Å bo på bygda er ikke for alle, men hvordan en opplever håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet i en slik setting kan dermed virke til å ha betydning for ens bevegelse mot helse eller uhelse på helsekontinuumet. Innbyggere med en høy opplevelse av sammenheng og tilstrekkelig tilgang på motstandsressurser der en bor, vil mer sannsynlig oppleve å bo i et godt lokalsamfunn hvor en beveger seg mot helse og vil sannsynligvis også bidra for trivselen til de rundt seg.

5.2.1 Oppsummering

Sosiale og relasjonelle påvirkningsfaktorer fremmer helse ved å skape trygghet, trivsel, samhold og tillit. Tett og nær sosial støtte gir trygghet og stødighet i hverdagen, og skaper gjensidig, fremmede individuell og kollektiv resiliens. Relasjonene skaper dessuten et sted å høre til. At samfunnsstrukturene er pålitelige og tilgjengelige der man bor skaper trygghet og gir innbyggerne tilgang til ulike motstandsressurser og ekspertise. Dette fremmer helse i form av å tilby tid og rom for utvikling og utfoldelse, mobilitet og rekkevidde, handlingsfrihet og muligheter. Naturen som arena gir rom for psykisk velvære, overskudd, mestring og opplevelser. Naturen er også en fremmede faktor for tilhørighet og stolthet. Frivilligheten er avgjørende for trivsel, og skaper aktivitet, inkludering, samhold og bolyst. Den sosiale kapitalen og anerkjennelsen som skapes har en fremmede helseeffekt. Innbyggerne og ildsjelene er en sentral del av dette, og fremmer både egen og andres trivsel og velvære ved å bidra i sitt lokalsamfunn. Medvirkning og samhandling skaper empowerment og gir innbyggerne større innflytelse over egne lokalsamfunn. Når de gis rom for å medvirke opplever de selvforsterkende prosesser, å bli verdsatt og økt engasjement. Konteksten mennesker lever i kan dessuten påvirke deres individuelle helseatferd (Wold & Samdal, 2009,

s. 86-89). Å oppleve tilhørighet og å føle seg autonom og kompetent er de mest grunnleggende behovene for å skape indre motivasjon. Dette bidrar til å styrke individets evne til selvregulering, og dermed hvilke valg en tar en tar og hvilken helseatferd en har (Ryan & Deci, 2000, s. 68-78).

Dette aktualiserer hele den sosiale helsedeterminantmodellen og helseårsakskjeden den belyser. Folkehelsearbeid og politikktutvikling bør ta utgangspunkt i felles kunnskap om helse og dets påvirkningsfaktorer i lokalsamfunnet, slik innbyggerne ser det. De legger også frem at både positive og negative faktorer trenger oppmerksomhet, og at man kan skape mer dersom man arbeider sammen. Innspillene er i tråd med påvirkningsperspektivet i Folkehelseloven (2011). Loven setter tre tydelige forventninger til kommunene i deres systematiske folkehelsearbeid. For det første skal folkehelse være et felles ansvar i alle kommunesektorene, i tråd med HiAP-prinsippet. For det andre forventes kommunene å ha god oversikt over både helsetilstand og de positive og negative påvirkningsfaktorene som kan virke inn på denne. For det tredje ønsker loven at det skapes endring gjennom samhandling på tvers av sektorer og organisasjoner (Hofstad, 2018, s. 4-5). Slik fordrer Folkehelseloven (2011) at folkehelsearbeidet gjøres strategisk, men forskning viser at dette er både vanskelig og ambisiøst, særlig på lokalt nivå (de Leeuw et al., 2013; Hagen, 2020; Hofstad, 2018; Tallarek nee Grimm et al., 2013).

5.3 Metodiske styrker og svakheter

Valgt metode har gitt meg et øyeblikksbilde av hva folk mener der og da i sin gitte kontekst. En abduktiv tilnærming er velegnet når det er menneskets egne opplevelser som skal forstås, men hvilke resultater man får avhenger av hvilke teorier empirien kobles mot (Blaikie & Priest, 2000/2019, s. 22). Avhandlingen kan dermed bidra med refleksjoner og antakelser om hvordan det kan se ut i andre kontekster, men ingen endelig sannhet. At både tematikk og problemstilling har vært vidt har gjort det utfordrende å gjøre avgrensninger. På den ene siden kan avhandlingen være med på å fylle et lokalt kunnskapshull i valgt kommune. På den andre siden ble materialet så stort at det ikke ble rom for å gå i dybden på alt. De funnene jeg særlig har drøftet er de som har fanget min interesse. Dette er dermed farget av meg og mine forforståelser. Samtidig som avhandlingen dekker et lokalt kunnskapsbehov tydeliggjør den også at dette er starten på en prosess – en bit av et større bilde. Hofstad (2019, s. 43-44) slår

fast at «å skaffe oversikt over påvirkningsfaktorene gjennom kunnskapsinnhenting er første steg i å sette helseutjevning og helsefremming på planagendaen».

I følge Freud (1966) er en av våre forsvarsmekanismer projeksjon (Boyatzis, 1998, s. 13). Projeksjon kan hjelpe oss å forstå og relatere oss til andre, men også være til hinder når man ønsker å foreta en innsiktsfull tematisk analyse. Det handler om å tillegge andre egne karakteristikk og verdier. Å være oppmerksom på grensen mellom nyttig projeksjon som handler om at man har nok kjennskap til settingen til å forstå informantens språk, og projeksjon i den grad at man overivrig «fyller inn tomrommene» selv, er viktig. Ved å bruke assistent har jeg forsøkt å begrense muligheten for å se bort fra noe eller tillegge noe for stor vekt. Likevel vil jeg ikke kunne se alt eller få tak i de samme nyansene i materialet som andre ville ha gjort (Boyatzis, 1998, s. 1). Jeg har også forsøkt å begrense effekten ved å bruke koder som er tett mot innsamlet råinformasjon. Dette gir ikke nødvendigvis større innsikt, men økt tillit til at råinformasjonen ikke så lett kan forurenses (Boyatzis, 1998, s. 15). Det har også vært nyttig å gjennomgå analysestegene og gjenåpne datamaterialet gjentatte ganger. Samtidig opplevde jeg å alltid være farget av tidligere inndelinger, noe som gjør at man må stille seg kritisk til hvor åpent materialet reelt var når jeg gjorde det igjen.

Et annet moment å stille seg kritisk til handler om «the law of garbage in, garbage out» (Boyatzis, 1998, s. 14). Som forsker velger og forkaster man selv, og dersom den informasjonen man har samlet inn er påvirket av faktorer man som forsker ikke kjenner til kan analysen slå ut feil. Under intervjuene forsøkte jeg å være oppmerksom på å stille oppfølgingsspørsmål for å få en klar kontekst der jeg følte det var nødvendig og var åpen for at min assistent kunne gjøre det samme. Samtidig må man ta høyde for at det ikke ble stilt oppfølgingsspørsmål som burde blitt stilt og at deler av konteksten dermed ble tapt for meg. Jeg anser det som en ulempe at jeg kun hadde assistent i det ene intervjuet. Hun bidro med verdifulle notater om kroppsspråk og gester som tilførte materialet større dybde.

Boyatzis (1998, s. 14) mener man også må vurdere utvalget og hvordan informantene er farget av kontekst og situasjon. Utvalget er ikke representativt, men strategisk. Som forsker i en delvis kjent setting valgte jeg å benytte snøballrekruttering fordi den i stor grad tok vekk min mulighet til å påvirke hvem som kunne eller ikke kunne være en informant. Mitt utvalg er derfor sannsynligvis grupper av mennesker med mange like karakteristikk og verdier. Som vist til tidligere kan dette skape økt trygghet i gruppa og gi tilgang til informasjonssterke

informanter. Samtidig kan rekrutteringsmetoden dempe stemmer og utelukke mennesker med andre verdier dersom noen bevisst utelukkes eller utvalget på annen måte manipuleres av de som henviser videre til potensielle informanter (Barbour, 2008, s. 135). Lokalsamfunnet som setting kan i lys av det være en setting som i teorien rommer alle samtidig som den kan oppleves som internt ekskluderende. At innbyggerne videre skulle dele internaliserende og personlige utsagn i en gruppekontekst kan også ha ført til at noen holdt tilbake eller unngikk å dele synspunkter som skilte seg ut fra andres. Det er ikke utenkelig at materialet ville blitt annerledes om jeg hadde snakket med én og én, eller inkludert enda flere fokusgrupper.

For å begrense ensidighet i utvalget i den grad jeg kunne det, forsøkte jeg å særlig rekruttere informantene jeg ble tipset om som kunne tilføre mangfold til gruppa – ulike kjønn, ulike aldersgrupper, ulike kulturelle bakgrunner og både tilflyttere og innfødte. Det jeg ikke gjorde bevisst var å rekruttere både gifte og enslige. Det kan også kritiseres at aldersspredningen blant informantene ikke ble så bred som den burde vært. Gjennomsnittlig alder på deltakerne var 50 år, noe som tilsier at de unge voksne var underrepresentert i utvalget. Jeg burde også satt av bedre tid til datainnsamlingen slik at jeg kunne sikret deltakelse av flere menn. At det deltok 9 kvinner og 3 menn kan ha farget samtalen og faktorene som fremkom.

5.3.1 Forskningsetiske refleksjoner

De fleste deltakerne kjente til at jeg er fysioterapeut av yrke. Det er en tittel som for mange vekker assosiasjoner til helseatferd, trening og fysisk aktivitet. Man kan derfor ikke utelukke at det kan ha farget noen av svarene fra deltakerne. Informantene fra begge gruppene drøftet helsevesenets betydning, noe man ikke kan se bort i fra at delvis handlet om min rolle i helsevesenet. I et forsøk på å begrense hvor mye min rolle farget informantenes svar unngikk jeg bevisst å bruke ordet «helse» i samtalen, fordi det lett hadde kunnet spore samtalen mot helsevesenet og det biomedisinske synet på helse som fravær av sykdom. I fokusgruppa i det veiløse samfunnet bet jeg meg merke i at noen av kommentarene ble sagt direkte til meg som ansatt i helsevesenet, med et glimt i øyet («vi skulle hatt en fysioterapeut her ute»). Å benytte anledningen til å fremme behov som kanskje vil leses og høres ser jeg på som naturlig, samtidig noe å være bevisst på.

Intervjusituasjonen farges også av intervjuets kontekst. Her la jeg merke til at fokusgruppa i kommunesentrum ble særlig opptatt av integrering og inkludering, og at man ønsket å drøfte tematikken med den ene innbyggeren som delte sine opplevelser som flyktning. Dette kan

både ha tilført og tatt vekk fra datamaterialet. Dette lot jeg utspille seg ferdig og tror selv det ga merverdi å la det komme til. Informantene kan videre også farges av hverandre og av gruppesituasjonen på ulike måter. Det var viktig å ha god tid til intervjuet slik at alle kunne bli mest mulig komfortable i en slik setting. At deltakerne kjente eller kjente til hverandre fra før fremstod fra mitt ståsted som en positiv faktor som ga god flyt i samtalene, samtidig som jeg ikke kan garantere for at det faktisk var slik.

5.3.2 Egen forforståelse

I den hermeneutiske tilnærmingen ligger det et behov for nærhet for å kunne forstå andre menneskers livssituasjon og forståelsesverden, noe som igjen innebærer at også forskeren vil kunne farge både konteksten og relasjonene i intervjusituasjonen (Jacobsen, 2015, s. 29-30). Forskeren vil dessuten være farget av sine forforståelser, noe som vil prege kunnskapen som blir til i dialogen mellom forskeren og datamaterialet (Dalland, 2017, s. 47; Nilssen, 2012, s. 72; Thomassen, 2006, s. 171). I følge Thurén (2009, s. 113) er derfor tolkning en usikker virksomhet som sjeldent lar seg teste intersubjektivt. I løpet av hele prosessen har jeg måttet kritisk reflektere over forforståelsene som unektelig er en del av meg (Neumann & Neumann, 2012, s. 17-21). Malterud (2017, s. 20-21) skriver at refleksivitet handler om å erkjenne og overveie betydningen av eget ståsted gjennom hele prosessen; man må spørre seg selv hva som er med på å bestemme hva man ser.

Som ansatt i helsevesenet i over et tiår er jeg farget av et sykdomspreget blikk på helse og mine kurative reflekser slår raskt inn. I min jobb som fysioterapeut har jeg ofte vært på søk etter faktorer i den enkeltes liv som begrenser helse og jeg har fremmet individets ansvar for egen helse. Studiet i helsefremmende arbeid har vært utviklende og fått meg til å se på helse med nye øyne. Jeg har sett hvordan determinantene for helse ligger utenfor individet. Tanken om helse som noe større enn fraværet av sykdom har fengst meg gjennom utdanningsløpet og det har vært givende å utfordre egen forforståelse. Allerede i utarbeidelsen av prosjektbeskrivelsen møtte jeg egne forforståelser i døra. Selv når jeg mente å stille åpne spørsmål har jeg tidvis lett etter forventede svar. Å studere i delvis kjente kulturer og samfunn har også krevd refleksjon over egne forforståelser. Selv har jeg ikke erfaring med å leve og bo i et veiløst samfunn. Fra fastlandet er det lettere å se begrensningene i det veiløse, mens det snakkes mindre om ressursene. Ved å velge å sette søkelys på fremmede faktorer for helse fremfor uhelse har jeg måttet ta steget vekk fra det kjente helsevesenet og ut i et felt hvor egne

forforståelser har vært lettere å identifisere. Svarene tror jeg vil påvirke hvordan jeg kommer til å jobbe i kommunesektoren i fremtiden.

5.4 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Vitenskap gir ikke evigvarende og absolutte sannheter, men normative forutsetninger fra én bestemt kulturell, historisk og sosial ramme (Fjelland, 1999; Malterud, 2017, s. 16). Både undersøkereffekt og konteksteffekt er av betydning (Jacobsen, 2015, s. 241-244).

Forskningsresultatene skal likevel være robuste og reliable i form av at de skal tåle vurderinger og være etterprøvbare (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 276; Malterud, 2017, s. 17). Fog (2004, s. 183-184) hevder at det viktigste kravet til forskningsmetode har å gjøre med å sikre troverdighet på en slik måte at både forskeren selv og leserne kan stole på forskerens forståelse av det utsnittet av virkeligheten som er undersøkt. Åpenhet er dermed avgjørende for både reliabilitet og validitet (Jacobsen, 2015, s. 247). I avhandlingen har jeg derfor inngående beskrevet analysemetode og lagt frem kritisk metoderefleksjon, for å skape transparens.

For å oppnå validitet i den grad at den kvalitative forskningen kan gi gyldig vitenskapelig kunnskap handler det om i hvilken grad valgt metode undersøker det den er ment å undersøke og gjenspeiler virkeligheten (Jacobsen, 2015, s. 228-237; Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 276; Malterud, 2017, s. 23-25). Mine metodiske valg ga bakgrunn for relevant data og svar på både problemstilling og forskningsspørsmål, og har kunnet kobles mot annen forskning. Samtidig har jeg belyst at utvalget av informanter ikke ble så bredt med tanke på aldersspredning og kjønnsfordeling, noe som kan ha ført til tap av informasjon (Jacobsen, 2015, s. 229-231). Validitet handler videre om å kunne teorisere (å vise til at man kan verifisere sine fortolkninger i teorier) (Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 281), noe jeg mener å ha gjort i dette kapitlet.

Overførbarhet handler om i hvilken grad funnene kan overføres til andre settinger og grupper (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110; Jacobsen, 2015, s. 237-241; Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 289; Polit & Hungler, 1999, s. 717). Styrken til kvalitative metoder og denne avhandlingen er teoretisk generalisering, som innebærer å avdekke fenomener og årsakssammenhenger og koble disse mot teori (Jacobsen, 2015, s. 237). Vanskeligere er det å generalisere fra utvalg til populasjon, med bakgrunn i at utvalget ikke er strategisk. Kvale og

Brinkmann (2015, s. 291) legger frem at en analytisk generalisering «involverer en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan brukes som en rettleiding for hva som kan komme til å skje i en annen situasjon». Når man legger opp til en leserbasert analytisk generalisering kan jeg som forsker bare anslå om funnene er overførbare, men det er til sist opp til leseren å avgjøre om de kan eller ikke kan overføres til andre kontekster (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110; Kvale & Brinkmann, 2009/2015, s. 291). Selv tror jeg mange av funnene kan være internt overførbare. Deler kan sannsynligvis også være overførbart til andre norske sammenliknbare kommuner og lokalsamfunn, samt nabolag og bydeler. I hvilken grad noe er unikt for det nordnorske, kan jeg bare spekulere i. Det viktigste har vært å fange et øyeblikksbilde av virkeligheten i denne kommunen og disse lokalsamfunnene, noe jeg opplever å ha gjort.

5.5 Avhandlingens implikasjoner

5.5.1 Praktiske implikasjoner

Avhandlingen kan benyttes for å integrere en bred forståelse av påvirkningsperspektivet i lokalsamfunnet. Kunnskapen om at helse skapes i de settinger vi lever våre liv og viktigheten av de sosiale helsedeterminantene som finnes der kan være med på å bidra til å endre hvordan man lokalt tenker på og jobber med helse. Videre kan avhandlingens salutogene tilnærming kan bidra med kunnskap om hvordan vi kan sette helse, og ikke bare sykdom, i fokus (Langeland, 2017, s. 38). Kunonga et al. (2020, s. 131, 144) tar til orde for at et paradigmeskifte fra «what's wrong to what's strong», «what's the matter to what matters» og «from what we can count to what counts» er nødvendig.

«Altfor lenge, kan det argumenteres, har våre profesjoner konsentrert seg om problemene, behovene og manglene i våre samfunn. Hvordan vi forstår helse og velvære bestemmer hvordan vi arbeider med det. Ofte ser vi samfunn fra et perspektiv som først og fremst ser dets største mangel. Å undersøke og bygge styrkene til individer og ressursene til et samfunn åpner dørene til nye måter å tenke rundt å fremme helse og respondere på uhelse» (Glasgow Centre for Population Health, 2011, s. 3, egen oversettelse).

Eksempelvis finner avhandlingen at betydningen frivilligheten har for helsefremmende lokalsamfunn er sentral. Denne kunnskapen kan benyttes for å engasjere flere til å bidra i sine lokalsamfunn, ved å legge til rette for økt horisontal integrering og styrket samfunnsinnsats. Å bidra i samfunnet gir helsefordeler også for den frivillige (Mundle et al., 2012; O'Donnell et al., 2014). At deres sosiale nettverk skaper helsefremmende sosial kapital, er et godt argument for å fremme frivillighetskulturen i kommunen. Videre setter avhandlingen søkelys på

samskaping og samhandling på tvers av sektorer og organisasjoner. Slik innbyggerne påpekte kan kunnskapen om hva som skaper trivsel og helse benyttes av alle for å skape enda mer av det. I stor grad, hevder innbyggerne, er det de selv som står for trivsel og bolyst. I det ligger det at de har ressurser og muligheter for å sette helsefremmende lokalsamfunn på dagsorden i sine ulike lokalsamfunn.

5.5.2 Politiske implikasjoner

Innledningsvis ble det lagt frem at målet for distriktene bør være gode lokalsamfunn for de som allerede bor der, og at «ambisjonen for distriktspolitikken framover bør være å videreutvikle særpreg og forskjeller mellom storby og småsamfunn, og småsamfunnene imellom» (Demografiutvalget, 2020, s. 14, 181-182). Beskrivelsene innbyggerne har delt kan benyttes for å tegne et bilde av det unike livet i distriktet og hva deres lokalsamfunn kan tilby. Kunnskapen er et viktig bidrag når man skal kartlegge hvilke stedskvaliteter lokalsamfunnene kan posisjonere seg og bygge videre på (Demografiutvalget, 2020, s. 76).

Bidraget belyser dessuten viktigheten av en folkehelseoversikt hvor påvirkningsfaktorene inkluderes, slik Folkehelseloven (2011) krever. Slik kan kunnskapen benyttes som bakgrunn for lokalpolitiske avgjørelser, i tråd med at politikken former våre lokalsamfunn (Garsjø, 2018, s. 197). Helsefremmende arbeid innebærer å jobbe på det politiske nivå med våre store settinger (Breton & de Leeuw, 2010, s. 89). Bernier og Clavier (2011, s. 109-110) viser til Raphael (2003) og Marmot og Wilkinson (2006) når de skriver at offentlig politikk i alle samfunnsarenaer har en signifikant betydning for helse og sosial ulikhet i helse. NTNU Senter for Helsefremmende Forskning (2017, s. 7-8) legger frem hvordan forskningsaktører bør utvikle og formidle kunnskap om helsefremmede påvirkningsfaktorer og at det i sin tur er politikerne som skal benytte den beste tilgjengelige kunnskap som grunnlag for beslutninger. Slik kan kunnskapen gjøre helsefremmende faktorer tilgjengelig for flere og påvirke samfunnets sosiale ulikhet i helse i den grad den finnes mellom de ulike lokalsamfunnene. Et praktisk eksempel kan være å sørge for møteplasser i alle lokalsamfunnene, på bakgrunn av kunnskapen om at dette er en kilde til ulikhet i dag og erkjennelsen av at det sosiale landskapet har avgjørende betydning for trivsel og helse. Ifølge Lindström og Eriksson (2010) må lokale myndigheter ta samfunnenes sammenvevde nettverk, resiliens og psykososiale helse i betraktning for å kunne skape helsefremmende omgivelser (Bonner, 2020, s. 8). Den gjensidige avhengigheten av et individs ressurser og deres sosioøkonomiske miljø er «limet»

som fremmer helse og helsefremmede lokalsamfunn, og dette er i stor grad styrt av lokale myndigheter (Bonner, 2020, s. 9).

Avhandlingen kan også ha lokalpolitisk nytteverdi fordi den setter søkelyset på innbyggermedvirkning og samskaping, og hvordan høy vertikal og horisontal integrering kan være en nøkkelfaktor for ressursknappe samfunn. «Samskapingskommuner» kaller Demografiutvalget (2020, s. 14, 194) de kommunene hvor politikere, ansatte, enkeltpersoner, næringsliv og frivillige organisasjoner finner løsninger på sine lokale utfordringer sammen. De poengterer at «kommuner i distriktene må jobbe smartere og bedre enn øvrige kommuner, de må få mer ut av mindre». Å inngå partnerskap i lokalsamfunnet involverer fordeling av makt og skaper kollektiv empowerment og bemyndigete innbyggere (Green et al., 2015, s. 198), og kan være avgjørende for om helse, velvære og livskvalitet fremmes (Ayre, 2020, s. 191). Dette krever koordinering som må avsettes ressurser til fra politisk hold.

5.5.3 Implikasjoner for videre forskning

Studien bidrar med et øyeblikksbilde fra flere nordnorske distriktssamfunn i samme kommune. Den skrapet i overflaten av noen helsefremmende påvirkningsfaktorer som virker unike for distriktet og muligens det nordnorske. Å utforske nærmere hva det betyr å leve i et «overvåkingssamfunn» hvor «alle kjenner alle» og hvordan dette kan ses som fremmede for trivsel ville gitt mer inngående svar. Likedan kunne det vært spennende å se på hvordan et mulig 'folkalyne' viser seg i praksis og om det faktisk er slik at en høy opplevelse av sammenheng er avgjørende for å oppleve at helsa fremmes i et distriktssamfunn. Å eksempelvis gjøre deltakende observasjoner over tid i lokalsamfunnene, likt det Anderssen (1998) gjorde i to kystsamfunn i Nord-Norge, ville gitt rom for å se disse prosessene tettere.

Videre kunne det vært av interesse å undersøke hva ungdommen i samme eller en sammenliknbar kommune tenker om faktorene som beskrives i avhandlingen, i tråd med at kunnskapen om distriktsungdommene bør være styrende for hvordan lokalsamfunnene bør se ut dersom vi skal få flere unge til å bosette seg i Distrikts-Norge (Myhr & Jørgensen, 2020, s. 7). Fugelli og Ingstad (2016, s. 268) påpeker blant annet at bygdeungdommene i deres studie opplevde de små lokalsamfunnene som «for tette» og kjedelige, mens det var de eldre som beskrev «alle kjenner alle» som en trygghet.

6 Konklusjon

I denne mastergradsavhandlingen har jeg undersøkt på hvilke måter ulike påvirkningsfaktorer kan bidra til å skape helsefremmende lokalsamfunn i en nordnorsk distriktskommune.

Overordnet viser studien at samfunnsstrukturer, relasjoner, samhandling og natur er viktige påvirkningsfaktorer som kan fremme helse og opplevelsen av sammenheng i lokalsamfunnet. Faktorenes bidrag kan blant annet fremme trygghet og tillit, psykisk velvære, empowerment, individuell og kollektiv resiliens, mobilitet og muligheter, tilhørighet, sosial kapital, samhold og trivsel, og tilbyr en rekke motstandsressurser for innbyggerne. Hele den sosiale helsedeterminantmodellen gjøres dermed gjeldende, og fokuset ligger særlig på innbyggernes rammer og miljøer. Dette tyder på at helse skapes der vi lever våre liv, og belyser på hvilken måte faktorer utenfor individet påvirker individuell helse og er av betydning i helseoversikten kommunene plikter å ha etter Folkehelseloven (2011). Kunnskapen om lokalsamfunnets påvirkningsfaktorer for helse, sammen med befolkningens helsedata, er utgangspunktet for å kunne drive strategisk folkehelsearbeid på lokalt nivå.

Påvirkningsfaktorene som fremmer helse i de nordnorske lokalsamfunnene, tydeliggjør videre at også lokalt folkehelsearbeid bør baseres på «helse i alt vi gjør» (HiAP). Avhandlingen reflekterer flere av de prioriterte områdene i Ottawa Charteret (WHO, 1986), herunder hvordan man bør muliggjøre, mediere og fremme for å legge til rette for god offentlig helsepolitikk, støttende miljøer og styrket samfunnsinnsats. I tråd med det kan samhandling og samskaping, i form av høy vertikal og horisontal integrering, være en bærekraftig strategi i en distriktskommune hvor man blir stadig færre og har knapphet på ressurser. Resiliente og kunnskapsrike innbyggerne, engasjert frivillighet og støttende nettverk er ressurser man vil kunne forsterke og i større grad gjøre seg nytte av i samfunnsutviklingen, dersom man legger opp til reell medvirkning og derigjennom fremmer individuell og kollektiv empowerment. Tilnærmingen er likevel ikke fri for utfordring, og krever koordinering og forankring. Å håndtere disse barrierene fordrer mer praksis og forskning på feltet.

Litteraturliste

- Agger, A. & Lund, D. H. (2017). Collaborative Innovation in the Public Sector - New Perspectives on the Role of Citizens? *Scandinavian Journal of Public Administration*, 21(3), 17-37. <https://ojs.ub.gu.se/index.php/sjpa/article/view/3398/3183>
- Agger, A., Tortzen, A. & Rosenberg, C. (2018). *Hvilken verdi skaber vi med samskabelse?* Professionshøjskolen Absalon.
- Ahmed, R., Seedat, M., van Niekerk, A. & Bulbulia, S. (2004). Discerning community resilience in disadvantaged communities in the context of violence and injury prevention. *South African Journal of Psychology*, 34, 386-408. <https://doi.org/10.1177/008124630403400304>
- Albrecht, T. L., Johnson, G. M. & Walther, J. B. (1993). Understanding communication processes in focus groups. I D. L. Morgan (Red.), *Successful focus groups* (s. 51-64). SAGE Publications.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive methodology. New Vistas for Qualitative Research*. SAGE Publications.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2011). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod* (2. utg.). Studentlitteratur.
- Anderssen, J. (1998). *No går det på helsa laus: Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn* [Norges arktiske universitet]. Tromsø. <https://munin.uit.no/handle/10037/23354>
- Ansell, C., Sørensen, E. & Torfing, J. (2017). Improving policy implementation through collaborative policymaking. *Policy & Politics*, 45(3), 467-486. <https://doi.org/10.1332/030557317X14972799760260>
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. I J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd & N. E. Miller (Red.), *Behavioral Health: A handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. John Wiley.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*, 11(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium* (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal Akademisk.
- Arden, K., Cunliffe, K. & Cook, P. A. (2020). Cultural change and the evolution of community governance: a North-West England perspective. I A. Bonner (Red.), *Local authorities and the social determinants of health*. Policy Press.
- Arnesen, S. (2020). Demokratisk legitimitet - betydning av representasjon og prosess. I S. B. Seggaard (Red.), *Det norske lokaldemokratiets legitimitet. Tillit, deltakelse og ulikhet*. Institutt for samfunnsforskning.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35:4, 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Askheim, O. P. (2016). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>.
- Ayre, D. (2020). The changing landscape of local authority commissioning. I A. Bonner (Red.), *Local authorities and the social determinants of health*. Policy Press.

- Bacon, N., Brophy, M., Mguni, N., Mulgan, G. & Shandro, A. (2010). *The State of Happiness. Can public policy shape people's wellbeing and resilience?* The Young Foundation.
- Barbour, R. S. (1995). Using focus groups in general practice research. *Fam Pract*, 13(3), 328-334. <https://doi.org/10.1093/fampra/12.3.328>
- Barbour, R. S. (2008). *Introducing qualitative research. A student guide to the Craft of doing Qualitative Research*. SAGE Publications.
- Barton, H. & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal for the royal society for the Promotion of Health*, 126(6), 252-261. <https://doi.org/10.1177/1466424006070466>
- Batt-Rawden, K. B. (2017a). Et helsefremmende perspektiv på lokalsamfunnet. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling. Natur og kultur som folkehelse*. Fagbokforlaget.
- Batt-Rawden, K. B. (2017b). Tur og natur i hverdagen - og kunsten å gå. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling. Natur og kultur som folkehelse*. Fagbokforlaget.
- Baum, F. (2019). *Governing for Health. Advancing Health and Equity through Policy and Advocacy*. Oxford University Press.
- Bergem, R., Dahl, S. L., Olsen, G. M. & Synnevåg, E. S. (2019). *Nærmiljø og lokalsamfunn for folkehelse. Sluttrapport frå evaluering av prosjektet Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse*. Høgskulen i Volda. <https://bravo.hivolda.no/hivolda-xmlui/handle/11250/2617619?show=full>
- Bernier, N. F. & Clavier, C. (2011). Public health policy research: Making the case for a political science approach. *Health Promot Int*, 26, 109-116. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq079>
- Blaikie, N. & Priest, J. (2019). *Designing Social Research. The Logic of Anticipation* (3. utg.). Polity Press. (Opprinnelig utgitt 2000)
- Blaxter, M. (2010). *Health* (2. utg.). Polity Press. (Opprinnelig utgitt 2004)
- Bonner, A. (2020). Introduction: Key sociopolitical changes affecting the health and wellbeing of people. I A. Bonner (Red.), *Local authorities and the social determinants of health*. Policy Press.
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens - Risiko og sunn utvikling*. Gyldendal.
- Bovaird, T., INLOGOV & Loeffler, E. (2014). *Bringing the power of the citizen into local public services*. Institute of local government studies (INLOGOV) & University of Birmingham.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Thematic analysis and code development. Transforming Qualitative Information*. SAGE Publications.
- Boyle, D., Slay, J. & Stephens, L. (2010). *Public services inside out - Putting co-production into practice*. Nesta. <https://www.nesta.org.uk/report/public-services-inside-out/>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D. R. (2011). The Social Determinants of health: Coming of age. *Annual review of Public Health*, 32, 381-398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Breton, E. & de Leeuw, E. (2010). Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health Promot Int*, 26(1), 82-90. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq051>
- Briggs, C. (2003). Interviewing, power/knowledge, and social inequality. I J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Red.), *Inside interviewing: New lenses, new concerns*. (s. 495-506). SAGE Publications.

- Burger, M. J., Morrison, P. S., Hendriks, M. & Hoogerbrugge, M. (2020). Urban-Rural Happiness Differentials Across the World. I J. Helliwell, R. Layard, J. D. Sachs & J. E. De Neve (Red.), *World Happiness Report 2020*. Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2020/urban-rural-happiness-differentials-across-the-world/>
- Burns, H. (2020). Deaths of despair - causes and possible cures. I A. Bonner (Red.), *Local authorities and the social determinants of health* (s. 17-31). Policy Press.
- Campbell, C. (2011). Embracing complexity: towards more nuanced understandings of social capital and health. *Global Health Action*, 4(5964). <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5964>
- Carey, G. & Crammond, B. (2015). What Works in Joined-Up Government? An Evidence Synthesis. *International Journal of Public Administration*, 38(13-14), 1020-1029. <https://doi.org/10.1080/01900692.2014.982292>
- Chasteaneuf, T., Thornton, T. & Pallant, D. (2020). The role of the third sector working with the hard and soft structures of public-private partnerships to promote individual health and reinvigorated, healthier communities. I A. Bonner (Red.), *Local authorities and the social determinants of health*. Policy Press.
- Christie, C. (2011). *Commission on the Future Delivery of Public Services*. APS Group. <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/independent-report/2011/06/commission-future-delivery-public-services/documents/0118638-pdf/0118638-pdf/govscot%3Adocument/0118638.pdf>
- Chrzanowska, J. (2002). *Interviewing groups and individuals in qualitative market research*. SAGE Publications.
- Clarke, V. & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123. <https://uwe-repository.worktribe.com/preview/937606/Teaching%20thematic%20analysis%20Research%20Repository%20version.pdf>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Commission on the Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1
- Coombes, E., Jones, A. P. & Hillsdon, M. (2010). The relationship of physical activity and overweight to objectively measured green space accessibility and use. *Social science & medicine*, 70(6), 816-822. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.020>
- Cottam, H. (2018). *Radical Help: How we can remake the relationships between us and revolutionize the welfare state*. Little Brown.
- Cottrell, L. S. (1976). The competent community. I B. H. Kaplan, R. N. Wilson & A. H. Leighton (Red.), *Further explorations in social psychiatry* (s. 195-209). Basic Books.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2009). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse: Utjevning av helseforskjeller del 2*. Helsedirektoratet.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (2009). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø - viktige faktorer for helsen. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- de Leeuw, E., Townsend, B., Martin, E., Jones, C. M. & Clavier, C. (2013). Emerging theoretical frameworks for global health governance. I C. Clavier & E. de Leeuw (Red.), *Health Promotion and the Policy Process*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199658039.001.0001>
- Demografiutvalget. (2020). *Det handler om Norge. Bærekraft i hele landet. Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene (NOU)*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/3b37c1baa63a46989cb558a65fccf7a1/no/pdfs/nou202020200015000dddpdfs.pdf>
- Dombey, R. & Bonner, A. (2020). A place-based approach to healthy, happy lives. I A. Bonner (Red.), *Local authorities and the social determinants of health*. Bristol University Press.
- Drugli, M. B. & Lekhal, R. (2018). *Livsmestring og psykisk helse*. Cappelen Damm Akademisk.
- Eriksson, M. (2011). Social Capital and Health - Implications for health promotion. *Global Health Action*, 4. <https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376-381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*, 23(2), 190-199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Fjelland, R. (1999). *Innføring i vitenskapsteori*. Universitetsforlaget.
- Fog, J. (2004). *Det kvalitative forskningsinterview. Med samtalen som utgangspunkt* (2. utg.). Akademisk Forlag. (Opprinnelig utgitt 1994)
- Folkehelseinstituttet. (2016, 22.06.2016). *Miljøet vi lever i påvirker helsa på godt og vondt*. Folkehelseinstituttet. Hentet 03.10.2021 fra
<https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/miljoet-vi-lever-i-pavirker-helsa-p/>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 04.03.2020). *Sosialt bærekraftige lokalsamfunn*. FHI. Hentet 01.02.2022 fra <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/sosialt-barekraftige-lokalsamfunn/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (LOV-2011-06-24-29). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Foot, J. & Hopkins, T. (2010). *A Glass Half-Full - How An Asset Approach Can Improve Community Health and Well-being*. Improvement and Development Agency, Healthy Communities Team. <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Glass-Half-Full-How-An-Asset-Approach-Can-Improve-Beckford/05a7e3fb81e78a676da7a3d554f0b0f982e42425>
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Fosse, E. (2012). Norwegian Experiences. I D. Raphael (Red.), *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences* (s. 185-207). Canadian Scholars Press Inc.
- Freud, A. (1966). *The writings of Anna Freud: Vol 2. The ego and the mechanisms of defense*. International Universities Press. (Opprinnelig utgitt 1936)
- Frey, B. S. & Stutzer, A. (1999). *Happiness, Economy and Institutions*. Institute of Empirical Research in Economics, University of Zürich.

- Frey, J. H. & Fontana, A. (1993). The group interview in social research. I D. L. Morgan (Red.), *Successful focus groups* (s. 20-34). SAGE Publications.
- Fugelli, P. (2020). *Nokpunktet. Essays om helse og verdighet*. Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt 2010)
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2016). *Helse på norsk: God helse slik folk ser det* (2. utg.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 2009)
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Gibbon, M., Labronte, R. & Lavernack, G. (2002). Evaluating Community Capacity. *Health & Social Care in the Community*, 10(6), 485-491. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00388.x>
- Glanz, K. & Bishop, D. B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual review of Public Health*, 31, 399-418. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.012809.103604>
- Glasgow Centre for Population Health. (2011). Asset based approaches for health improvement: Redressing the balance. *Concept Series*, 9. https://www.gcph.co.uk/publications/279_concepts_series_9-asset_based_approaches_for_health_improvement
- Graff, S. B. (u.å.). *Hvordan nordlendinger takler dårlig vær*. Absurdgalleriet.no. <https://absurdgalleriet.no/nordlendinger-takler-darlig-vaer/>
- Graham, H. (2009). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly*, 82, 101-124. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00303.x>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gravdal, H., Sandnes, H. L. & Gundersen, E. M. (2020). Å ivareta barn på generell intensivavdeling - intensivsykepleieres erfaringer. *Sykepleien Forskning*, 15. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80265>
- Green, G., Gilbertson, J. M. & Grimsley, M. F. J. (2002). Fear of a crime and health in residential tower blocks - A case study in Liverpool, UK. *European Journal of Public Health*, (12), 10-12. <https://doi.org/10.1093/eurpub/12.1.10>
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health Promotion. Planning and strategies*. (A. Poyner, Red. 3. utg.). SAGE Publications.
- Green, L. W., Poland, B. & Rootman, I. (2000). The settings approach to health promotion. I L. W. Green, B. Poland & I. Rootman (Red.), *Settings for Health Promotion. Linking Theory and practice*. SAGE Publications.
- Guglielmin, M., Muntaner, C., O'Campo, P. & Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*, 122(3), 284-292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005>
- Hagen, A. L. (2017). *Å høre til og bli hørt* (FoU-resultat 04:2017). Arbeidsforskningsinstituttet. https://48vlp12642pa30ejq72t9ozh-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2017/10/Notat_Hagen.pdf
- Hagen, A. L., Brattbakk, I., Andersen, B., Dahlgren, K. & Ascher, B. (2016). *Ungdomstråkk. Ungdoms bruk av uterom, parker og plasser - forprosjekt*. (FoU-resultat 1:2016). Arbeidsforskningsinstituttet. https://www.regjeringen.no/contentassets/703013f929c84da1afe32146aea07c1b/ungdomstraakk_forprosjektrapport.pdf
- Hagen, S. (2020). «Helse i alt kommunen gjør?...» [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen]. Bergen.

- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 597-605.
<https://doi.org/10.1177/1403494815585614>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2016). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promot Int*, 32(6), 977-987.
<https://doi.org/10.1093/headpro/daw052>
- Halkier, B. (2008). *Fokusgrupper* (2. utg.). Forlaget Samfundslitteratur.
- Hancock, T. (1985). Beyond health care: From public health policy to healthy public policy. *Canadian Journal of public health*, 76, 9-11.
<https://www.nchpp.ca/docs/BeyondHealthCare.pdf>
- Hardiker, N., McQuarrie, C. & Franks, H. (2012). Public health interventions and behavior change: Reviewing grey literature. *Public Health*, 126(1), 12-17.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.09.023>
- Hartley, J., Sørensen, E. & Torfing, J. (2013). Collaborative innovation: A viable alternative to market competition and organizational entrepreneurship. *Public Administration Review*, 73, 821-830. <https://doi.org/10.1111/puar.12136>
- Hauge, H. A. (2013). Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Haugen, G. M. D., Elvegård, K. & Berg, B. (2015). *Tiltak for et godt og inkluderende oppvekstmiljø*. NTNU Samfunnsforskning.
<https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/Tiltak-for-et-godt-og-inkluderende-WEB.pdf>
- Haugen, M. & Villa, M. (2006a). Big Brother in rural societies: Youths' discourses on gossip. *Norsk Geografisk Tidsskrift*, 60(3), 209-216.
<https://doi.org/10.1080/00291950600889996>
- Haugen, M. & Villa, M. (2006b). Rural idylls or boring places. I B. B. Bock & S. Shortall (Red.), *Rural gender relations: issues and case studies* (s. 181-195).
<https://doi.org/10.1079/9780851990309.0181>
- Haugen, M. & Villa, M. (2019). Lokalsamfunn i perspektiv. I M. Villa & M. S. Haugen (Red.), *Lokalsamfunn*. Cappelen Damm Akademisk.
- Heimburg, D. V. & Hofstad, H. (2019). *Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre?* (NIBR-rapport 2019:11). Oslo Metropolitan University.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/1328/2019-11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. Norsk Institutt for by- og regionsforskning. <https://evalueringsportalen.no/evaluering/regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid-ressurser-organisering-og-koordinering-en-baselineundersokelse/NIBR-rapport%20folkehelsearbeid.pdf/@@inline>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga - gode liv i eit trygt samfunn* (Stortingsmelding 19, 2018-2019). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Veien til god helse for alle* (Rapport IS-1846). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. (Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge, Issue IS-2203).

- https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf/_attachment/inline/7bfe0795-9370-4fbf-af77-8be0e9b9d62f:79fbdd582d69872f95ecad2fefe3159c6dfed46a/Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf
- Helsedirektoratet. (2018). *Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid. Innbyggerinvolvering, myndiggjøring og deltakelse* (IS-2721). Helsedirektoratet.
- Hoeijmakers, M., de Leeuw, E., Kenis, P. & De Vries, N. K. (2007). Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion. *Health Promot Int*, 22(2), 112-121. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam009>
- Hofstad, H. (2014). Lokalt folkehelsearbeid - status, utfordringer og anbefalinger. (Vedlegg 1). I Helsedirektoratet (Red.), *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge* (s. 109-132). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf/_attachment/inline/7bfe0795-9370-4fbf-af77-8be0e9b9d62f:79fbdd582d69872f95ecad2fefe3159c6dfed46a/Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf
- Hofstad, H. (2018). *Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp?* (NIBR-notat 2018:103). By- og regionforskningsinstituttet NIBR.
- Hofstad, H. (2019). *Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller. Oppsummering av erfaringer fra tidligere forskning og workshop med nøkkeltakterer*. (NIBR-rapport 2019:6). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. Oslo Met.
- Holt, D. H., Carey, G. & Rod, M. H. (2018). Time to dismiss the idea of a structural fix within government? An analysis of intersectoral action for health in Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22), 48-57. <https://doi.org/10.1177/1403494818765705>
- Holt, D. H., Frohlich, K. L., Tjørnhøj-Thomsen, T. & Clavier, C. (2016). Intersectorality in Danish municipalities: corrupting the social determinants of health? *Health Promot Int*, (2017:32), 881-890. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw020>
- Holt-Lunstad, J. (2015). Loneliness and social isolation as risk factor for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives in Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Blayton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review. *PLoS Med*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hoogerbrugge, M. & Burger, M. J. (2019). *The urban happiness paradox. Evidence from the United Kingdom. (Working paper)*. Erasmus University <https://az659834.vo.msecnd.net/eventsairwesteuprod/production-ersa-public/6ac40641ac4147e6af323b1cfca19b15>
- Hothi, M., Bacon, N., Brophy, M. & Mulgan, G. (2008). *Neighbourliness + Empowerment = Wellbeing*. The Young Foundation.
- Huxham, C. (2003). Theorizing collaboration practice. *Public Management Review*, 5(3), 401-423. <https://doi.org/10.1080/1471903032000146964>
- Høydahl, E. (2020). *Sentralitetsindeksen. Oppdatering med 2020-kommuner* (Notater 2020, Issue 4). Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/413602?ts=17085d29f50

- Ibáñez, E. L. I. (2011). Municipality, space and the social determinants of health. *Environment and Urbanization*, 23(1), 113-117.
<https://doi.org/10.1177/0956247811398586>
- Idan, O., Eriksson, M. & Al-Yagon, M. (2017). The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 57-69). Springer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Irwin, A. & Scali, E. (2008). *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences*. (Social determinants of health discussion paper 1). WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44488>
- Isham, J. (1999). *The effect of social capital on technology adoption: evidence from rural Tanzania*. Annual meeting of the American Economic Association, New York.
- Jacobsen, D. I. (2009). *Perspektiver på kommune-Norge: en innføring i kommunalkunnskap*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Jansen, M. W., van Oers, H. A., Kok, G. & de Vries, N. K. (2010). Public health: disconnections between policy, practice and research. *Health Res Policy Syst*, 8, 37. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-37>
- Jansson, E. V. & Tillgren, P. E. (2010). Health promotion at local level: a study of content, organization and development in four Swedish municipalities. *BMC Public Health*, 10(455). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-455>
- Jo, S. & Nabatchi, T. (2018). Co-Production, Co-Creation and Citizen Empowerment. I T. Brandsen, B. Verschuere & T. Steen (Red.), *Co-Production and Co-Creation: Engaging Citizens in Public Services*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315204956-36>
- Kawachi, I. (1997). Long live community. *The American Prospect*, 8(35). <https://prospect.org/health/long-live-community/>
- Kindervatter, S. (1979). *Non-Formal Education as an Empowering Process*. University of Massachusetts, Center for International Education.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Kitzinger, J. & Barbour, R. S. (1999). Introduction: the challenge and promise of focus groups. I R. S. Barbour & J. Kitzinger (Red.), *Developing focus group research. Politics, theory and practice* (s. 1-20). SAGE Publications.
- Kobro, L. U. (Red.). (2018). *La oss gjøre det sammen. Håndbok i lokal samskapende sosial innovasjon*. Universitetet i Sørøst-Norge / Senter for sosialt entreprenørskap og samskapende sosial innovasjon. https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2488431/SESAM_KS_handbok.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). *Samarbeid mellom frivillige og kommuner. Råd og veiledning til kommuner som vil inngå samarbeid med frivillige*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/5003785a94a5487391a47a62c4dd8ca4/samarbeid_frivillige_kommuner.pdf
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). *Ny utredning om demografutfordringer i distriktene*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt->

[regjeringen-solberg/kmd/pressemeldinger/2020/ny-utredning-om-demografiutfordringer-i-distriktene/id2789581/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kmd/pressemeldinger/2020/ny-utredning-om-demografiutfordringer-i-distriktene/id2789581/)

- Kretzmann, J. P. & McKnight, J. L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*. ABCD Institute.
- Krueger, R. A. (1993). Quality control in focus group research. I D. L. Morgan (Red.), *Successful focus groups* (s. 65-85). SAGE Publications.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2014). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research* (5. utg.). SAGE Publications. (Opprinnelig utgitt 1994)
- Kunonga, E., Gibson, G. & Parker, C. (2020). Inequalities in health and wellbeing across the UK: a local North-East perspective. I A. Bonner (Red.), *Local authorities and the social determinants of health*. Policy Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg.). Gyldendal. (Opprinnelig utgitt 2009)
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning*, 4(4), 288-296. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0143>
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper - En arena for økt mestring og velvære. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring - Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2017). Salutogenese og tilhørighet. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling. Natur og kultur som folkehelse*. Fagbokforlaget.
- Laverack, G. (2004). *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*. SAGE Publications.
- Lees-Marshment, J. (2015). *The Ministry of Public Input: Integrating Citizen Views into Political Leadership*. Palgrave Macmillan.
- Leighton, A. H. (1959). *My name is Legion*. Basic Books.
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3(3), 172-175. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0036>
- Lillefjell, M., Knudsen, M. S., Wist, G. & Ihlebæk, C. (2013). From knowledge to action in public health management: Experiences from a Norwegian context. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 771-777. <https://doi.org/10.1177/1403494813496600>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int*, 21(3), 238-244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2010). *The Hitchhikers guide to salutogenesis: salutogenic pathways to health promotion*. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme and IUHPE Global Working Group on Salutogenesis.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Gyldendal.
- Madriz, E. (2000). Focus Groups in Feminist Research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *Handbook of Qualitative Research* (2. utg., s. 835-850). SAGE Publications.
- Maguire, M. & Delahunt, B. (2017). Doing a Thematic Analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education (AISHE-J)*, 8, 3351-33514. <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marmot, M. (2006). Harveian Oration: Health in an unequal world. *The Lancet*, 368, 2081-2094. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69746-8)

- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post 2010*. UCL, Institute of Health Equity.
<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- Marmot, M. (2019). *The Health Gap. The challenge of an unequal world*. (2. utg.). Bloomsbury Publishing. (Opprinnelig utgitt 2015)
- Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (2006). *Social Determinants of Health*. (2. utg.). Oxford University Press.
- Mason, J. (2018). *Qualitative Researching* (3. utg.). SAGE Publications.
- Masten, A. S. & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy and practice. I S. Luthar (Red.), *Resiliency and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversity* (s. 1-29). Cambridge University Press.
- McKinlay, J. B. (1979). A case for Refocusing Upstream: The Political Economy of Illness. I E. G. Jaco (Red.), *Patients, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioral Science and Health* (s. 9-25). Free Press.
- McKinlay, J. B. (2019). A Case for Refocusing Upstream: The Political Economy of Illness. *IAPH Occasional Classics*, (1), 1-10.
- McPherson, K., Kerr, S., McGee, E., Cheater, F. & Morgan, A. (2013). *The role and Impact of Social Capital on the Health and Wellbeing of Children and Adolescents: A systematic review*. Glasgow Centre for Population Health.
- McQueen, D. V. (2000). Foreword. I B. Poland, L. W. Green & I. Rootman (Red.), *Settings for health promotion. Linking theory and practice*. SAGE Publications.
- McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V. & Jones, C. M. (2012). All Policies, the social determinants of health and governance. I D. V. McQueen, M. Wismar, V. Lin, C. M. Jones & M. Davies (Red.), *Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, Actions and Experiences*. WHO, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf
- Melby, L. & Grut, L. (2020). *Følgevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene* (2020:00155). SINTEF.
- Mitt Numedal. (u.å.). *Folkehelse – et resultat av mange faktorer*. Hentet 03.04.2021 fra <http://mittnumedal.no/folkehelse/om-prosjektet/hva-er-folkehelse>
- Mittelmark, M. B. (1999). Social ties and health promotion: Suggestions for population-based research. *Health Education Research*, 14(4), 447-451.
<https://doi.org/10.1093/her/14.4.447>
- Mittelmark, M. B. & Bauer, G. F. (2017). The Meanings of Salutogenesis. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Mittelmark, M. B., Bull, T. & Bouwman, L. (2017). Emerging Ideas Relevant to the Salutogenic Model of Health. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis*. Springer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Mittelmark, M. B. & Hauge, H. A. (2013). Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an asset model. *Promotion & Education*, 14(17).
<https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2. utg.). SAGE Publications.
- Mundle, C., Naylor, C. & Buck, D. (2012). *Volunteering in health and care in England. A summary of key literature*. The King's Fund.
https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_related_document/volunteering-in-health-literature-review-kingsfund-mar13.pdf
- Munkejord, C. & Olsen, K. (2011). «Vi investerer i opplevelser»: En analyse av innflytters fortellinger om mobilitet, flerstedstilknytning og hverdagstrivsel på to steder i Finnmark. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 22(1), 4-17.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2898-2011-01-01>
- Myhr, A. I. & Jørgensen, A. O. (2020). Vi vet for lite om distriktsungdom. *Plan*, 52(2), 6-13.
<https://doi-org.ezproxy1.usn.no/10.18261/ISSN1504-3045-2020-02-03>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2020). Jo mere vi er sammen... Sosial kontakt og samhold beskytter mot sykdom. I J. G. Mæland (Red.), *Sykdommers sosiale røtter*. Gyldendal Akademisk.
- Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø. & Westin, S. (2009). Sosial epidemiologi - et nytt fagfelt med tradisjoner. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Gyldendal Akademisk.
- Narayan, D. (1997). Voices of the poor: Poverty and Social Capital in Tanzania. *Studies and Monograph Series*, 20.
- Needham, C. (2008). Realising the Potential of Co-Production: Negotiating Improvements in Public Services. *Social Policy and Society*, 7(2), 221-231.
<https://doi.org/10.1017/S1474746407004174>
- Neumann, C. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Cappelen Damm Akademisk.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.
- NTNU Senter for Helsefremmende Forskning. (2017). *Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid* (Rapportserie fra NTNU Senter for Helsefremmende Forskning, 2017/1). NTNU Senter for Helsefremmende Forskning.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary* (2. utg.) [Glossary]. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1> (Opprinnelig utgitt 1986)
- O'Donnell, G. C., Deaton, A., Durand, M., Halpern, D. & Layard, R. (2014). *Wellbeing and policy*. Legatum Institute.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., McDaid, D., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., Matosevic, T., Harden, A. & Thomas, J. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*, 1(4). <https://doi.org/10.3310/phr01040>
- OECD. (2011). *Together for Better Public Services: Partnering with Citizens and Civil Society*. OECD Publishing.
- OECD. (2015). *The innovation imperative in the Public Sector: Setting an Agenda for Action*. OECD Publishing.
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 11-18. <https://doi.org/10.1177/1403494810379895>

- Olsen, B. R. (2009). Om å vite best...sammen. Brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2. utg., s. 128-153). Gyldendal Akademisk.
- Opp, S. M. (2017). The forgotten pillar: a definition for the measurement of social sustainability in American cities. *Local Environment*, 22(3), 286-305.
<https://doi.org/10.1080/13549839.2016.1195800>
- Pagliccia, N., Spiegel, J., Alegret, M., Bonet, M., Martinez, B. & Yassi, A. (2010). Network analysis as a tool to assess the intersectoral management of health determinants at the local level: A report from an exploratory study of two Cuban municipalities. *Social science & medicine*, 71, 394-399. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.041>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. SAGE Publications.
- Pedersen-Ulrich, J. (2016). Samskabelse - en typologi. *CLOU Skriftsserie*, (1), 1-15.
<https://centralbibliotek.dk/sites/default/files/dokumenter/Jens%20Ulrich%20Samskabelse%20en%20typologi.pdf>
- Pestoff, V. (2006). Citizens and Co-production of Welfare Services. *Public Management Review*, 8(4), 503-519. <https://doi.org/10.1080/14719030601022882>
- Pestoff, V. (2012). Co-Production and Third Sector Social Services in Europe: Some Concepts and Evidence. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 23(4), 1102-1118. <https://doi.org/10.1007/s11266-012-9308-7>
- Pestoff, V., Brandsen, T. & Verschuere, B. (2012). *New Public Governance, the Third Sector, and Co-Production*. Routledge.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*, (LOV-2008-06-27-71). Miljøverndepartementet.
- Platts-Fowler, D. & Robinson, D. (2013). *Neighbourhood Resilience in Sheffield: getting by in hard times*. Sheffield Hallam University Centre for Regional Economic & Social Research. <https://www.shu.ac.uk/centre-regional-economic-social-research/projects/all-projects/neighbourhood-resilience-in-sheffield>
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research. Principles and methods*. (6. utg.). J. B. Lippincott Company.
- Pollitt, C. (2003). Joined-up Government: A survey. *Political Studies Review*, 1(1), 34-49.
<https://doi.org/10.1111/1478-9299.00004>
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The Collapse and Revival of American Community*. Touchstone.
- Putnam, R., Leonardi, R. & Nanetti, R. Y. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.
- Rantala, R., Bortz, M. & Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int*, 29(1), i92-i102.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dau047>
- Raphael, D. (2003). When social policy is health policy: Why increasing poverty and low income threatens Canadians' Health and Health Care System. *Canadian Review of Social Policy*, 51, 9-29.
<https://crsp.journals.yorku.ca/index.php/crsp/article/view/32490>
- Ratcliff, K. S. (2017). *The Social Determinants of Health. Looking Upstream*. Polity Press.
- Ravneberg, B. (2017). Humanitære organisasjoner - døråpnere eller brobyggere i lokalsamfunnet? I J. R. Andersen, E. Bjørhusdal, J. G. Nesse & T. Årethun (Red.), *Immateriell kapital. Fjordantologien 2017* (s. 109-127). Universitetsforlaget.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (Dokument 3:11, 2014-2015). Riksrevisjonen.
<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>

- Rippon, S. & Hopkins, T. (2015). *Head, hands and heart: asset-based approaches in health care. A review of the conceptual evidence and case studies of asset-based approaches in health, care and wellbeing*. The Health Foundation.
<https://www.health.org.uk/sites/default/files/HeadHandsAndHeartAssetBasedApproachesInHealthCare.pdf>
- Rocco, L. & Suhrcke, M. (2012). *Is Social Capital Good for Health? A European perspective*. WHO. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/170078/Is-Social-Capital-good-for-your-health.pdf
- Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Rye, J. F. (2006). Rural youth's images of the rural. *Journal of Rural Studies*, 22(4), 409-421.
<https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2006.01.005>
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring - Governance på norsk*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Rønnevik, D.-H. & Mæland, J. G. (2020). Lokalt folkehelsearbeid under omstilling: fra sykdomsvern til helsefremmende lokalsamfunn. I J. G. Mæland (Red.), *Sykdommers sosiale røtter*. Gyldendal Akademisk.
- Schafft, K. A. & Brown, D. L. (2000). Social Capital and Grassroots Development: The Case of Roma Self-Governance in Hungary. *Social Problems*, 47(2), 201-219.
<https://doi.org/10.2307/3097198>
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
<https://doi.org/10.1037//0278-6133.4.3.219>
- Seaman, P. (2014). *Resilience for public health: supporting transformation in people and communities*. Glasgow Centre for Population Health.
https://www.gcph.co.uk/assets/0000/4197/Resilience_Briefing_Paper_Concepts_Series_12.pdf
- Segaard, S. B. (2020a). Innledning. I S. B. Segaard (Red.), *Det norske lokaldemokratiets legitimitet. Tillit, deltakelse og ulikhet*. Institutt for samfunnsforskning.
- Segaard, S. B. (2020b). Tillit til norsk lokaldemokrati - deskriptiv empirisk analyse. I A. Haugsgjerd & S. B. Segaard (Red.), *Politisk tillit, lokaldemokrati og legitimitet. Kunnskapsstatus og utviklingstrekk*. Institutt for samfunnsforskning.
- Shareck, M., Frohlich, K. L. & Poland, B. (2013). Reducing social inequities in health through settings-related interventions - a conceptual framework. *Global Health Promotion*, 20(2), 39-52. <https://doi.org/10.1177/1757975913486686>
- Similä, W. & Innstrand, S. T. (2015). Salutogenese gir bedre barnehelse. *Sykepleien*, 7, 58-61.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54641>
- Skidmore, P. & Bound, K. (2008). «We need to dig deeper than voter turnout to find out how European democracies really measure up...». *Everyday Democracy Index*. Demos.
https://www.demos.co.uk/files/EDI_all%20chapters.pdf
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2016). *Helsefremmende lokalsamfunn* (1. utg.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 2012)
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. (Rapport IS-1229). Sosial- og helsedirektoratet.

- St Leger, L. (2003). Health and nature: New challenges for health promotion. *Health Promot Int*, 18(3), 173-175. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag012>
- St.meld. nr 47. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stafford, M., Chandola, T. & Marmot, M. (2007). Association between fear of crime and mental health and physical functioning. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2076-2081. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.097154>
- Statistisk Sentralbyrå. (2020, 06.10.2020). *Tettsteders befolkning og areal*. Hentet 12.07.21 fra <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/tettsteders-befolkning-og-areal>
- Steenbakkens, M., Jansen, M., Maarse, H. & de Vries, N. (2012). Challenging Health in All Policies, an action research study in Dutch municipalities. *Health Policy*, 105(2), 288-295. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.010>
- Stigsdotter, U. K., Ekholm, O., Schipperijn, J., Toftager, M., Kamper-Jørgensen, F. & Randrup, T. B. (2010). Health promoting outdoor environments - Associations between green space and health, health-related quality of life and stress based on a Danish national representative survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(4), 411-417. <https://doi.org/10.1177/1403494810367468>
- Stoudemire, A. (1995). *Psychological factors affecting medical conditions*. American Psychiatric Press.
- Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. Open University Press.
- Strøm, A. & Fagermoen, M. S. (2011). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse. Brukerrepresentanter som samarbeidspartnere. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring - Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 63-81). Gyldendal Akademisk.
- Sullivan, H. & Skelcher, C. (2003). Working Across Boundaries: Collaboration in Public Services. *Health & Social Care in the Community*, 11(2), 183-188. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.04183.x>
- Sund, E. R. & Krokstad, S. (2009). Sosial kapital: Limet som holder folkehelsen sammen? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Gyldendal Akademisk.
- Sætermo, T. F., Gullikstad, B. & Kristensen, G. K. (2021). Å studere fortellinger om integrering i en lokalsamfunnskontekst: en introduksjon til et komplekst forskningsfelt. I B. Gullikstad, G. K. Kristensen & T. F. Sætermo (Red.), *Fortellinger om integrering i norske lokalsamfunn*. Universitetsforlaget.
- Sørensen, E. (2020). *Interactive Political Leadership*. Oxford University Press.
- Sørensen, M. & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, (6), 720-724. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2001--720-4.pdf>
- Sørensen, T., Mastekaasa, A., Kleiner, R., Sandanger, I., Bøe, N. & Klepp, O. M. (2004). Local community mobilisation and mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6(5-16). <https://doi.org/10.1080/14623730.2004.9721939>
- Tallarek nee Grimm, M. J., Helgesen, M. K. & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: concerted action at state and local levels? *Health Policy*, 113(3), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Tellnes, G. (2017). Hvorfor helsefremmende samhandling? I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling. Natur og kultur som folkehelse*. Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thoits, P. (2010). Stress and Health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behaviour*, 51, 41-53. <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>

- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.
- Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Torfinng, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2016a). Samskapelse er bedre og billigere. *Stat og Styring, 1*, 10-14. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-750X-2016-01-05>
- Torfinng, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2016b). *Transforming the Public Sector into an Arena for Co-Creation: Barriers, Drivers, Benefits and Ways Forward*. EGPA 2016, Utrecht. <https://doi.org/10.1177/0095399716680057>
- Torp, S. (2013). Hva er helsefremmende arbeidsplasser, og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk Tidsskrift, 90*(6), 768-779.
- Tveiten, S. (2017). Empowerment og samfunnshelse. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling. Natur og kultur som folkehelse*. Fagbokforlaget.
- Twohig, P. L. & Putnam, W. (2002). Group interviews in primary care research: advancing the state of the art or ritualized research? *Fam Pract, 19*(3), 278-284. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.3.278>
- Tyler, T. R. (2006). *Why people obey the law*. Princeton University Press.
- Urslaner, E. (2002). *The Moral Foundations of Trust*. Cambridge University Press.
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences, 398*-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Vinje, H. F., Langeland, E. & Bull, T. (2017). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis*. Springer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Ward Thompson, C. & Silveririnha de Oliveira, E. M. (2016). Evidence on health benefits of urban green spaces. I A. Egorov, P. Mudu, M. Braubach & M. Martuzzi (Red.), *Urban Green Spaces and Health: A review of Evidence* (s. 9-20). WHO, Regional Office for Europe.
- Weber, M. (2009). *The theory of social and economic organization*. Simon and Schuster.
- Weiss, D., Lillefjell, M. & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. *BMC Public Health, 16*(140). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2811-9>
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I. & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promot Int, 16*(4), 339-353. https://pdfs.semanticscholar.org/908a/7565b70768b337b8a2320494ae6c66a99b3d.pdf?_ga=2.81611223.1524914928.1539468662-1861763166.1539468662
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (1988). *The Adelaide Recommendations: Healthy Public Policy*. WHO.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report from Commission on Social determinants of health*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf
- WHO. (2010). *The Adelaide Statement on Health in All Policies: Moving towards a shared governance for health and well-being* [Report from the International Meeting on Health in All Policies, Adelaide 2010]. WHO. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/d4f9bd0043aee08bb586fded1a914d95/omseet-sahealth->

[100610.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d4f9bd0043ace08bb586fded1a914d95-nKKhqBX](#)

- WHO. (2013a). Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action. *Health Promot Int*, 29(S1), i19-i28. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau035>
- WHO. (2013b). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. WHO.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2012). *Ulikhetens pris. Hvorfor likere fordeling er bedre for alle* [The spirit level. Why equality is better for everyone] (P. Poulsson, Overs.). Res Publica. (Opprinnelig utgitt 2009)
- Winsvold, M. (2020). Lokalpolitikeres politiske tillit. I S. B. Seggaard (Red.), *Det norske lokaldemokratiets legitimitet. Tillit, deltakelse og ulikhet*. Institutt for samfunnsforskning.
- Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Gyldendal Akademisk.
- Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Canadian Journal of Policy Research*, 2(1), 11-17. <http://www.social-capital.net/docs/The%20Place%20of%20Social%20Capital.pdf>
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment Theory. I J. Rappaport & E. Seidman (Red.), *Handbook of Community Psychology* (s. 43-63). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Aarsæther, N. (2016). Lokalsamfunn - mot alle odds? I M. Villa & M. S. Haugen (Red.), *Lokalsamfunn*. Cappelen Damm Akademisk.

Oversikt over tabeller, figurer og bilder

FIGURER:

Figur 1: Ottawa Charteret, hentet fra Similä og Innstrand (2015, s. 61).....	12
Figur 2: Oversikt over sentrale påvirkningsfaktorer med særlig relevans for planlegging (Hofstad, 2019, s. 15).	14
Figur 3: Gradientutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 6)	17
Figur 4: Den sosiale helsedeterminantmodellen av Dahlgren og Whitehead (2009). Illustrasjon hentet fra Mitt Numedal (u.å.).....	18
Figur 5: Helsekontinuumet mellom helse og uhelse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 19)	20
Figur 7: Ulike nivåer av empowerment (Sørensen & Graff-Iversen, 2001, s. 722).....	23
Figur 8: Fordelene med økt input fra innbyggere (Lees-Marshment, 2015, s. 231)	24
Figur 9: Karaktertrekk ved co-creation / tynn samskaping og co-production / tykk samskaping. Hentet fra Kobro (2018, s. 13).	25
Figur 10: Fasene i en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, s. 87).....	34
Figur 11: Oversikt over den kvalitative innholdsanalysen til Graneheim og Lundman (2004), hentet fra Gravdal et al. (2020).	35
Figur 12: Dataflytskjema / mind-map	39
Figur 13: Påvirkningsfaktorene som bidrar til et godt lokalsamfunn i distriktet.	40
Figur 14: Balansen mellom trygghet i å kjenne alle og opplevelsen av overvåkning. Illustrasjon av Mari Knudsen (2022).	58
Figur 15: Arnsteins modell for borgerdeltakelse. Illustrasjon av Mari Knudsen (2022), etter Olsen (2009, s. 153).	62
Figur 16: Ressurssirkel / asset map	63

BILDER:

Bilde 1: Meningsbærende enheter knyttet til forskningsspørsmål 1.....	36
Bilde 2: Oppdeling av meningsbærende enheter til 4 ulike tema, med tilhørende kategorier..	37
Bilde 3: Analysearbeid med assistent.....	38
Bilde 4: Hvordan nordlendinger takler dårlig vær. Illustrasjon av Graff (u.å). Hentet med tillatelse av illustratøren, fra absurdgalleriet.no.....	66

ØVRIGE ILLUSTRASJONER:

Flere av illustrasjonene er tegnet av min kreative venninne Mari Knudsen, på forespørsel. Kanskje er jeg nå en forsker, men noen illustratør? Langt ifra.

Vedlegg

Vedlegg 1: Invitasjonsbrev med samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 4: Dataflytskjemaet fra analyseprosessen

Vil du delta i forskningsprosjektet om helsefremmende lokalsamfunn?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilke faktorer det er som skaper helse og trivsel i ditt lokalsamfunn. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å se nærmere på hvilke faktorer det er som bidrar til helse og trivsel i en distriktskommune, både i kommunesentrum og i en veiløs del av kommunen. Prosjektet er en masteroppgave i studiet Helsefremmende arbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Mitt utgangspunkt er følgende problemstilling:
Hvilke faktorer bidrar til gode, helsefremmende lokalsamfunn i en distriktskommune?

Videre vil jeg se nærmere på hvilken måte dere mener at denne lokale kunnskapen kan brukes for å fremme helse i kommunen, og i hvilken grad dere har tillit til at dette er kjent kunnskap for deres lokalpolitikere.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge (USN) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I studien gjøres et strategisk utvalg, hvor hensikten er å få tak i informanter som kjenner temaet for oppgaven godt. Kriteriene for deltakelse er at du må ha bodd i kommunen i to år eller mer, og at du ikke er en sittende representant i kommunestyret. For å finne informanter har jeg benyttet snøballmetoden, noe som innebærer at informasjonssterke informanter har henvist meg videre til andre aktuelle informanter. Det er med bakgrunn i det at du har fått forespørselen om deltakelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien er en kvalitativ studie, hvor fokusgruppeintervjuer er valgt som metode. Et slikt intervju, med 6-8 informanter i hver gruppe, foregår som en samtale om et gitt tema. I tillegg til informantene og meg som forsker, vil en assistent delta for å skrive notater underveis. Det vil tas lydopptak av samtalene, slik at den i etterkant kan transkriberes uten navn. Intervjuet vil ta om lag 1,5-2 timer, og vil finne sted én gang.

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.

- Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til datamaterialet.

- Det gjøres tiltak for å sikre anonymisering av datamaterialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og alle data vil lagres kryptert og utilgjengelig for andre

I studien vil ingen navn eller personopplysninger presenteres, og det vil ikke publiseres informasjon som gjør den enkelte deltaker gjenkjennelig. Likevel kan beskrivelser av hendelser eller faktorer i lokalsamfunnet kunne gjøre at andre i ditt nærmiljø vil kunne kjenne deg igjen i sitater. Slike sitater vil kun komme med dersom det er av særlig betydning for studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i løpet av sommeren 2022. Lyddoptak og transkripsjoner vil siden slettes 1 år etter godkjent oppgave. Materialet vil være tilgjengelig for student og veileder, og vil lagres kryptert under hele prosjektet.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Sørøst-Norge ved veileder Susanne Hagen (susanne.hagen@usn.no) eller masterstudent Cathrine Jensen (222549@usn.no).
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg (Tlf 35 57 50 53 eller e-post paal.a.solberg@usn.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) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Cathrine Jensen
(Masterstudent/forsker)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om mastergradsprosjektet «Helsefremmende lokalsamfunn», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at gjengivelser av det jeg sier publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (for eksempel ved beskrivelser av hendelser, lokalsamfunn eller andre gjenkjennelige faktorer)
- at det tas lydopptak som slettes etter prosjektets slutt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Innledning

- **Takk for at dere stiller opp!**

Velkommen og takk for at du tar deg tid til å delta.

- **Formålet med intervjuet**

Jeg er student ved Universitetet i Sørøst-Norge, og dette intervjuet vil være en del av datagrunnlaget til min masteroppgave i helsefremmende arbeid.

- **Databehandling og anonymitet**

Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker, og vil transkriberes snarest mulig. Lydfilene vil deretter bli slettet, mens det skriftlige dokumentet vil bli oppbevart etter gjeldende regelverk før det slettes. Transkripsjonen vil anonymiseres. Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata.

- **Tema og innhold for intervjuet**

Valgt tema for min masteroppgave er gode lokalsamfunn, sett fra ulike ståsted. Jeg vil stille åpne spørsmål, både til individuell refleksjon og til felles refleksjon. Jeg er ute etter deres tanker og erfaringer som individer av deres lokalsamfunn.

- **Tidsperspektiv for intervjuet**

Jeg forventer at intervjuet tar omtrent 1,5-2 timer.

Semistrukturert intervju

1. **Hva tenker dere er viktige faktorer for et godt lokalsamfunn?**

Man gis først rom for individuell refleksjon, hvor informantene individuelt noterer ned sine innspill. Deretter går man runden rundt bordet, og alle presenterer sine refleksjoner. Dette er tenkt for å sette tema, utjevne maktforhold og gi plass til alle stemmene, samt varme opp til dialog i gruppa.

- Er det noe dere ønsker å tilføye?
- Har geografiske betingelser betydning?
- Har tilgangen på helsetjenester betydning?

2. **Har du erfart situasjoner eller hendelser hvor du identifiserte opplevelsen av å bo i et godt lokalsamfunn? Kan du fortelle om det?** (Informantene gis tid til å tenke individuelt før de svarer)

3. **Nå har dere beskrevet mange av de faktorene som bidrar til et godt og helsefremmende lokalsamfunn for dere. På hvilken måte kan denne kunnskapen benyttes for å fremme helse og trivsel i kommunen?**
 - a. Hvem kan kunnskapen være nyttig for?

4. **Hva skal til for å gjøre dette til et enda bedre sted å bo for dere?**
 - a. Alternativ: Visst dere skulle skapt drømmesamfunnet, hva ville dere gjort?

5. **I hvilken grad har dere tillit til at lokalpolitikere har oversikt over de faktorene som både hemmer og fremmer helsa til lokalbefolkningen?**

Avslutning

- Oppsummering av samtalen
- Er det noe mer dere vil legge til?
- Tusen takk for at dere stilte opp!

Masteroppgave i helsefremmende arbeid



Referanse

439497

Status

Vurdert

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

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 den 21.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

