

# **Helsepersonells erfaringer med livsmestring på Frisklivssentraler**



Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i Helsevitenskap**

**Masteroppgave 50 stp.**

**Karianne Sand Stangeland**

**Veileder: Kine Gjesdal**

**August 2023**

## **Forord**

Denne masteroppgaven markerer slutten på mastergrad i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Det har vært to berikende og krevende år preget av en bratt læringskurve. Er takknemlig for å få hatt mulighet til å fullføre dette masterstudiet hvor jeg har tilegnet meg nye og nyttige perspektiver som vil være til nytte både som fagperson og som menneske.

Livsmestring i en helsefremmende kontekst har vært et givende tema å fordype seg i. Jeg har i lang tid hatt interesse for å se og forstå «de større linjene» om hvordan ting henger sammen. Bakgrunnen min som sykepleier har også bidratt til å danne en helhetlig faglig forankring. I utøvelsen som sykepleier har jeg vært opptatt av mennesket i en helhetlig kontekst – særlig den psykososiale dimensjonen. Videre er jeg fascinert over hva som skaper helse, ulike livsfenomener, og hva som er med på å forme oss som mennesker i en sosial og kulturell kontekst. Det ble av denne grunn spennende å få mulighet til å få utforske livsmestring.

Jeg vil først rette en stor takk til min veileder, Kine Gjesdal, ved Universitetet i Stavanger for god faglig veiledning, støtte og motivasjon gjennom hele prosessen. Uten dine råd og innspill hadde det ikke vært mulig! Også mine foreldres hjelp til barnepass hadde jeg ikke klart meg foruten – så tusen takk! Og tusen takk til min mann og mine to døtre for tålmodighet og forståelse. Og til slutt vil jeg ikke minst takke alle ansatte ved Frisklivssentralene som har bidratt med å sette av tid til å delta i prosjektet.

Kvinesdal, 25. august 2023

## Sammendrag

**Bakgrunn** for denne studien var en økning av psykiske helseutfordringer i befolkningen siste årene. Dette har blant annet medført et økende behov for gode og helhetlige helsefremmende tjenester i kommunene. **Hensikt** med studien var å undersøke helsepersonell ved Frisklivssentraler sin forståelse av «livsmestring» som begrep, og hvordan de erfarte helsetilbudene ved Frisklivssentralen kunne fremme livsmestring til kommunens innbyggere. **Teoretisk** innfallsvinkel var folkehelsearbeid med en videre avgrensning til en salutogen forståelse. Det ble valgt en fenomenologisk-hermeneutisk design, med kvalitative gruppeintervju inspirert av fokusgruppe som **metode**. Ett intervju ble individuelt. Intervjuguide var semistrukturert. Inklusjonskriteriet for deltagerne i studien var at de var ansatt klinisk i en Frisklivssentral og hadde en stilling på 50 % eller mer. Induktiv og tverrgående analysestrategi ble anvendt og det ble brukt en tematisk analyseform etter Braun og Clarke. **Funnene** indikerte at helsepersonell ved Frisklivssentraler hadde en mangefasettert forståelse av livsmestringsbegrepet. Noen opplevde det som individualiserende, strebersk og altomfattende, mens mange også så på det som et helhetlig begrep som kunne bidra til å skape sammenheng i tjenestene, samt gi den enkelte en opplevelse av å være et helt menneske. Videre viste det seg at informantene erfarte at livsmestring kunne komme til uttrykk på ulike måter i tjenestetilbudet; alt fra det kroppslige og konkrete til mentale verktøy og tankesett. Flere av informantene så verdien i økt kompetanse rundt livsmestring som konsept for å kunne jobbe mer helhetlig, men dette ville også kreve en endring og innovasjon i ytre rammer i kommunehelsetjenesten; ulike samarbeidsformer, organisering og ressurstilgang.

## **Abstract**

**The background** for this study is based on an increase in mental health challenges of the population in the recent years which has further led to an increasing need for good and comprehensive health-promoting services in the municipalities. **The purpose** of the study was to investigate the understanding of the concept “coping of life” of health workers at the Healthy Life Centre, and how they experienced the health services at the Healthy Life Center could promote coping of life among the citizens. **The theoretical** approach was public health work with a further delimitation to a salutogenic understanding. A phenomenological-hermeneutic design was chosen, with qualitative group interviews inspired by focus group as a **method**, among which one interview was individual. Semi structural interview guides were prepared. Those employed clinically with 50 % and more position at a Health Life Center were the informants of the study. Inductive and transversal analysis strategies were applied, and analysis was done using Braun and Clark’s thematic analysis. **The findings** indicated that health workers at Healthy Life Centre had a multifaceted understanding of term “coping of life”. Some experienced it as individualizing, striving and all-encompassing, while others interpreted it as a holistic concept that could help create coherence in the services, and thereby give the individual an experience of being a whole person. Furthermore, the informants found that coping of life could be expressed in different ways based on the services provided; everything from the material and concrete to mental tools and mindsets. Several informants valued the increased competence in “coping of life” as a concept in order to work more holistically. However, this would also require a change and innovation in the external frameworks; different forms of cooperation, organization and access to resources.

# INNHALDSFORTEGNELSE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....  | <b>6</b>  |
| 1.1 BAKGRUNN FOR STUDIEN.....  | 6         |
| 1.2 TIDLIGERE FORSKNING .....  | 7         |
| 1.2.1 <i>Forskning knyttet til gjennomføring og ivaretagelse av livsstilsendringer blant deltagere på Frisklivssentraler</i> ..... | 7         |
| 1.2.2 <i>Forskning knyttet til aktuelle kurs rettet mot psykisk helse</i> .....  | 8         |
| 1.3 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....   | 11        |
| 1.4 SENTRALE BEGREPER .....  | 11        |
| 1.4.2 <i>Helse</i> .....   | 11        |
| 1.4.3 <i>Livsmestring</i> .....  | 12        |
| <b>2.0 TEORETISK FORANKRING</b> .....  | <b>14</b> |
| 2.1 FOLKEHELSEARBEID .....   | 14        |
| 2.1.1 <i>Sykdomsforebyggende arbeid</i> .....  | 15        |
| 2.1.2 <i>Helsefremmende arbeid</i> .....   | 15        |
| 2.1.3 <i>Frisklivssentraler</i> .....  | 16        |
| 2.2 SALUTOGENESE.....  | 17        |
| 2.2.1 <i>Opplevelse av sammenheng</i> .....  | 18        |
| 2.2.2 <i>Generelle motstandsressurser</i> .....  | 19        |
| 2.2.4 <i>Fra helsens elv til livets elv</i> .....  | 20        |
| <b>3.0 METODISK TILNÆRMING</b> .....   | <b>21</b> |
| 3.1 FORSKNINGSDESIGN .....   | 21        |
| 3.1.1 <i>Forforståelse</i> .....   | 21        |
| 3.2 UTVALG OG REKRUTTERING .....   | 23        |
| 3.3 INNSAMLING AV DATA.....  | 23        |
| 3.4 ANALYSE .....  | 25        |
| 3.5 TROVERDIGHET .....   | 27        |
| 3.6 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER.....  | 29        |
| <b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN</b> .....  | <b>31</b> |
| 4.1 LIVSMESTRING SOM SAMMENSATT BEGREP .....   | 31        |
| 4.1.1 <i>Livsmestring som grunnlag for en helhetlig og subjektiv helseforståelse</i> .....   | 31        |
| 4.1.2 <i>Livsmestring som strebersk og krevende</i> .....  | 32        |
| 4.1.3 <i>Livsmestring som samfunnsutfordring</i> .....   | 32        |
| 4.2 LIVSMESTRING SOM KOMPLEKS UTFORDRING FOR KOMMUNEHELSETJENESTEN .....   | 33        |
| 4.2.1 <i>Individuell støtte til livsmestring</i> .....   | 34        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.2.2 Den sosiale betydningen for livsmestring.....   | 36        |
| 4.2.3 Livsmestring som grunnlag for helhetlige tjenestetilbud .....                                   | 37        |
| 4.2.4 Fragmenterte tjenester som utfordring.....  | 40        |
| <b>5.0 DISKUSJON .....</b>  | <b>43</b> |
| 5.1 LIVSMESTRING I ET HELSETEORETISK PERSPEKTIV .....   | 43        |
| 5.2 PSYKISK (Å VÆRE) VERSUS FYSISK (Å GJØRE) .....  | 47        |
| 5.3 SELVOPTIMALISERING OG INDIVIDUALISERING VERSUS REALISTISKE<br>FORVENTINGER OG MENINGSFULLHET..... | 52        |
| 5.4 FRA TEORETISK BEGREP TIL PRAKTISK UTFØRELSE? .....  | 56        |
| <b>6.0 AVSLUTNING .....</b>   | <b>59</b> |
| 6.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING .....   | 60        |
| <b>LITTERATURLISTE.....</b>   | <b>61</b> |
| <b>VEDLEGG .....</b>  | <b>70</b> |
| Vedlegg 1: Godkjenning NSD .....  | 70        |
| Vedlegg 2: Invitasjon til studie og samtykkeerklæring .....   | 70        |
| Vedlegg 3: Intervjuguide.....   | 70        |
| Vedlegg 4: Tabell 1 .....   | 70        |
| Vedlegg 5: Transkripsjonsregler .....   | 70        |

## 1.0 INTRODUKSJON

### 1.1 Bakgrunn for studien

Psykiske helseproblemer synes å være blant de største folkehelseutfordringene i Norge i dag og som stadig blir viktigere å satse på, både ut fra individ -og samfunnsperspektiv (Lien & DeMarinis, 2017, s. 128; Meld. St. 19 (2014-2015), s. 23). En høy andel av befolkningen rapporterer om stress, bekymring og redusert fornøydhet med helsen, selv om folkehelsen med objektive mål viser betydelig bedring (Lian, 2007, s. 37; Mæland, 2009, s. 127; Nes et al., 2022). Tellnes (2017a, s. 16) skriver at flere har en opplevelse av å «ikke mestre livets utfordringer». Folkehelseinstituttets folkehelse rapport, sist oppdatert 2023, viser til flere studier som har målt psykiske plager over tid (Tesli et al., 2014). Blant de siste og større nasjonale studiene er «Levekårsundersøkelsen 2019» og «Livskvalitet i Norge 2021» (Statistisk sentralbyrå, 2019; Statistisk sentralbyrå, 2021). Ellers er Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT-studien) betegnet blant de større studiene som tyder til økende forekomst av angst og depresjon blant unge voksne fra 1995 til 2019 (Krogstad et al., 2022). Årsakene til de tilsynelatende økte psykiske helseutfordringer og synkende tilfredshet med egen helse finnes det ingen enkle svar på. Det virker å være sammensatt av en rekke ulike faktorer på mikro- og makronivå (Nes et al., 2021; Statistisk sentralbyrå, 2021; Tesli et al., 2014).

Norge skal ut fra nasjonale og internasjonale føringer satse på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Folkehelsemeldingene «Mestring og muligheter» og «Gode liv i et trygt samfunn» setter blant annet livskvalitet og mestring i fokus, og det blir fremhevet som egen målsetting i helsepolitikken (Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 19 (2018-2019)). I regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) kalt «Mestre hele livet» (Departementene, 2017, s. 8) er en av strategiens overordnede mål å gjøre *psykisk helse* som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Folkehelse loven (2011) samt Helse -og omsorgstjenesteloven (2011) tydeliggjør videre kommunens ansvar og plikt i folkehelsearbeidet. I regjeringens strategi for god psykisk helse (Departementene, 2017, s. 14) står det i den forlengelse at «over halvparten av kommunene rapporterte i 2014 at psykisk helse er blant deres største utfordringer, men langt færre visste om tiltak de kunne sette inn. De rapporterte både om manglende kunnskap om hva som virker, men også mangel på tiltak og verktøy. Kommunene forklarte dette blant annet med at psykisk helse ikke har vært del av folkehelsearbeidet på samme måte som de klassiske levevanetemaene». Videre skriver de at «tjenestene stort behov for faglig utvikling, nye samarbeidsformer og innovasjon». Dette

begrunnes med at tjenestene til dels er fragmenterte og dårlig koordinert (Departementene, 2017, s. 29).

Frisklivsentraller (FLS) er en del av den nasjonale strategien for å fremme en sunn livsstil blant befolkningen. Dette er helsefremmende- og forebyggende tilbud som er etablert i samtlige kommuner – og det er dette som blir denne studiens innfallsvinkel. Basistilbudet på FLS angår støtte og hjelp til livsstilsendring som sunt kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt (Helsedirektoratet, 2011, s. 8). Dette er betydningsfulle faktorer i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og studier tyder på at rådene som anbefales for å fremme helse og forebygge livsstilssykdommer, bidrar også til å fremme god psykisk helse (Bramsæther et al., 2017; Choi et al., 2019; Das & Horton, 2012; Levine et al., 2021; Lien & DeMarinis, 2017, s. 129; Mammen et al., 2013; Singh et al., 2023). I FLS sin Veileder fra Helsedirektoratet (2011, s. 8, s. 10) står det videre at FLS skal ha en helhetlig tilnærming med å fremme psykisk helse så vel som fysisk helse, samt «mestring av egen livssituasjon». Noen FLS har dermed også kurs rettet direkte mot psykisk helse, selv om dette ikke regnes som basistilbudet.

## 1.2 Tidligere forskning

Livsmestring synes å være et relativt nytt begrep. Lavt treff på studier etter forskningssøk bekrefter dette. Videre er forskning knyttet til FLS er primært relatert til livsstilsendring som angår fysisk aktivitet og kosthold. Men kursene på enkelte FLS som retter seg forebyggende mot milde til moderate psykiske plager synes på generelt grunnlag å inneha god dokumentasjon og evaluering å støtte seg på. For øvrig er det slik at de psykiske helsekursene ikke er eksklusive for FLS. Jeg vil først kortfattet ta for meg forskning direkte knyttet til FLS som jeg finner aktuell og relevant for studiens tematikk, og deretter forskning relatert til de ulike psykiske helsekursene.

### 1.2.1 Forskning knyttet til gjennomføring og ivaretagelse av livsstilsendringer blant deltagere på Frisklivsentraller

I en doktorgradsavhandling fra Sevild (2021) ble det undersøkt prosessen og resultatet i livsstilsendring blant deltagere ved FLS. En av de tre studiene viste at en høy andel av deltagerne som deltok på FLS viste høy grad av psykologisk stress (Sevild et al., 2020a). Videre viste en av studiene at faktorer som var viktige for å ivareta livsstilsendring var; motivasjonen for forandring var selvbestemt, kognitive og adferdsmessige ferdigheter i å mestre stress og utfordringer for emosjonell ubalanse og nødvendigheten av spesifikke ferdigheter til selvregulering i prosessen (Sevild et al., 2020b). Sevild (2021, s. 100-101)



skriver at FLS bør fremover adressere mestringsferdigheter for emosjonell regulering. Det å endre livsvaner er en kompleks prosess, og det viser seg å være stort frafall blant deltagerne på FLS. Dersom en kan klare å hjelpe deltagerne i å mestre frustrasjon og negative følelser kan dette forhåpentligvis reduseres (Sevild, 2021, s. 100). En svakhet ved disse studiene er at forsker har forsket på egen arbeidsplass samt at studiene er relativt små og lokale.

Samdal (2019) har i sin doktorgrad forsket på intervensjoner i adferdsforandringer blant deltakere på FLS. En av studiene er en systematisk kunnskapsoppsummering som viste at for at deltagerne ved FLS skal klare å ivareta endringer, er det sentralt med personsentrert og autonomistøttende veiledningstilnærming. Dette involverte det å sette mål for egen adferd og registrere egen adferd. Studien konkluderer med at resultatene kan bidra til å identifisere nødvendig kompetanse i veiledning for varig endring (Samdal et al., 2017).

En kvalitativ studie utført av Følling et al. (2023) undersøkte hva som fremmet og hemmet en langtidsopptåelse av livsstilsendringer blant deltagerne på FLS. Studien konkluderer med at det å fokusere på endringer tilpasset deltagerens individuelle livssituasjon og ha en tilnærming som innebærer små endringer, kan ha en positiv effekt for endring av helsevaner i et lengre perspektiv.

Hotvedt (2022) undersøkte i en mastergradsstudie suksessfaktorer ved FLS, og hva deltagerne ved FLS anså som viktig for gjennomføring av livsstilsintervensjon. Funnene viste at faste avtaler var viktige – som forplikter og gir motivasjon – og de ansattes kompetanse var av stor betydning. Andre aspekter som var viktige var at deltagerne opplevde at målene ble laget på deres premisser, og at de følte seg sett og hørt av de ansatte. Sosial kontakt med de andre deltagerne var også en vesentlig faktor som blant annet bidro til motivasjon. I en mastergradsstudie av Moum (2022) viste resultatene at det som var betydningsfullt for deltagerens motivasjon var samspill, fellesskap og støtte fra de andre deltagerne og de ansatte, og den skreddersydde planen de fikk i helsesamtalene. Det at de følte seg sett og møtt som individer var av stor betydning.

### 1.2.2 Forskning knyttet til aktuelle kurs rettet mot psykisk helse

I helsedirektoratets Veileder for Frisklivssentraler (2011, s. 17), sist oppdatert 2022, anbefales det psykisk helsekursene Kurs i mestring av depresjon (KiD), Kurs i mestring av belastning (KiB) og Hverdagsglede. I veilederen står det at «kursdeltagerne har rapportert om mer glede i hverdagen og økt livsmestring» (Helsedirektoratet, 2011, s. 17). Jeg har funnet *fire* relevante

kurs som enkelte FLS per dags dato tilbyr, hvor to av dem er står i Helsedirektoratets anbefaling: Kurs i mestring av belastning, Hverdagsglede, Tankevirus og Livsstyrketrening.

Kurs i mestring av belastning (KiB) er et stress- og mestringskurs som baseres på kognitiv adferdsteori og stressteori (Børve et al., 2009, s. 4; Helsedirektoratet, 2019). Den bygger videre på kurs i mestring av depresjon (KiD) og er utviklet av psykolog Trygve Arne Børve, psykiater Odd Steffen Dalsgaard og psykiatrisk sykepleier Anne Nævra. Kurset er for personer som er i en vanskelig periode med ulike livsbelastninger og er ment med som forebyggende mot psykiske vansker (Børve et al., 2009, s. 4). Ifølge Helsedirektoratet (2011, s. 17) er dette kurset godt evaluert og prøvd ut i Norge med god effekt med tanke på å redusere depresjon. Denne evalueringen baserer seg på studier fra 2004 (Dalgard) og 2016 (Sælid et al.), hvor den førstnevnte tar utgangspunkt i KiD. Ofte er det psykologer fra psykisk helse som hjelper med å holde dette kurset. En FLS skriver at kurset går over 10 ganger, 1 dag i uken og at hver samling er på 2,5 timer (Bergen kommune, u.å.)

Hverdagsglede er navnet på et annet kurs som tilbys ved enkelte FLS og som tar utgangspunkt i internasjonal forskning på folkehelse og livskvalitet. Kurset er basert på de fem viktigste aktivitetene som kan bidra til å fremme god helse: *være oppmerksom, være aktiv, fortsatt å lære, knytte bånd og gi* (Rådet for psykisk helse, 2017, s. 2). Kurset er bygget på den britiske modellen *Five Ways to Wellbeing* som henter inspirasjon fra positiv psykologi hvor øvelsene går ut på å ta i bruk egne ressurser og oppmerksomhetstrening for å redusere stress og forebygge og mestre dårlig helse (Aked et al., u.å, s. 13-14, s. 18). Kursrekken i Norge er videreutviklet av Rådet for psykisk helse, i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, spesialpedagoger og Frisklivssentraler. Hverdagsglede er blitt pilotert hvor det ble testet av 28 kursledere fra 12 FLS, i tillegg har 116 kursdeltakere gitt sine gode tilbakemeldinger (Rådet for psykisk helse, 2017, s. 13; Rådet for psykisk helse, 2018 s. 10). Det pågår videre flere forskningsprosjekter som tester effekten av Hverdagsglede (Rådet for psykisk helse, u.å.). Blant annet et prosjekt som avsluttes i 2025, fra Folkehelseinstituttet i samarbeid med Rådet for psykisk helse. Dette prosjektet tar for seg effekter av Hverdagsgledekurset hvor målgruppen for kurset er personer med fysiske eller psykiske helseproblemer, ofte sammensatte, eller som faller utenfor arbeidsliv eller andre sosiale aktiviteter (Stiftelsen Dam, u.å.).

I tillegg pågår et prosjekt som undersøker en digital kortversjon i et samarbeid bestående av PROMENTA ved psykologisk institutt i Oslo (folkehelseinstituttet) og Rådet for psykisk

helse (Universitetet i Oslo, 2021). FLS som tilbyr kurs i Hverdagsglede gjennomfører dette gjerne 6 ganger med varighet på 2,5 timer per kurs (Stavanger kommune, 2023).

Tankevirus er et tredje mestringskurs utviklet av psykolog Hanne H. Brorson, og er basert på grunnprinsipper fra normalpsykologi, kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi (Brorson, 2022). Bakgrunnen for utviklingen av kurset var å gjøre psykologi og psykisk helse mindre abstrakt og mer håndterbart og konkret ved å bruke velkjente begreper som virus, vitaminer og immunforsvar. Det foregår nå et forskningsprosjekt for å evaluere Tankevirus-kurset for å undersøke i hvilken grad deltagerne opplever endring i symptomer på stress, depresjon og angst (Tankevirus, u.å). Brorson (2022, s. 9) skriver; «Alle har et psykologisk immunforsvar som jobber for den enkelte av oss skal ha best mulig psykisk helse – akkurat som kroppens immunforsvar jobber for at vi skal ha best mulig fysisk helse. Men der kroppens immunforsvar må bekjempe alt fra tett nese til kreft, må det psykologiske immunforsvaret takle alt fra en ufin kommentar til dødsfall i nær familie». Disse mekanismene som angriper måten du tenker på kaller hun da for «tankevirus» og kommer med ulike «psykologiske vitaminer» som kan være til hjelp for å styrke det «psykologiske immunforsvaret». I kurset lærer deltageren om normalfungering, hvordan tanker påvirker vår psykiske helse i hverdagen, og hvordan du kan identifisere negative tanker og på en hensiktsmessig måte forholde deg til dem. Det ble i november 2021 lansert en app i samarbeid med helsedirektoratet som kan benyttes gratis av alle. Flere FLS tilbyr også Tankevirus, hvor det typisk holdes tre samlinger på to timer (Arendal kommune, u.å).

Livsstyrketrening er et norsk konsept som fikk sin start i tilknytning til en doktorgrad i 2001 av Liv Haugli og Eldri Steen. Konseptet har videre blitt utviklet av blant annet Heidi A. Zangi og Tone Ringdal, og bygger på fenomenologi, gestalspsykologi, konfluent pedagogikk og mindfulness (Steen & Haugli, 2016, s. 17). Kurset tilbys ved noen få FLS og står ikke oppført i den nasjonale Veilederen for Frisklivssentraler. Kurset skal lære deltakerne om oppmerksomt nærvær og de skal forstå hvordan tanker, følelser og kroppslige reaksjoner henger sammen for å styrke forståelsen over hvilke ressurser, muligheter og valg den enkelte har i sin livssituasjon (Steen & Haugli, 2016, s. 27-28). Det er gjort noen studier på livsstyrketrening og hva det baserer seg på og viser seg å ha god effekt på kroppslige smerter og psykisk ubehag (Zangi et. al 2009; Zangi et al. 2011; Zangi et al. 2012; Zangi et al. 2017). Det er nevneverdig utviklere selv av kurset som har utført denne forskningen. Det er også tre mastergradsstudier fra 2020 (Haugen), 2021 (Sjørbotten), og 2021 (Holdt-Aanensen) som tar for seg livsstyrketrening og opplevelser og erfaringer deltagerne på FLS har av kurset. I alle

disse kvalitative studiene kommer det frem at kurset hadde positiv effekt ved at de blant annet fikk en større opplevelse av sammenheng, empowerment, mestring, bedre håndtering av stress i hverdagslivet og økt selvforståelse. Deltagerne i kurset Livsstyrketrening møtes 10 ganger og det er på 4 timer hver gang (Steen & Haugli, 2016, s. 30).

### 1.3 Hensikt og problemstilling

Det er blitt gjort en rekke studier på hvordan deltagere opplever de ulike helsetilbudene ved FLS. Denne studien ønsker i større grad å rette blikket fra individnivå til systemnivå ved å utforske hvordan *helsepersonell* erfarer tilbudene. Videre ønsker jeg å sette «endringer av levevaner på tankeplanet» på agendaen. Begrunnelsen for dette er at flere av deltagerne sliter med komplekse livssituasjoner og lav grad av psykisk helse, som i den forlengelsen tenkes å være en av årsaksfaktorene til det store frafallet fra FLS sine tjenester (Sevild et al., 2020a; Sevild et al., 2020b). Begrepet som vil bli belyst og utforsket videre i denne studien er *livsmestring*. Dette er et begrep som trolig kan være med på å danne en helhetlig ramme for helsetjenestetilbudet ved FLS. Hensikt med studien blir å undersøke helsepersonell ved FLS sin forståelse av livsmestring som begrep og hvordan de erfarer at helsetilbudene ved FLS kan fremme livsmestring til kommunens innbyggere. Problemstillingen lyder:

«Hvordan forstår helsepersonell ved Frisklivssentraler begrepet livsmestring og hvordan erfarer de livsmestring kommer til uttrykk i tjenestetilbudet?»

### 1.4 Sentrale begreper

Jeg vil nå kort redegjøre for to sentrale begreper i studien; helse og livsmestring.

#### 1.4.2 Helse

Definisjon og forståelse av «helse» har betydning for hvordan vi arbeider for å fremme helse. Hva betyr det å ha god helse? Helse er et mangfoldig begrep som kan forstås på ulike måter ut fra person, tid, sted og kultur (Mæland, 2016, s. 26). Det er med andre ord et relativt og subjektivt fenomen med flere dimensjoner og lar seg dermed vanskelig definere. Noen definisjoner får kritikk enten for å være for reduksjonistiske *eller* for altomfattende. Det finnes likevel ulike *perspektiver*, og de mest sentrale kan en si er å se på helse som *fravær av sykdom og symptomer* (tilstand), helse som *velbefinnende* (opplevelse) og helse som *ressurs* (egenskap) (Mæland, 2009, s. 13, s. 55).

Helsevesenet er tradisjonelt preget av en forståelse som innebærer helse som fravær av sykdom – dette benevnes som den *biomedisinske helsemodellen* (Mæland, 2009, s. 142). Sterk

tro på naturvitenskap med medisinen i spissen fremmer på mange måter dette synet (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 30-31; Lian, 2007, s. 9). Da ser en på helse som noe mer objektivt – en målbar tilstand – som betyr at dersom alle kroppslige målinger og funksjoner er fungerende og innenfor den statistiske normen, så har personen god helse. Den *biopsykososiale helsemodellen*, som ble gjort kjent av Engel i 1977, beskriver derimot helse som summen av et gjensidig samspill mellom indre og ytre faktorer på mikro og makronivå (Mæland, 2009, s. 21, s. 37). Helse kan her bli forstått som både et velbefinnende og en ressurs.

Et holistisk syn på helse vil dreie seg om å mestre de varierende livsbetingelsene og påkjenningene mennesket utsettes for gjennom livet (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 41). Helse blir i dette perspektivet vevd inn i menneskets hele liv og livssituasjon, hvor helse forstås som en ressurs som gir mennesket tilpasningsevne, mestring, styrke og motstandskraft. Helse blir dermed ikke tilstedeværelsens endelige mål, noe man har eller ikke har, men sees på som et kontinuerlig forløp og prosess gjennom livet, og som et middel for å oppnå andre goder i livet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 42; Mæland, 2009, s. 136). Eksempler på slike helseforståelser finner vi blant annet i Hjort, Illich og Erikssons syn på helse. Hjort (1994, s. 95) definerer helse som «et overskudd i forhold til hverdagens krav» og beskriver helse som en evne eller kapasitet til å mestre livets uunngåelige vanskeligheter. Illich (1975, s. 135-136) ser også på helse som en tilpasningsprosess, og mener at for å bevare helse må man akseptere livets realiteter. Lidelse står ikke i motsetning til helse, men en forutsetning for liv. Han skriver videre at helsen er et resultat av «selvstendig, samtidig kulturbetinget reaksjon på en sosialt frembragt virkelighet» (Illich, 1975, s. 135). Eriksson (1984) skriver at: «helse har ingen betydning i seg selv om ikke livet har noen mening, og derfor må vi forstå helse som noe utover helse, som livet selv» (sitert i Mæland, 2009, s. 86). Disse forståelsene blir dermed med på å bygge helsen inn i selve eksistensen.

#### 1.4.3 Livsmestring

Livsmestring sees på som et relativt nytt begrep. I norsk kontekst har livsmestring særlig blitt anvendt i styringsdokumenter innen pedagogisk virksomhet. For eksempel ble det benyttet i Regjeringens strategi for god psykisk helse i forbindelse med barnehage og skole (2017-2022, s. 43-44). I 2020 ble det innført i skolens nye læreplan som et tverrfaglig emne kalt «Folkehelse og livsmestring». Grunnlaget for denne avgjørelsen var at det ut fra ungdomsundersøkelser viste en økning i psykisk uhelse blant ungdom (Eriksen et al., 2017, s. 13). Prebesen og Hegstad (2017, s. 10) i Landsrådet for barne -og ungdomsorganisasjoner (LNU)

skriver «En manglende evne til å mestre livets utfordringer kan ses som en hovedårsak til psykiske helseplager, noe som i dag er et voksende problem for barn og unge».

Lazarus og Folkman (1984, s. 141) definerer mestring som «et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personene». Mestring blir dermed teknikker eller strategier mennesket anvender i møte med utfordringer. *Livsmestring* defineres av Prebesen og Hegstad (2017, s. 5) som «å utvikle ferdigheter og tilegne seg praktisk kunnskap som hjelper den enkelte til å håndtere medgang, motgang, personlige utfordringer, alvorlige hendelser, endringer og konflikter på en best mulig måte, samt å skape en trygghet og tro på egne evner til å mestre også i fremtiden». Kunnskapsdepartementet (2017, s. 13) skriver at «Livsmestring dreier seg om å kunne forstå og å kunne påvirke faktorer som har betydning for mestring av eget liv». Verdens helseorganisasjon (WHO, 1994, s. 3) bruker begrepet «life-skills», som kan oversettes til livsferdigheter eller livskompetanse. «Life-skills» defineres av WHO (1994, s. 1) som “abilities for adaptive and positive behaviour that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life”. WHO (1994, s. 1) lister opp 10 “core life-skills” som oversatt til norsk blir; selvbevissthet, empati, kritisk tenkning, kreativ tenkning, beslutningstaking, problemløsning, effektiv kommunikasjon, mellommenneskelige relasjoner, stressmestring og følelsemestring. Livsmestring virker å romme prosesser som gir ressurser til å tåle motstand, og Drugli og Lekhal (2018, s. 11) skriver at det er nær sammenheng mellom fysisk helse, psykisk helse og livsmestring.

## 2.0 TEORETISK FORANKRING

### 2.1 Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid favner om både det å *reduere* risiko for sykdom og skade, samt *fremme* folks helse og livskvalitet (Mæland, 2016, s. 11). Begge disse tilnærmingene bygger på egne ideer og har egne arbeidsmetoder. De blir dermed både sett på som radikalt forskjellige, samtidig som de begge blir sett på som nødvendige og komplementære strategier (Mæland, 2016, s. 15, s. 17). Folkehelsearbeid blir i Folkehelseloven (2011, § 3) definert 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». Folkehelseloven (2011) samt Helse -og omsorgstjenesteloven (2011) tydeliggjør *kommunens* ansvar og plikt i folkehelsearbeidet.

- Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen (Folkehelseloven, 2011, § 4-1)
- Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3)

Befolkningen som helhet er særlig sentral i dette arbeidsfeltet, men det betyr ikke at det ikke jobbes individrettet (Mæland, 2016, s. 11). Derfor blir det riktig å si at folkehelsearbeid utøves på flere samfunnsnivå og arbeidet bygger på flerfaglig erfaring og innsikt (Mæland, 2016, s. 13). Virkeligheten er kompleks, og det krever at folkehelsearbeidet tar i bruk flere ulike innfallsvinkler og prosesser. Folkehelsearbeid bygger ellers på en ide om at befolkningens helse er samfunnets viktigste kapital, og investering i denne typen arbeid blir dermed en sentral og viktig samfunnsoppgave (Mæland, 2016, s. 20). Denne samfunnsoppgaven inkluderer da alle samfunnssektorer. Men folkehelsearbeid synes likevel ikke alltid å bli prioritert da effekten ofte ikke blir synlig før langt frem i tid, om det i det hele tatt på en målbar måte lar seg påvise noen effekt i form av økonomisk lønnsomhet eller påvist økt livskvalitet (Mæland, 2016, s. 23, s. 25).

### 2.1.1 Sykdomsforebyggende arbeid

Sykdomsforebyggende arbeid har tradisjonelt sett blitt sett på som hovedstrategien i folkehelsearbeidet og dreier seg om hva som skaper sykdom og hva vi skal unngå (Mæland, 2016, s. 15). Den bygger på en biomedisinsk sykdomsmodell og er reduksjonistisk og teknokratisk i sin tilnærming (Green et al., 2019, s. 31; Mæland, 2016, s. 17). Man deler hensikten gjerne opp i tre (Mæland, 2016, s. 16):

- Primær sykdomsforebygging: Hindre eller utsette skade og sykdom hos friske individer
- Sekundær sykdomsforebygging: Stanse utvikling av sykdom og/eller tilbakefall av en sykdom
- Tertiær sykdomsforebygging: Redusere de følgende sykdommen får for funksjon, mestring og livskvalitet.

*Individuell* sykdomsforebygging vil gjerne preges av den kliniske ekspertdrevne arbeidsmåten hvor en fagperson diagnostiserer for så å legge opp en behandling for å forhindre utviklingen av sykdommen eller redusere risiko for sykdom (Mæland, 2016, s. 16). Når sykdomsforebyggende arbeid drives på *gruppe- eller befolkningsnivå*, skjer det gjerne gjennom helseopplysning eller forebyggende tiltak som fjerning av skadelige stoffer i miljøet, tilsetning av vitaminer i matvarer eller vaksinasjon (Mæland, 2016, s. 16).

### 2.1.2 Helsefremmende arbeid

Idegrunnet til helsefremmende arbeid bygger i stor grad på den internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid som fant sted i Ottawa i 1986 i regi av Verdens Helseorganisasjon (Lindström & Eriksson, 2015, s. 38; Mæland, 2016, s. 76). Det såkalte «Ottawa-charteret» som ble utformet betraktes som et sentralt utgangspunkt for den helsefremmende tilnærmingen, og sees fortsatt på som et radikalt brudd mot det tradisjonelle folkehelsearbeidet (Mæland, 2016, s. 76). Helsefremmende arbeid dreier seg ikke om å fjerne eller redusere sykdom og risikofaktorer, men om å *fremme folks helse* (Mæland, 2016, s. 15). Helsefremmende arbeid tar altså sikte på faktorene som kan styrke ressursene for god helse og livskvalitet (Mæland, 2016, s. 17). Disse faktorene kan være miljømessige, sosiale, samfunnmessige, kulturelle eller individuelle (Mæland, 2016, s. 76). Helse blir i dette perspektivet både sett på som en *ressurs* samtidig som *velbefinnende* og *livskvalitet* (Mæland, 2016, s. 27). Helse forstås videre mer som en sosial modell og har et samfunnsvitenskapelig grunnlag (Mæland, 2016, s. 17).



Mæland (2016, s. 17) definerer helsefremmende arbeid som «prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inne på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse». Sentralt i denne tenkningen blir dermed ideen om å gi økt kontroll og makt til folks evne til å påvirke helsen. Demokratiske prosesser, myndiggjøring og brukermedvirkning blir på denne måten betydningsfulle komponenter i denne strategien (Lindström & Eriksson, 2015, s. 40; Mæland, 2016, s. 17). Et av hovedformålene med helsefremmende arbeid er også å redusere ulikhetene i helse blant befolkningen (Tellnes, 2017a, s. 19).

### 2.1.3 Frisklivssentraler

Frisklivssentraler (FLS) er et helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud til lokalbefolkningen i kommunene. Den første FLS ble etablert i Modum kommune 1996, og i 2012, da nytt lovverk kom for å tydeliggjøre kommunenes ansvar i folkehelsearbeidet, ble alle kommuner anbefalt å opprette FLS (Ekornrud, 2016, s. 19). Helsedirektoratet (2011, s. 10) skriver i «Veileder for kommunale Frisklivssentraler» at FLS har som formål å gi kunnskapsbasert støtte til å fremme helse, endre levevaner og mestre helseutfordringer. I veilederen står det videre: «Det handler om å legge til rette for deltakelse i prosesser som utvikler ferdigheter, kunnskap og ressurser, som setter personer i stand til å mestre egen livssituasjon, og til å ta valg som fremmer helsen» (Helsedirektoratet, 2011, s. 10).

Basistilbudet og kjernen til FLS er å gi støtte til fysisk aktivitet, kostholdsendring, snus- og røykeslutt, risikofylt alkoholforbruk og søvnvansker (Helsedirektoratet, 2011, s. 8). Dette gjøres via strukturert og tidsavgrenset individuell veiledning og gruppebaserte tilbud (Helsedirektoratet, 2011, s. 10). Anbefalt tidsperiode er 12 uker (Helsedirektoratet, 2019). Med dette skal FLS bidra til helhetlige, sammenhengende og koordinerte helsetjenester og til utjevning av sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2011, s. 8). Deltagerne henvises fra primær- eller spesialisthelsetjenesten, NAV eller ved å kontakte FLS på eget initiativ (Helsedirektoratet, 2011, s. 11). Henvisningen er en såkalt frisklivsresept. Målgruppen til FLS er personer som har risiko for, eller som har utviklet langvarige og sammensatte helseplager, men er ellers også åpent for alle personer som ønsker hjelp til en endring i livet (Helsedirektoratet, 2016). Innbyggerne skal kunne delta på FLS uavhengig av helseutfordringer og diagnose (Helsedirektoratet, 2011, s. 13). Et viktig aspekt er samarbeid med andre offentlige og private helsetjenesteytere samt frivillige organisasjoner og tilbud i lokalmiljøet. Slik kan brukeren ledes videre dersom aktuelt (Helsedirektoratet, 2011, s. 8-9).

I 2019 hadde 60 % av Norges kommuner etablert FLS (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 4). Men tallet er truet i stadige lokale nedprioriteringer som har ført til nedgang per 2022 (Mathisen et al., 2022). Undersøkelser fra Statistisk sentralbyrå (2020, s. 35) viser videre at det er betydelig variasjon i antallet årsverk ved FLS og hvilken faglig bakgrunn disse har. Det er heller ikke sjeldent at disse også har andre arbeidsoppgaver i kommunen. Den største yrkesgruppen vi finner ved FLS er fysioterapeuter, som utgjør 58 % per 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 35). Andre yrkesgrupper som også er representert i 2019 er: sykepleiere (8 %), pedagoger (7 %), bachelor ernæring (6 %), ergoterapeuter (5 %), ernæringsfysiolog (3 %), erfaringskonsulent (1%) og psykolog (15 %). Gruppen «andre» utgjør 15 %, og dette kan være utdanningsretninger som; bachelor eller master i folkehelse, personlig trener, helsesykepleier, idrettspedagog, miljøterapeut, sosionom, familieterapeut og så videre (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 35).

## 2.2 Salutogenese

Salutogenese sees på som det teoretiske rammeverket for helsefremmende arbeid (Lindström & Eriksson, 2015, s. 15). Salutogenese kan videre ses på som et metateori som skaper helhet, samt en overordnet orientering, tilnærming, tankesett og grunnholdning til *livet* (Antonovsky & Sagy, 2022, s. 23; Lindström & Eriksson, 2015, s. 8, s. 15, s. 43; Mittelmark & Bauer, 2022, s. 7). Teorien startet med da sosiologen Aaron Antonovsky etter andre verdenskrig spurte seg hva det var som gjorde at enkelte kvinner, etter å ha vært i konsentrasjonsleir, klarte seg på lik linje i livet som kvinner under ordinære livsløp; hvordan var dette mulig? (Lindström & Eriksson, 2015, s. 14). Salutogenese bygger med andre ord på spørsmålet om hvordan mennesker kan oppleve god helse til tross for ekstreme belastninger som det utsettes for gjennom livet (Antonovsky, 1979, s. 36, s. 56). Teoriens fundament blir da fokuset på hva som forårsaker *helse*, i motsetning til patogenesen, som er diagnosefokuseret og legger vekt på hva som forårsaker til *sykdom* (Antonovsky, 2012, s. 35-36). Saluto kommer fra salus som betyr *helse*, og genese kommer fra genesis som betyr *opprikkelse* (Langeland, 2017, s. 38).

Antonovsky presenterte teorien først i 1979 med boken «Health, Stress and Coping» og ble så videre utviklet i 1987 med boken «Unravelling the Mystery of Health». Han erfarte selv det var utfordrende å komme igjennom med dette paradigme, da patogenesen preget og preger vår moderne tenkning i så stor grad og ligger i systemets ryggmarg (Antonovsky, 1996, s. 14). Antonovsky var samtidig også åpen og ydmyk for endringer i teorien og oppfordret alle til å fortsette å stille spørsmål (Vinje, Langeland & Bull, 2022, s. 44). Salutogenese kan sånt sett sees på som en dynamisk teori i utvikling.

Antonovsky opererte ikke selv med et tydelig helsebegrep (Mittelmark & Bauer, 2022, s. 10). Men en kan påstå at salutogenese representerer et bredere perspektiv på helse (Langeland, 2017, s. 40). Helse blir sett på som ressurs, mestring og livskvalitet, og beskrives videre som et *kontinuum* mellom den subjektive opplevelsen av god helse og den subjektive opplevelsen av dårlig helse (Antonovsky, 1979, s. 48; Langeland, 2017, s. 40). Dette helsekontinuumet gjør at helse og sykdom ikke utelukker hverandre (Antonovsky, 1979, s. 40; Antonovsky, 2012, s. 27). De fleste befinner seg et sted imellom disse ytterpunktene og helse blir dermed ikke noe enten-eller. Helse blir da en dynamisk og relativ tilstand som påvirkes av en rekke såkalte salutogene faktorer, i motsetning til den diktome klassifiseringen av mennesket som enten syke eller friske (Antonovsky, 2012, s. 27, s. 36; Lindström & Eriksson, 2015, s. 20).

### 2.2.1 Opplevelse av sammenheng

Opplevelse av sammenheng (OAS) blir ifølge Antonovsky svaret på det salutogenetiske spørsmålet (Antonovsky, 1979, s. 160; Mittelmark & Bauer, 2022, s. 11). Det vil si at OAS den viktigste salutogene faktoren som påvirker vår opplevelse av helse. OAS er definert som «en helhetlig holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgripende, varig, men dynamisk tillitt til at ens indre og ytre miljø er forutsigbart, og at det er stor sannsynlighet for at ting vil gå så godt som man med rimelighet må kunne forvente» (Antonovsky, 2012, s. 17). OAS er satt sammen av tre sammenvevde dimensjoner (Antonovsky, 2012, s. 39-42; Langeland, 2017, s. 39; Lindström & Eriksson, 2015, s. 28):

- Begripelighet (tanke): Den kognitive komponenten. Hvordan en forstår utfordringer slik at det ikke oppleves som tilfeldig, uventet og uorganisert. Realistisk forståelse er avgjørende.
- Håndterbarhet (handling): Den adferdsmessige og instrumentelle komponenten. Hvordan individet løser utfordringer på en god måte. Tett knyttet opp til ressursene individet har til rådighet.
- Meningsfullhet (følelse): Den emosjonelle komponenten. Må ha en indre motivasjon til å stå i utfordringene som da oppleves som verdt investering og engasjement. Vi er til syvende og sist mest drevet av følelsene våre – følelsene er drivkraften i våre liv.

Individer med en sterk OAS opplever altså belastende situasjoner som begripelige, håndterbare og meningsfulle, og de velger ofte en konstruktiv tilnærming til situasjonen. Alle tre dimensjoner påvirker hverandre gjensidig, men den emosjonelle komponenten – meningsfullhet – sees på som den viktigste livsdrivkraften (Antonovsky, 2012, s. 43-44). OAS kan også sees på som en *mestringsressurs*, som vil si en ressurs for å håndtere

belastninger i livet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 46). Men Antonovsky (2012, s. 148) var tydelig på at OAS *ikke* var en bestemt mestringsstrategi. En person med sterk OAS benytter den mestringsstrategien som tenkes å være best egnet til å håndtere stressfaktoren han eller hun må takle. OAS betraktes først og fremst som en *livsinnstilling* – en måte å tenke og handle på som menneske (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28). Lindström & Eriksson (2015, s. 47) skriver at «en sterk OAS er forbundet med god helse, spesielt psykisk helse, som er et begrep som overlapper med livskvalitet». Ifølge Lindström & Eriksson (2015, s. 46) viser internasjonal forskning at en sterk OAS beskytter mot angst, depresjon, håpløshet og utbrenthet, og har en positiv korrelasjon med robusthet, optimisme og mestring. På systemnivå er det generelle funn som tyder på at den salutogene tilnærmingen gir befolkninger som er mer tilbøyelige til å velge positiv helseadferd, har høyere stresstoleranse, er mindre utsatt for sykdom, har mer kortvarig og sjeldnere behov for å benytte seg av helsevesenet og lever lengre (Lindström & Eriksson, 2015, s. 53).

### 2.2.2 Generelle motstandsressurser

De salutogene faktorer som fremmer OAS og helse, blir i salutogenesen kalt *mestringsressurser* eller *generelle motstandsressurser (GRR)* (Antonovsky, 1979, s. 99; Langeland, 2017, s. 39; Lindström & Eriksson, 2015, s. 30). Dette kan være individuelle og kollektive ressurser som kan fremme mestring av spenning i krevende livssituasjoner, og blir av Antonovsky definert som «enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» (referert i Langeland, 2017, s. 39). Dette står i kontrast til patogenesen som fokuserer på å minimere risikofaktorene (Langeland, 2017, s. 41). Den salutogene tilnærmingen har som et hovedmål å øke individets innsikt i egen mestringsevne, og øke evnen til å bruke ressurser på en betydningsfull måte, og på denne måten håndtere livsutfordringer (Antonovsky, 2012, s. 17). Interaksjonen mellom individ og omgivelser vil alltid være i endring, og det blir dermed ikke mulig å gi en fullstendig liste over de eksisterende motstandsressursene (Langeland, 2017, s. 39). Motstandsressurser kan for eksempel være egoidentitet, fysikk og biokjemi, kvaliteten på sosial støtte, intelligens, kunnskap, religion, verdier, materielle forhold og gode mestringsstrategier (evnen til å regulere følelser) (Antonovsky, 1979, s. 103; Antonovsky, 2012, s. 16, s. 50). OAS og helse blir med andre ord påvirket av utallige forhold, både på individnivå og sosioøkologisk plan i form av interne og eksterne faktorer, som er gjensidig interagerende (Langeland, 2017, s. 40).

#### 2.2.4 Fra helsens elv til livets elv

Metaforen om «helsens elv» illustrerer Antonovskys grunnleggende syn på virkeligheten og blir av flere sett på som et paradigmeskifte (Lindström & Eriksson, 2015, s. 24). Elven blir brukt som en metafor på livet og hvordan helse kan erverves. Med dette så alminneliggjøres stress, motstand og belastninger i livet, da livet er i konstant bevegelse med ulike strømninger som en ikke kan si seg trygg fra (Langeland, 2017, s. 39). Før eller siden vil livet oppleves som stressende, kaotisk og usikkert, og salutogenesen fremhever altså en forståelse av at vi ikke oppnår helse ved å unngå stress eller ved symbolsk å bygge broer for å hindre folk i å falle i vannet. Vi oppnår bedre helse ved å lære oss å svømme. Helse handler da i overført betydning om «å svømme på best mulig måte» (Langeland, 2014, s. 14). Det salutogene spørsmålet til Antonovsky (2012, s. 104) ble da: «Hva former ens evne til å svømme bra?».

Antonovsky (2012, s. 36, s. 157) ønsket å få frem at livet ikke lar seg ikke kontrollere fullt og helt ut og at uforutsigbarhet og stressede følelser er allestedsværende og en naturlig del av tilværelsen, ikke et onde som må bekjempes til enhver pris. Dette utdypes videre i det Antonovsky (2012, s. 26, s. 35) beskriver som *heterostase*, som tilsier at økende entropi og aldring er iboende trekk ved alle levende organismer. Videre kan stress være enten patogent, nøytralt eller salutogent (Antonovsky, 2012, s. 31). Enten gir man etter for stress og opplever et sammenbrudd i patogen retning, eller takler påkjenningen og beveger seg i en salutogen retning (Antonovsky, 1979, s. 96; Lindström & Eriksson, 2015, s. 18). Av dette utledes at man beveger i retning av helse på kontinuumet. Stress kan i en salutogen tilnærming derfor forstås som potensielt helsebringende, motsetning til patogenesen som fremstiller det som sykdomsskapende (Antonovsky, 2012, s. 36; Langeland, 2017, s. 41).

Lindström og Eriksson (2015, s. 23) har arbeidet videre med modellen «helsens elv» hvor helse er byttet ut med *livet*. Elvestrømmen går da i retning *liv*, som representerer den sentrale kraften og retningen. Lindström og Eriksson (2015, s. 24) skriver: «Elven er, i likhet med livet, full av risikoer og ressurser, men utfallet for den enkelte avhenger av vår innstilling og læring gjennom livets erfaringer hvor vi etter hvert opparbeider oss evnen til å identifisere og bruke de nødvendige ressursene til å øke mulighetene for å bedre helse og til syvende og sist et bedre liv». Lindström og Eriksson (2015, s. 23) påpeker dessuten at Antonovsky formulerte seg også eksplisitt om ressurser for *livet* i sin helhet.

### 3.0 METODISK TILNÆRMING

Jeg skal nå presentere studiens metodiske tilnærming: Forskningsdesign, utvalg og rekruttering, innsamling av data og analyse. Jeg vil også diskutere studiens troverdighet og ta en forskningsetisk vurdering. Metodiske overveielser fremkommer underveis i kapittelet.

#### 3.1 Forskningsdesign

På bakgrunn av studiens hensikt og problemstilling ble det valgt en kvalitativ tilnærming med hermenutisk-fenomenologisk design. Denne metodologien får frem erfaringer, opplevelser, meninger, tanker, holdninger, synspunkter, oppfatninger og tolkning rundt et gitt tema og/eller fenomen (Drageset & Ellingsen, 2008, s. 24-25; Malterud, 2017, s. 31; Nielsen et al., 2021, s. 108). Videre ble forskningsdesignet *eksplorativt*, som vil si studien skal utforske et begrep som det er lite forsket på tidligere. Dette gir større fleksibilitet til å ta valg underveis og mulighet til å ta hensyn til uventede forhold. Dette resulterte i at designet ble mer hermeneutisk i sin tilnærming med en kontinuerlig læringsprosess, da hensikt, problemstilling og intervjuguide videreutviklet seg gjennom prosessen.

*Fenomenologi* er en studie av det subjektive som angår menneskets *livsverden*. Livsverdenen er en sosial og kulturell verden som vi kommuniserer og handler i, og som vi ofte tar for gitt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46-47; Nielsen et al., 2021, s. 112). Ut fra et ontologisk perspektiv er det ifølge fenomenologien dette, fremfor den materielle fysiske verden, som er den eksisterende realitet og primære virkeligheten (Nielsen, et al., 2021, s. 97, s. 108). Særlig innfor samfunnsvitenskapen er subjektivitet en sentral komponent (Malterud, 2017, s. 27).

*Hermeneutikken* baserer seg på mye av det samme, men drar det videre i form av en mer fortolkende, reflekterende og meningsbærende tilnærming (Nielsen et al., 2021, s. 118). En undersøker da også abstrakte meninger og holdninger, leser *mellom* linjene og forstår fenomenet ut fra en sosial og kulturell kontekst (Drageset & Ellingsen, 2008, s. 28).

Hermeneutikken gir på denne måten en tolkningshorisont til det fenomenologien beskriver, og hermeneutisk-fenomenologisk design ble dermed sett på som velegnet til denne studiens formål.

##### 3.1.1 Forforståelse

*Forforståelse* er helt sentralt å reflektere og redegjøre over ved fenomenologisk-hermeneutisk metodologi. Dette fordi vi alle har en forforståelse som kan prege vårt valg av metode, valg av perspektiver, forståelse av empirien og fenomenets essens. Ved å ikke reflektere over dette kan dette hindre meg i å være åpen og fordomsfri i møte med informantene og å se på teksten

med friske øyne (Nielsen et al., 2021, s. 113). I fenomenologien settes forforståelse i parentes, imens i hermeneutikken brukes denne aktivt. Det hermeneutisk-fenomenologiske paradigme avviser dermed forestillingen om at forskeren er i en nøytral rolle uten innflytelse på kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017, s. 41). Forforståelse inngår i den *hermeneutiske spiral* som videre består av fortolkning og ny forståelse. Man beveger seg hele tiden mellom del og helhet (Drageset & Ellingsen, 2008, s. 26). Fortolkningen av empirien fører til en dypere og ny forståelse som så blir utgangspunktet for en ny fortolkning igjen og så videre. Prosessen fortsetter til det er en tredje forståelse – horisontsammensmelting; forskerens og den studerte tingen er forent (Nielsen et al., 2021, s. 116). Men, ingenting blir noen gang fortolket definitivt ferdig (Drageset & Ellingsen, 2008, s. 26). Epistemologisk sett blir kunnskapen alltid åpen for videre fortolkning, og en endelig universell, objektiv og generaliserbar kunnskap kan ikke erverves av mennesket, da kunnskap er dynamisk, kontekstavhengig og foranderlig (Malterud, 2017, s. 18, s. 43). Dette foster opp om en ydmykhet og en erkjennelse av ens egen påvirkning på forskningsprosessen samt «sannheten» som sådan.

Selv har jeg ingen erfaring innen frisklivsarbeid. Jeg vurderte dette til å være en styrke i min rolle som forsker, siden jeg kom nøytral og åpen inn i fagfeltet uten antagelser, motiver og intensjoner. Dette er noe som ifølge Malterud (2017, s. 20) er med på å øke refleksivitet. Samtidig har jeg kjent på en mulig utfordring knyttet til dette, fordi jeg var noe usikker, særlig i starten, på om studiens problemstilling og vinkling faktisk var aktuell og hensiktsmessig. Første intervju fungert derfor som *pilotintervju*, hvor jeg brukte ekstra tid på slutten for å spørre om de opplevde tematikken som relevant. Jeg fikk gode tilbakemeldinger fra informantene, hvor én blant annet uttrykte at hun ble engasjert. Usikkerheten min medførte likevel til at jeg gikk flere runder med meg selv om studiens relevans og justeringer på problemstilling. Videre hadde jeg ingen særlige forhåndstanker om begrepet livsmestring før oppstart av studien, men var heller preget av en psykisk-helse-orientert forståelse. Min forståelse av livsmestring utviklet seg gjennom forskningsprosessen ved at den gikk fra å være psykisk helse-orientert til mer helhetlig. Malterud (2017, s. 121) skriver at man i kvalitative studier ikke skal tviholde på problemstilling da det blir sett på som «misforstått lojalitet». I tillegg må det sies at min tilegnede forforståelse bærer preg av pensum på mastergradsstudiet i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Sentrale bidragsytere har vært; John Gunnar Mæland, Per Fugelli og Aaron Antonovsky. Det må likevel påpekes at jeg også har søkt kilder selvstendig og som ligger utenfor universitetets pensum, og valgt teori og artikler som jeg fant relevant i etterkant av dataanalysen.

### 3.2 Utvalg og rekruttering

Ut ifra valgt metodisk tilnærming ble utvalg av informanter *strategisk* (Drageset & Ellingsen, 2008, s. 29). Utvalget bestemmer hvilke side av saken vi kan si noe om og er av stor betydning for *informasjonsstyrken* (Malterud, 2017, s. 57-58). Utvalget, dataen, må være både variert og relevant slik det kan gi oss dybde og bredde i det vi lurte på (Malterud, 2017, s. 58). I studien ønsket jeg en *heterogen* gruppe av informanter som består av helsepersonell med ulike bakgrunn. Slik kunne studien få frem det den hadde som formål, samtidig som flere nyanser av ett og samme fenomen kunne fremtone seg (Malterud, 2017, s. 59).

Inklusjonskriteriet var at de skulle være ansatt ved en FLS og ansatt i 50 % eller mer i klinisk arbeid. Rekruttering foregikk ved å sende ut invitasjon med samtykkeerklæring (se vedlegg 2) på e-post til leder, fagansvarlig eller koordinator, som videre formidler informasjonen til aktuelle informanter. Jeg sendte til totalt 6 ulike FLS og alle ønsket å delta. Med bakgrunn i betraktningene ovenfor og studiens rammebetingelser, vurderte jeg utvalget til å kunne få en tilfredsstillende informasjonsstyrke. Dette vil si at jeg anså det som tilstrekkelig nok til å gi et rikt datamateriale (Malterud, 2017, s. 64). Dette diskuteres noe mer under «Troverdighet».

### 3.3 Innsamling av data

For å samle inn data til å svare på problemstillingen ble det valgt *kvalitativt forskningsintervju* som metode, som egner seg for å forstå verden sett fra informantenes side (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Videre ønsket jeg å få frem ulike forståelser blant ansatte ved FLS som gruppe, og planla dermed i starten av prosjektet å organisere intervjuene i *fokusgrupper*. Fokusgrupper kunne gi et godt materiale når jeg ville utforske fenomener som gjelder felles erfaringer i en gruppe som helhet (Lerdal & Karlsson, 2008, s. 2; Malterud, 2017, s. 70). Videre styres fokusgruppeintervju mer av deltagerne enn forskeren sammenliknet med gruppeintervju, og denne interaksjonsprosessen kan gi en dynamisk synergieffekt med å mobilisere assosiasjoner og ulike innfallsvinkler (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179-180; Lerdal & Karlsson, 2008, s. 4). Dette kunne føre til mer variert data og høy informasjonsstyrke. Det viste seg at det kun var ansatt en til tre personer ved FLS i de mindre kommunene, noe som vanskeliggjorde fokusgruppeintervju. I tillegg var det flest fysioterapeuter som deltok og alle var kvinner (se vedlegg 4). Dette reduserte heterogeniteten og det bar kanskje derfor mindre preg av diskusjon og motstridende oppfatninger, noe som kunne svekke informasjonsstyrken. Dette, sammen med få informanter i hver gruppe, førte til at intervjuet bar mer preg av *gruppeintervju* fremfor fokusgruppe, slik det opprinnelig var påtenkt. Tilbakemeldingene fra informantene var likevel positive. Det at de fikk beskjed i



forkant av intervjuet, om at det var fokusgruppeintervju og hva det innebar, gjorde ifølge dem selv at de ble mer bevisst på å diskutere og samtale *sammen* da det åpnet opp for det.

Malterud (2017, s. 139) skriver dessuten at det er mulig å gjennomføre gruppeintervju *inspirert av* fokusgruppertilnærming. Det ble gjennomført totalt 6 intervjuer med varighet på omkring en time per intervju.

Jeg intervjuet informantene sammen gruppevis (i ett intervju var det kun én informant), hvor det ble 1 intervju per FLS. Dette kunne bidra til økt trygghet og tillitt i gruppen som ga gode betingelser for meningsutveksling. På den andre siden kunne kollegialt samhold også være et hinder i å være ærlig, i frykt for å skape konflikter og uenigheter seg imellom. De ansatte var også antakelig relativt samstemte da de var kolleger med stort sett de samme erfaringer, og det hadde kanskje gitt enda mer rikt datamateriale ved å intervju ansatte fra flere FLS *sammen*. Men en mulig svakhet ved denne løsningen kunne blitt at det i større grad kunne stenge for avvikende synspunkter og at den enkeltes stemme kunne blitt nedtonet. Ikke minst kunne det blitt vanskelig å finne en dato som passet for alle. Videre ble det vesentlig å være en god *moderator*; skape en vennlig atmosfære og passe på at alles synspunkter kom frem (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179). Min opplevelse var at dette gikk fint. Dynamikken i intervjuene var konstruktiv og det at informantene selv var påpasselige med å gi plass til andre var med å bidra til dette. Som intervjuer var det viktig å tilrettelegge for at alle fikk komme med sine meninger, tanker og refleksjoner. Dette innebar blant annet at jeg var bevisst på å åpne opp for andre tilføyelser før vi gikk videre til neste tema eller spørsmål. En annen detalj var det å «tåle stillhet», gi tid og rom, etter at et spørsmål var stilt.

På grunn av valgt datainnsamlingsmetode, som opprinnelig var fokusgruppeintervju, ønsket jeg å holde det mest mulig åpent og fleksibelt med overordnede temaer. Intervjuguiden skulle på denne måten heller fungere som supplement dersom det stopper opp eller trengte en ny retning – som moderator måtte jeg lede og holde fokus i intervjuet (Lerdal & Karlsson, 2008, s. 6). Det ble derfor laget en *semistrukturert* intervjuguide ved å operasjonalisere inn i ulike temaer med tilhørende intervju spørsmål (Nielsen, et al., 2021, s. 131). Intervju spørsmålene var hermeneutisk inspirerte da jeg undersøkte abstrakt tenkning og informantenes refleksjoner fremfor konkrete erfaringer (Nielsen et al., 2021, s. 140). Innledningsvis startet intervjuene åpent og generelt, men etter hvert til å bli mer spesifikke og relevante til problemstillingen. Ideen bak en litt forsiktig start er å gjøre informantene komfortable, samt å skape en god atmosfære for intervjuet. Intervjuet var strukturert med følgende temaer: 1) Frisklivssentralens

rolle og organisering, 2) Helsetilbudene i relasjon til livsmestring og 3) Psykisk helse og livsmestring i et samfunnsperspektiv (se vedlegg 3).

Semistrukturert intervjuguide ga meg som uerfaren forsker og intervjuer større grad av fleksibilitet under intervjusettingen og kunne justere litt underveis, samtidig som jeg hadde noen faste tema og spørsmål å forholde meg til. Intervjuguiden ble anvendt som en ramme, hvor jeg også kunne fravike noe underveis med oppfølgingsspørsmål dersom et interessant poeng eller vinkling dukket opp og som kunne være relevant å få mer data på (Nielsen et al., 2021, s. 139). Malterud (2017, s. 115) fremhever at det er viktig å ikke tviholde på intervjuguiden i datainnsamlingen og analysen for å unngå å «snuble» i forforståelse. Intervjuguiden ble på denne måten et levende dokument som ble justert litt på etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Jeg valgte ikke å sende intervjuguide på forhånd for å unngå mulige fabrikkerte svar ved at de leser seg opp på forhånd, at de føler de skal presentere noe og for å fremme en mer naturlig samtale. Ut fra hermeneutisk-fenomenologisk tenkning var jeg ute etter abstrakte synspunkter, perspektiver, holdninger og tolkninger i tillegg til beskrivelse av konkrete individuelle erfaringer og tanker (Nielsen et al., 2021, s. 134).

Intervjuene ble holdt fysisk ansikt-til-ansikt på de respektive FLS på et rolig uforstyrret sted. Dette skulle bidra til en større grad av naturlig kontekst og samspill (Nielsen et al., 2021, s. 138). Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, som er velegnet når empirien består av samtaledata (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205; Malterud, 2017, s. 73). Da kunne jeg konsentrere meg om tematikken, dynamikken og non-verbalt språk. Umiddelbart etter intervjuet ble det satt av litt tid til å notere ned observasjoner og tanker jeg hadde under og etter intervjuet, siden dette kunne hjelpe meg med dataanalysen. Deretter ble intervjuet transformert fra talespråk til skriftspråk – transkribert – påfølgende dag (se vedlegg 5). På denne måten ble intervjuene tilgjengelig for analyse senere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Jeg transkriberte først litt grovt for å få et helhetsbilde, for deretter å gjøre det mer grundig. Malterud (2017, s. 80) legger vekt på at forskeren bør transkribere selv, spesielt som nybegynner i forskningsfeltet. Dette kan være et hjelpemiddel for å styrke den vitenskapelige kvaliteten på analysearbeidet.

### 3.4 Analyse

Ut fra fenomenologisk-hermeneutisk metodologi ble det i analysedelen vekslet mellom del og helhet i form av dekontekstualisering og rekontekstualisering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237; Malterud, 2017, s. 85; Nielsen et al., 2021, s. 118). Analysetilnærmingen var *induktiv*,

siden jeg gikk åpent ut for å utforske problemstillingen og tilstrebet en empiristyrte analyse hvor jeg gikk fra det konkrete til det abstrakte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 124-125). Jeg forsøkte å la forforståelsen være i parentes og teori ble valgt i etterkant av analysen. Kvale & Brinkmann (2015, s. 225) skriver likevel at ofte er det vanskelig å holde seg strengt til induktiv *eller* deduktiv tilnærming, og ofte brukes det en kombinasjon. Videre var strategien i analysen *tverrgående*, som vil si at jeg analyserte på tvers av alle intervjuene samtidig (Nielsen et al., 2021, s. 181, s. 183). Dette gjorde jeg fordi jeg ville undersøke hva fenomenet og temaet livsmestring betyr for en gruppe som er sammenliknbare, og det ble dermed lettere å holde å holde kontakt med konteksten og oversikten over datamateriale.

I denne studien ble det valgt *tematisk analysemetode* (TA) etter Braun og Clarke, da denne skal være fleksibel og pragmatisk å anvende (Malterud, 2017, s. 95). Ifølge Braun og Clarke (2006, s. 77-78) er denne analysemetoden god å starte med som uerfaren forsker da denne gir «kjerneferdigheter» som kan brukes til å lære andre analysemetoder senere. Braun og Clarke (2018) fremhever viktigheten av å redegjøre for forforståelsen som forsker, og hvordan du på en transparent måte tolker og velger ut måten du går frem på. TA forklares i seks faser, hvor man kan bevege seg flytende og organisk alt ettersom (Braun & Clarke, 2006, s. 86-87). Dette erfarte jeg også selv i prosessen hvor det ble nødvendig å gå mange runder opp og ned i de ulike fasene.

1. *Bli kjent med datamateriale*: Først noterte jeg spontane stikkord, betraktninger og refleksjoner underveis som jeg transkriberte intervjuene. Leste så oppmerksomt gjennom den transkriberte teksten flere ganger og gjorde meg kjent med den – fikk et overblikk og dannet meg et helhetsinntrykk. Skrev også ned her «semantiske tema» som kom opp. Braun og Clarke (2006, s. 84) skriver at semantiske tema er tema som dannes direkte på bakgrunn av datamaterialet, uten noen videre form for analyse eller generaliseringer på et høyere plan.
2. *Koding av datamateriale*: Deretter fargekodet jeg de ulike transkriptene, skrev ut, klippet sitater og utførte systematisk koding på bakgrunn av datamateriale, slik induktiv tilnærming tilsier. Det vil si at kodene besto av ord direkte hentet fra informantens uttalelser eller ord jeg selv utformet. Ved å ha det visuelt foran meg ble det mer oversiktlig og håndterbart for meg, samtidig som fargekodene hjalp meg å holde orden på hvilke sitater som hørte til hvilke intervjuer. Kodene er de minste analysedelene som blir brukt til å lage de større temaene senere.

3. *Søke etter potensielle temaer*: Neste steg var å systematisere relaterte koder inn i mer overordnede temaer. Fra dekontekstualisering, hvor jeg så på delene («splitting»), gikk jeg altså til rekontekstualisering («lumping»), hvor delene ble syntetisert inn i en ny og helhetlig sammenheng. Her var jeg bevisst på å ikke falle for fristelsen for å navngi tema som likner de i intervjuguiden. Da jeg var ferdig ble alle kodene oppbevart under samme tema i en pose, samtidig som de var separert med en strikk som holdt kodene hver for seg inni posen. I tillegg hadde jeg en egen pose med «leftovers» hvor de var separert ut fra hvilket intervju de tilhørte.
4. *Gjennomgang*: Så gjennomgikk jeg grundig og kritisk temaer og kodene på nytt for å raffinere. Gir de mening? Overlapper de? Kan de deles mer opp? I denne fasen slo jeg noen tema sammen, flyttet på og nyanserte med å dele noen mer opp og satte sammen på nytt.
5. *Navngi temaene*: Så ble de ulike «latente temaene» navngitt og definert. Braun og Clarke (2006, s. 84) skriver at latent tema ser mer overordnet på hva som er blitt sagt og setter det i et større perspektiv. Etter denne prosessen kom jeg frem til det jeg opplevde som essensen.
6. *Fremstilling av funn*: Til slutt gikk jeg fra analyse til tolkning med å systematisk sammenfatte funnene i form av tekst. Dette resulterte til oppgavens neste kapittel «Presentasjon av funn». Utvalgte sitater fra datamaterialet ble også med for å illustrere dimensjoner av temaene. Det ble tatt med totalt 26 sitater til slutt. En svakhet jeg så i etterkant var at det var noe skeivfordeling av informantsitater, hvor sitater fra informant 6A forekommer noe mer enn de andre (6 ganger). Ellers forekom de fleste fra 1 til 4 ganger og var i større grad jevnt fordelt. Jeg valgte ut sitatene ut fra relevans for studien, og dermed ble det naturlig at noen kom sterkere frem da noen hadde mer refleksjoner og erfaringer å dele. Det forekom for eksempel følgelig ingen sitater fra intervju 4, som var et individuelt intervju av en ansatt om var nyutdannet fysioterapeut -22 og hadde vært vikar i noen måneder (se vedlegg 4).

### 3.5 Troverdighet

Troverdighet er det overordnede begrepet som brukes i kvalitativ forskning om *pålitelighet*, *gyldighet* og *overførbarhet* i studien (Drageset & Ellingsen, 2008, s. 32). Ellingsen og Drageset (2011) skriver at det er en glidende overgang mellom disse begrepene, da for eksempel en forutsetning for å få gyldige data, er at de er pålitelige.

Pålitelighet innebærer nøyaktighet og konsistens. Det innebærer også å være transparent om hvordan en har gått frem gjennom forskningsprosessen (Drageset & Ellingsen, 2008, s. 33). Det å ha et bevisst forhold til forforståelse og refleksivitet er avgjørende her. Med refleksivitet menes det at vi «utvikler motforestillinger og argumenterer der vi ser våre beslutninger og tolkninger i forhold til alternative muligheter» (Malterud, 2017, s. 192). Det var her kritisk viktig å være bevisst rollen, innflytelsen og påvirkningskraften jeg hadde på forskningsprosessen. Selv om jeg prøvde å gå nøytralt og åpent inn i datamateriale, bar jeg preg av min forforståelse som igjen var preget av pensumlitteratur på masterstudiet (se tidligere beskrivelse av forforståelse). For å unngå å følge et spor jeg selv hadde valgt ut, måtte jeg dermed vise en evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter i form av tvil og ettertanker samt et åpent sinn med plass for uventede konklusjoner (Malterud, 2017, s. 19). Malterud (2017, s. 41) skriver at «uansett hvilken forskningsmetode vi bruker eller hva slags forskningsprosjekt vi skal gjennomføre, vil forskerens person påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne». Påliteligheten ble økt ved å skrive ned forforståelse samt logger etter hvert intervju hvor jeg får frem mine tanker og eventuelle justeringer i studien på en transparent måte med tanke på intervjuguide og problemstilling. Intervjuguiden ble noe justert gjennom hele datainnsamlingsprosessen i henhold til hermeneutisk tankegang.

Når jeg skulle reflektere rundt gyldigheten satte jeg spørsmålstegn om studien hadde undersøkt det den skulle undersøke (Ellingsen & Drageset, 2011). I denne første fasen skulle jeg, slik jeg tolket det for å øke gyldigheten, gjentatte ganger spørre meg om hva var det jeg egentlig ønsket med denne studien og være kritisk til problemstilling og hensikt. Her var veileder til særlig god hjelp og fungerte som en *forskervalidering*. Jeg brukte også parafrasering under intervjuene for å få bekreftelse på om jeg hadde forstått informantene riktig, slik at jeg sikret en størst mulig grad av felles forståelse i datamateriale. Dette kaller Malterud (2017, s. 193) for *dialogisk validering*. Dersom jeg observerte at noen strevde med å forstå spørsmålet, passet jeg på å utdype det for å sikre riktig forståelse. Jeg økte også gyldigheten på studien med å ta meg god tid på å transkribere for å bevare korrekt datamateriale. Dette innebar også å lytte en ekstra gang gjennom lydopptakene for å sikre nøyaktig transkribering.

Overførbarhet betyr i hvilken grad funnene har gyldighet utover utvalget og konteksten. Dette betydde at jeg vurderte om funnene kunne være meningsfulle, nyttige og anvendbare slik det kunne få en praktisk relevans (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 289). I kvalitativ forskning vil dette ikke bety det samme som ved kvantitativ forskning med et positivistisk paradigme, da

resultatene ikke kan generaliseres til populasjonsnivå, men heller danne grunnlag for modeller som kan brukes til å *forstå* liknende fenomener (Drageset & Ellingsen, 2008, s. 32; Malterud, 2017, s. 66). Hensikten ble altså å utvide *forståelseshorisonten* og løfte empiri fra et mindre utvalg til et mer teoretisk nivå. Jeg vurderte utvalget som tilstrekkelig med tanke på informasjonsstyrke, men innser likevel at overførbarheten trolig kunne blitt økt ved å ha enda flere intervju. Dette grunnet få informanter i hver gruppe samt at rollen min som intervjuer utviklet seg gjennom prosessen fra å være uerfaren og noe usikker, til å bli mer trygg. Praksis relevans for studien kommer i slutten av oppgaven.

### 3.6 Forskningsetiske vurderinger

Etiske overveielser skal integreres gjennom hele forløpet i forskingsprosessen (Kvale & Brinkmann 2015, s. 35, s. 95; Ellingsen & Drageset, 2008, s. 32). All forskning på mennesker er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for enkeltindividet og beskytte dets helse og rettigheter (Malterud, 2017, s. 211). Sentralt her er at mennesker ikke brukes som rene *midler* for å oppnå kunnskap, men også som *formål i seg selv*. Dette kan være en fin balanse da formålet med all forskning er kunnskap, og realiteten er slik at det uheldigvis eksisterer eksempler på studier der samfunnsverdi har blitt satt høyere enn forskningsdeltagerens integritet og verdi (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 35, s. 96). Deltagere blir dermed sårbare, og *forskningsetikken* er helt avgjørende for rettslig og etisk beskyttelse. Strengt forskningsetiske lovverk, reguleringer, forskrifter og deklarasjoner er også med å øke *tillitten* til forskningen (Solberg, 2019). Helsinkideklarasjonen, som bygger på Nürnbergkodeksen og ble uformet av Verdens legeforening i 1964, er et eksempel på forskningsetiske retningslinjer som brukes aktivt i store deler av verden (Malterud, 2017, s. 211).

Ved invitasjonen til studien som ble sendt ut, ble det lagt ved samtykkeerklæring i tillegg til informasjonsskriv. *Frivillig* og *informert samtykke* står helt sentralt i forskningsetikken (Ellingsen & Drageset, 2008, s. 32; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Dette betyr at det er viktig at forskningsdeltakeren «kjenner prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om hun eller han ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke» (Malterud, 2017, s. 214). Videre betyr dette også at deltakeren skal få mulighet til å trekke seg når som helst uten noen form for negative konsekvenser. Dette har med det etiske prinsippet om respekt for *autonomi* å gjøre. Studien behandlet personopplysninger og ble dermed før oppstart vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), nå kalt SIKT (se vedlegg 1). Ingen helseopplysninger innhentes, og det trengs dermed ikke søkes tilrådning ved andre instanser. Ellers var det viktig

at jeg som intervjuer var bevisst det *asymmetriske maktforholdet* under intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 52). Dette ivaretok jeg blant annet ved å være oppmerksom på væremåte med å vise vennlighet, anerkjennelse, nysgjerrighet og ydmykhet i blick og kroppsspråk, legge til rette for pauser samt unngå manipulering av svar.

Informanten må også kjenne seg trygg på at *anonymitet og personvern* blir ivaretatt (Malterud, 2017, s. 214). Sikker og forsvarlig oppbevaring og lagring av data blir under her sentrale aspekter som jeg måtte tenke gjennom. Alle opplysninger skal slettes ved prosjektslutt og det skal være umulig å identifisere informantene. *Konfidensialitet* er et annet ord for dette som har med transparens og tillitt når det gjelder håndtering av datamateriale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Intervjuene ble tatt opp ved mobilappen Nettskjema-Diktafon via TSD (Tjenester for sensitive data), som er en digital app for sikker oppbevaring av data. Lydopptaket ble da straks kryptert på telefonen og sendt til nettskjemaet – det var ikke mulig å lytte til opptaket på mobilen. Skjemaet var aktivert for TSD og kunne da kun høres inne i TSD. Jeg tok også i bruk en manuell lydopptaker som «backup» dersom noe skulle skje med mobilappen. Denne ble oppbevart innelåst i en skuff og lydopptakene ble slettet straks etter transkribering. For å aidentifisere brukte jeg tall som navn til de ulike FLS (1, 2, 3...) og bokstav til å kode informantene (A, B, C...). Dette skulle bli oppbevart som en koblingsnøkkel på kryptert minnepinne, men ble skrevet på små lapper som ble oppbevart samlet i en liten pose innelåst.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Ut fra analysen utkrystalliserte det seg to hovedtema med hver sine undertema: «Livsmestring som sammensatt begrep» og «Livsmestring som kompleks utfordring i kommunehelsetjenesten».

### 4.1 Livsmestring som sammensatt begrep

Informantene delte kritiske refleksjoner rundt begrepet livsmestring. Flere virket å være fortrolige med begrepet, mens andre hadde en ambivalent opplevelse av hva det egentlig inneholdt og bruken av det. På den ene siden kunne begrepet livsmestring legge til rette for en helhetlig helseforståelse, og på den andre siden kunne det bidra til en forsterking av jaget etter «å mestre alt». Noen informanter påpekte videre viktigheten av at livsmestring ikke bare er et individuelt prosjekt, men et samfunnsprosjekt som krever fellesskap og et helhetlig tankesett. Noen var lei av teoretisering og fokuset på ord og begreper, imens andre så verdien og betydningen språk har.

#### 4.1.1 Livsmestring som grunnlag for en helhetlig og subjektiv helseforståelse

En informant påpekte at avdelingen hadde endret navn til mestring, fordi det var et viktig begrep i organisasjonen. Hun så på livsmestring som et helhetlig begrep som innebar å kjenne at man har overskudd og energi, glede og psykisk og fysisk helse til å stå i livet – mestre det som kommer. Andre informanter likte også ordet livsmestring, da det opplevdes dekkende og kunne brukes på tvers av alle områder i livet og få frem en sammenheng mellom alle de ulike aspektene livet rommer – fysiske og psykiske. Å mestre livet innebar mange aspekter, og fysisk aktivitet og kosthold kunne for eksempel være en liten bit av det. En informant fortalte at hun tenkte på psykisk helse når hun hørte ordet livsmestring, men samtidig at det var «noe mye større». Det handlet om å håndtere livet. Flere informanter understrekte videre viktigheten av at livsmestring var subjektivt og egenopplevd; det finnes ingen fasit på hva som er god eller dårlig livsmestring. Som helsepersonell var dette viktig å reflektere rundt, men dette kunne også være vanskelig å praktisere.

*«Livsmestring er mer dekkende. Jeg tenker at det handler om resiliens, hva som gjør at noen av oss mennesker tåler mer, motstandskraften til å stå stødig selv om livet blir vanskelig. Det å ha noen verktøy og i seg som gjør at man tåler det som skjer» (intervju 6, informant A)*

*«Kanskje livsmestring handler litt om hvordan være rustet til å takle når du ikke mestrer livet også, for det kommer til å skje.» (Intervju 6, informant B)*



#### 4.1.2 Livsmestring som strebersk og krevende

Noen av informantene påpekte på den andre siden at samfunnet i dag kan oppleves strebersk, med fokus på ytre prestasjon, og at livsmestring som begrep kunne forsterke dette – at livet blir enda en ting man skal «prestere i» og «mestre» i stedet for å bare «leve». Mange av informantene uttrykte en slitasje overfor mestringsbegrepet generelt, med at vi skal klare oss så godt på «alle arena». Det blir lett å føle at man ikke strekker til, ikke er gode nok. Er målet alltid «å mestre»? Hva vil det si å mestre? Når har man egentlig mestret *livet*? Noen av informantene sa videre at de aldri hadde kalt et kurs hos dem for «livsmestring» det da det fort kan høres tungt og alvorlig ut, selv om innholdet kunne være bra. Andre var mer tvilsomme til det med «livs» som er tilføyd mestringsbegrepet, som gjorde det litt stort og at det ble vanskelig å forstå. Andre begreper som skilte «mestring» og «livs» opplevde noen som mer anvendbare; som for eksempel livsglede, livstilfredshet, livsstyrke og hverdagsmestring. Hverdagsglede var også et begrep noen fremhevet, som en norsk erstatning for «well-being».

*«Jeg blir jo litt matt, både på mine egne vegne, men også på alle andre sine vegner, at vi skal være så sabla flinke hele tiden. At man skal hige etter å bli så enormt flinke til å mestre livet. Det der fokuset på alt du må gjøre for å mestre livet kan jo på ett vis bli litt negativt. I stedet for å bygge en tro på at du er god nok, du har det i deg, dette går fint. Ja det er tøft, men det kommer til å gå bra... Det blir litt sånt strebersk. Det tror jeg det er mye uhelse i.» (Intervju 6, informant A).*

*«Det er ofte snakk om «human doings», at vi skal gjøre ting hele tiden, i stedet for «human beings», bare være. Jeg merker jo selv på mitt liv at det er et formidabelt trykk med aktiviteter, forventninger og press, som kanskje både kommer utenfra og innenfra. Og der har vi jo et forskjellig toleransevindu i forhold til det...Og da tenker jeg også at stress håndterer man jo ulikt.» (Intervju 1, informant C).*

#### 4.1.3 Livsmestring som samfunnsutfordring

En informant mente det i livsmestringsbegrepet lå en kollektiv komponent i tillegg til en individuell, og at den kollektive ofte ble oversett. Hun opplevde begrepet livsmestring som overfokuset på individet, og at «individet skal hele tiden fikses på». Individualismen hadde ifølge informanten fått for stor plass; det er individet sitt ansvar å skape sin egen lykke og få til ting. Dette, i tillegg til mobiltelefoner, færre møteplasser og mindre «sanne ansikter», mente informanten i flere tilfeller førte til ensomhet, som informanten oppfattet som en alvorlig samfunnsutfordring. Informanten la vekt på at i stedet for å fikse individet, måtte vi ta tak i de større samfunnsstrukturene og forholdene rundt. To andre informanter tok også opp

denne samfunnstendensen med mindre fellesskap, og la deretter vekt på institusjonalisering som et typisk trekk i vår tid, hvor man legger mye av ansvaret vi har for hverandre over på offentlige institusjoner. Tidlig barnehagestart og sykehjem kunne ifølge informantene være et typisk uttrykk for dette. De sammenliknet videre denne tendensen med samfunnet slik det var før og med andre kulturer. En annen informant snakket om de økende sosiale helseforskjellene som påvirker livsmestring og viktigheten av å starte tidlig. Hun mente det er et jag etter suksess, og at de sosiale helseforskjellene bare øker; enten så mestrer du det jaget eller så faller du ut. Hun så videre på FLS som en sentral aktør i å jevne ut disse sosiale helseforskjellene.

*«Det jeg blir veldig opptatt av når jeg hører det begrepet; er det bare individet som skal jobbe med å mestre livet sitt? Eller er det liksom...Hva med lokalmiljøet man er i, de litt større samfunnsstrukturene...Jeg er i hvertfall opptatt av at det ikke går an å tenke «ja, nå skal vi fikse på individet», men at det er noe med det mer overordnet som jeg tenker på når jeg hører ordet. Jeg tror det er viktig å tenke på at det ikke bare er individene som skal mestre det individuelt, men at det er økonomi, de større tingene i skole, samspill mellom lærer og elever, holdninger i skolen, holdninger på arbeidsplassen, i samfunnet, det store samfunnsperspektivet tenker jeg er kjempeviktig, at det ikke blir sånn at menneskene bare skal fikses på. For det kan ikke vi heller gjøre i frisklivssentralene.» (Intervju 1, informant A).*

*«Jo mer folk er rustet til å mestre sine egne liv på egenhånd, jo mer vil folk finne ut av selv eller støtte hverandre internt i de relasjonene man er i, og kanskje trenge litt mindre hjelp ifra det offentlige. Og hvis man tenker vårt system i kontrast til hvordan det er i andre kulturer og hvordan det var tidligere, så har vi nok, eller de fleste yrkesaktive menn og kvinner går på bekostning av det å ta vare på hverandre kanskje. Mye som en før ville støttet hverandre i, men som nå går til det offentlige» (Intervju 2, informant A).*

#### 4.2 Livsmestring som kompleks utfordring for kommunehelsetjenesten

FLS har ulike helsetilbud de tilbyr innbyggerne, og som ifølge kan hjelpe og støtte opp livsmestring på forskjellige måter. Livsmestring i praksis ga seg til uttrykk i alt fra individuell støtte, den sosiale betydningen, praktiske og konkrete endringer i livet samt ulike mentale verktøy FLS tilbyr innbyggerne. Samtidig var det på den andre siden delte syn om hva en FLS egentlig skal og kan romme. I tillegg til dette, ble det av informantene lagt vekt på betydningen av ytre rammer og forutsetninger for å jobbe livsmestringsfremmende; få en

større og tydeligere rolle og at det blir lagt til rette for mer samarbeid på tvers av de faglige siloene. Her kom også noen informanter inn på ulike måter å organisere FLS på.

#### 4.2.1 Individuell støtte til livsmestring

I individuelle helsesamtalene får informantene mulighet til å tilpasse til den enkelte. Informantene sa de brukte motiverende intervju (MI) som samtaleverktøy for adferdsendring, eventuelt kognitiv terapimetode, og mente dette kunne bygge opp under livsmestring individuelt. Mange informanter erfarte at innbyggerne forventer en oppskrift eller en «quick fix». Informantene sa de jobbet med at deltagerne selv skulle lage seg små mål og planer – hva er det de *selv* ønsker? Dette handlet om at de skulle bygge opp en indre motivasjon til mestring som ofte er mer stabil og varig. I individuelle samtaler var de ansatte opptatt av å finne ut hvordan personens hverdagsliv ser ut, slik de sammen kunne tilpasse målene.

*«Vi har individuelle planer hvor vi for eksempel til neste gang jobber med målet ...også møtes vi igjen for å se på veien videre. Og for noen kan det jo være en progresjon innen trening for eksempel...men det kan og være det målet om å ta steget. Vi kan tilpasse målene til den enkelte» (Intervju 2, informant A).*

*«Det er mitt moralske ansvar også. Kan ikke si , «ja kjør flat pedal på trening, ikke bry deg om ungene. Nå skal du fokusere på det. Tenk på deg selv». Vi må jo være interessert i puslespillet, hvordan ser deres hverdagsliv ut» (Intervju 5, informant A).*

Samtidig så informantene at det i livsmestring var viktig å ikke ha for høye forventninger til livet og unngå å prøve å få helt «kontroll», da livet kan ende opp med å bli et uoppnåelig prosjekt hvor man aldri føler seg gode nok. Fokus på «godt nok» ble dermed også sentralt i de individuelle helsesamtalene, slik de skulle kjenne på mestring og at de fikk ting til. Men her kunne det også være en balanse som ifølge informantene kan være utfordrende å finne; hvor går grensen for når du skal motivere videre og når du skal godta at det faktisk er god nok hvor personen er nå? Informantene så på det som positivt å være engasjert i den andre, men samtidig skulle man være varsom på at alle er ulike og det ikke finnes en fasit på hva som er best for den enkelte. De ansatte jobber mye med at den enkelte skal finne ut av hva som er godt nok i *sitt* liv; for å bygge opp under livsmestring skal man strekke seg litt ekstra, men samtidig være realistisk. For eksempel er det viktig at trening ikke blir en kilde til stress og dårlig samvittighet fremfor bevegelsesglede. Men for dem som sliter kan det oppstå et dilemma når de ikke kommer med så mye selv og ikke viser motivasjon. Informantene erfarte her at det å hente frem ressurser ikke alltid var like enkelt, særlig hos dem som slet mest. Det

å være ressursorientert så informantene nemlig på som en sentral del av arbeidet deres for å støtte opp under livsmestring; fokusere på muligheter og ressurser fremfor problemer eller diagnoser. Informantene prøvde også å få deltageren må stole på egne ressurser og ikke være avhengig av FLS for å klare å få til endringer. Samt det å ha fokus på det du kan gjøre noe med og hva du ikke kan gjøre noe med; det var et viktig skille.

*«De kan godt å fortelle om tanker og følelser, men vi har fokus fremover. Vi sitter ikke å gnurer på det som er trist og leit, og det sier vi også; vi må ha fokus på det vi kan gjøre noe med. Vi sitter ikke å snakker om ting som har skjedd. Da må de gå et annet sted dersom de må bearbeide noe. Men de kan si det. Det er jo på en måte å bli kjent med de og hva som påvirker livene deres. Og det er det mange som har sagt har vært godt og. Det har skjedd, men nå må vi se fremover» (intervju 5, informant B).*

*«Når jeg tenker på å mestre livet, det er jo ekstremt viktig, alle må jo mestre livet på en måte. Og hvor går definisjonen på god mestring av et liv og dårlig mestring av et liv? Vet ikke om det er noen vekt på det. Men tenker det i stor grad handler om personen selv er lykkelig, fornøyd, eller la oss bruke ordet tilfreds. Tilfreds med det livet en har. Også er det jo det med at noen får...livet skjer. Man kan ikke bestemme oss for hvordan livet skal være. Det er helt umulig.» (Intervju 5, informant A).*

Ellers ble spenningen mellom sykeliggjøring og normalisering i samfunnet tatt opp av informantene. Og at økende grad av psykisk uhelse kunne henge sammen med blant annet økt sykeliggjøring i samfunnet som helhet; det som kanskje før var normale tanker og følelser blir nå i større grad sett på som «feil» og diagnoser som må fikses. Og dette kan igjen påvirke følelsen av å ikke mestre livet. Det er bra å ha fokus på psykisk helse og at tabu forsvinner, men det må også normaliseres. Samtidig kom det også frem blant informantene at dette var en krevende balansegang. Ukritisk åpenhet kunne også ende opp med en overopptatthet av hvordan en har det, som igjen kunne føre til en form for overtenking- og analysering. Det er bra å være åpen og tilegne seg mer kunnskaper, men ved at alle konstant skal kjenne godt etter, kan også føre til økt psykisk uhelse og lavere grad av opplevd livsmestring ifølge informantene. Samtidig er det viktig med åpenhet.

*«Hvis mange kunne slått seg til ro med at det er normalt å være lei seg av og til. Det er normalt å ha negative tanker. Det er normalt å bli fly forbannet. Følelser, sterke og svake, er normale å få. Og man kan ikke kontrollere hva som kommer til å skje. Man kan ikke ha kontroll på hva andre syntes, tenker og mener og alt dette her. Også er det ikke alltid så lett å*

*stå i livet. Det tror jeg alle kan kjenne på personlig plan og. Og viktig å tenke syntes jeg at ikke alt er behandlingsrettet. At man må få hjelp.» (Intervju 5, informant A).*

*«Jo mer man snakker om noe, jo mer kan man legge merke til ting. Men igjen dette kan også forebygge fordi du slipper å tenke at du er den eneste som har det sånn. Alle strever med ulike ting. Og dette kan knytte oss mer sammen enn at vi skal sitte alene og ikke tørre å snakke om ting» (Intervju 6, informant B).*

Det å bygge *relasjon* til deltageren så flere på som vesentlig for livsmestring i praksis. Dette ble illustrert i følgende sitat:

*«Og jeg ser i forhold til livsmestring, er det å få til en relasjon med folk. Det er det viktigste av alt. Uansett hvilken metode du bruker, kognitiv terapi eller...så hvis man får til en relasjon har man fått til mye.» (Intervju 5, informant B)*

#### 4.2.2 Den sosiale betydningen for livsmestring

Fellesskapet og tilhørigheten erfarte samtlige av informantene som den viktigste helsefremmende ingrediensen i tilbudene de har, og som kan bygge opp livsmestring. Mange som kommer, kommer ikke for å komme i bedre form, men rett og slett få en rutine i hverdagen sin og treffe folk. Informantene opplevde mange som veldig ensomme med lite nettverk, og de sa at FLS for mange er en sosial arena å komme til. Det har en betydning å være med i en gruppe og det hadde ikke vært det samme med et individuelt tilbud. Innbyggerne/deltakerne finner ofte hverandre å tvers av alder og det er et fellesskap som knytter de sammen. En informant erfarte også at noen blomstrer mer når de kommer inn i en gruppe med at de går fra å være tause, til å by på seg selv. Dette kunne være kjempeviktig for mestring og som de kan dra med seg i andre situasjoner i livet – og kunne gi flere positive ringvirkninger. En informant fremhevet betydningen av å bli sett, bli sagt «hei» til, og savnet dersom en ikke kommer på en av samlingene. Ensomhet mente informantene kunne være en kilde til opplevelsen av å ikke mestre livet. En informant fortalte det er mye skam forbundet med det å ikke mestre livet, og at noe av det som gjerne faller vekk først er det sosiale.

*«Noen er veldig travle og kommer å trener og «thats it». Er ikke så veldig interessert i mer etterpå. I helt andre enden vet vi at noen har ekstremt lite nettverk og forteller at det å komme til oss er det de gjør utenom å sitte i leiligheten sin eller stikke å handle. Så da vet vi jo at vi er kjempe viktige, eller gjengen, de andre deltagerne. At det tilbudet som finnes er kjempe viktig». (Intervju 6, informant A).*

*«Når jeg snakker med treningsdeltagerne på gruppene, så har jeg snakket med en del om hva som gjør at de fortsetter å komme, motivasjon, og da er det jo samholdet, gjengen, det å treffe andre. Og mestring, det å kjenne at de klarer mer. Den gode følelsen å være ute i aktivitet. Så det er ting som går igjen. Det å være sammen med andre og bevege seg ute. Men det er sjeldent at de henger seg oppi...det er få som snakker om hva dette gjør med vekten deres for eksempel. Det er ikke det som er drivkraften» (Intervju 2, informant A).*

#### 4.2.3 Livsmestring som grunnlag for helhetlige tjenestetilbud

Fysisk aktivitet og kosthold er en grunnstein i FLS og informantene fremhevet den gode påvirkningen dette kan ha på den psykiske helsen og den enkeltes opplevelse av livsmestring. De fortalte at de syntes det er viktig for dem å nå ut med nettopp dette. De var opptatt av at det er ingenting de tilbyr som bare omfatter det fysiske eller bare det psykiske – alt henger jo sammen. Selv om tilbudene primært har en kroppslig og fysisk tilnærming, mente informantene de hadde en helhetlig tilnærming da bedre helse vil handle om å ha det bra og føle at en mestrer livet bedre. Dersom deltagerne mestrer røykeslutt, reduserer alkoholkonsum eller kommer i bedre fysisk form, sover bedre, har mindre smerter og får mer energi i hverdagen til å gjøre det de liker – kunne dette følge informantene åpne opp for nye liv og for det som er betydningsfullt for opplevelsen av livsmestring. Videre; det å ha en struktur, noe å komme til, erfarte flere av informantene også er viktig for livsmestring. Det var kanskje ikke alltid så viktig hva de gjorde, men at de kom til de faste timene.

*«Det blir på en måte feil å si psykiske problemstillinger eller fysiske problemstillinger. Vi er jo hele...» (Intervju 2, informant B).*

*«Mange ganger ser jeg det å få til å mestre en liten endring, veldig praktisk konkret endring, som for eksempel stå opp til fast tid, komme på trening en gang i uken hos oss. Den der lille endringen kan gi en opplevelse av at «jeg kan faktisk få til noe. Den gir den der mestringstroen for å bruke det begrepet. Det kan få ringvirkninger til å våge å ta endringer i andre ting i livet» (Intervju 6, informant A).*

Ellers erfarte noen av informantene at noen av kursene rettet mot psykisk helse var et godt supplement som kunne bidra å fremme livsmestring til deltagerne. En informant fortalte det er noe med det å jobbe med *grunnmuren* til de som kommer; det å bli kjent med seg selv, egne behov og sette grenser. Hun fremsnakket spesielt kurset Livsstyrketrening, da man jobber særlig med oppmerksomhetsøvelser (mindfullnes) og bruker kreative metoder for å komme inn til kjernen og bli kjent med seg selv på en ny måte – de jobber da ikke bare med den

bevisste tanken, men også det underbevisste. Informanten fortalte hun erfarte dette kurset har en litt mer uvanlig måte å jobbe på og krever litt mer av deltagerne sammenliknet med de andre kursene, da det krever at en er mer åpen, deler og går inn i følelser og kroppen.

Informantene erfarte at dette kan føles litt overveldende for noen da det kan røre i mye, så det bruker god tid på informasjon før kursoppstart. Den ene FLS som hadde dette tilbudet fortalte de har måtte kjempet litt for å beholde dette tilbudet, men at de hadde veldig gode erfaringer med å jobbe på denne måten. Informantene opplevde videre Tankevirus som litt mer standardisert basert på videoer som er laget med tilhørende oppgaver. Samtidig erfarte de også at det er et veldig enkelt og et mer ufarlig kurs å komme på. Man trenger ikke dele like mye, og de erfarer det er lett forståelig og gjenkjennelig. Informantene mente for noen kunne *dette* være med på bygge opp livsmestring.

Hos de som var kun på grunntilbudet og som ikke hadde kurs rettet mot psykisk helse, hadde gjerne avdeling for psykisk helse liknende kurs, og samtlige av FLS hadde tett samarbeid med psykisk helse. Noen av informantene utrykte ellers at selv om de ikke hadde et kurs rettet direkte mot psykisk helse, så drev de mye med kognitiv terapi, og noen baker tankevirus inn i for eksempel «Livstils kurs» eller «Frisklivskurs». En annen FLS har hatt et kurs som heter «Gammel vane mulig å vende» som også har hatt en helhetlig tilnærming med mentale verktøy inkludert i kurset. I søvnkurset snakker de også mye om tankefeller og grubletanker, og noen har dratt inn tankevirus inn her uten å spesifikt kalle det det. Flere baker altså gjerne inn elementer fra kognitiv adferdsterapi i kursene de har, selv om det ikke er rettet direkte mot psykisk helse. Noen av informantene savnet likevel mer tyngde på dette feltet:

*«Som frisklivssentral hadde det helt klart vært kjekt å hatt noe innenfor det med livsmestring, og ikke nødvendigvis kurs og sånt, men kunne ha litt mer tyngde i et å møte de brukerne som man ikke nødvendigvis trenger å henvise videre, men gjerne kan klare å jobbe med litt selv også»* (Intervju 3, informant B).

En informant påpekte hun har endret seg mye siden hun var fersk fysioterapeut; at hun så mer sammenhenger nå enn tidligere og at det ikke alltid er to streker under svaret på ulike problemstillinger. Hun sa hun har med årene gått fra en lineær og skjematisk forståelse til en mer helhetlig tilnærming; det er ikke alltid «trim og gulrøtter» som er løsningen på problemet. En annen informant fortalte det er ikke alltid trening som virker best på kroniske smerter, men kognitiv terapi, og at det ikke nødvendigvis handler om den skuldersmerten, men om *hele livet*. En annen uttrykte at de kan ikke jobbe med tunnelsyn med det som angår kosthold og trening, de må jo ta med *hele livet* da «alt henger sammen».

«Og hvordan man jobber med psykisk helse og livsmestring i Frisklivssentralen, så tror jeg det er veldig forskjellig fra Frisklivssentral til Frisklivssentral avhengig av kompetansen til den enkeltes ansatt. Jeg kan bruke meg selv som et eksempel; jeg tror jeg jobber på en helt annen måte nå enn for 20 år siden, fordi jeg har tilegnet meg mer kunnskaper om sammensatte helseutfordringer og hva som skal til for faktisk å få til endringer i livet sitt. Selv om jeg på en måte har frisklivshatten på, så har jeg de kunnskapene og verktøyene jeg har, som fagperson. Jeg tar frem den kognitive diamanten, snakker om hvordan kropp, følelser og tanker henger sammen. Fordi det har jeg i min koffert. Men en annen person, eller slik jeg var før, ville nok ikke håndtert utfordringer til innbyggerne på samme måte. Jeg tror det er veldig forskjellig hvordan psykisk helse tematiseres. På noen frisklivssentraler forstår jeg det er veldig sterkt skille, slikt at dersom du strever med følelser, så må du gå et annet sted. Fokuset er kosthold og trening» (Intervju 6, informant A).

Det fremkom blant samtlige informanter en helhetlig helseforståelse, men også ulike synspunkter på hva en FLS egentlig er rigget for – hvor mye skal de gå inn i livsmestring? Informantene innså på den ene siden at de kan ikke jobbe uavhengig av livsmestring, samtidig at noen påpekte at en ikke må glemme hovedmandatet som var «fysisk aktivitet og kosthold». Det å finne ut av hva som faktisk er jobben virker å være noe de jobber med – hvor grensene går. Det å forstå hva konseptet til FLS er noe flere også har måtte jobbe utover for å formidle, også blant ansatte i kommunen og ledelse. Det skal ikke være behandling, men forebyggende og helsefremmende – dette er et viktig skille. Tilbudet skal også være lavterskel hvor innbyggerne skal oppleve at alle er velkomne. En annen informant problematiserte derimot dette, med at det fort kan resultere i at da skal «alle» plutselig til Frisklivssentralene. Informanten mente mye av ansvaret måtte de ta selv og spør seg; hvem er det egentlig FLS er ment for? Hvem kan vi hjelpe på en god måte?

«Hvor mye skal du gå inn på de tingene. Hvis vi skal snakke om livsmestring så blir det jo litt i forhold til det. Altså vi klarer ikke jobbe uavhengig av det. Livet skjer, og de lever et liv hvor de ikke bare kan konsentrere seg om en ting. Det er masse faktorer som spiller inn. Så vi må jo ta hensyn til det når de er i samtale med oss eller går på kurs. Men det er på en måte noe med det at man heller ikke må glemme denne røde tråden i våre arbeidsoppgaver» (Intervju 5, informant A).

Flere av informantene opplevde videre også en frustrasjon over at de får flere som sliter psykisk og har en sammensatt livssituasjon, og at det kunne være krevende å hjelpe dem i å mestre det de har behov for.



«Kan også syntes det er veldig utfordrende at en del av innbyggerne som tar kontakt med oss allerede har så sammensatte helseutfordringer og sammensatte livsutfordringer at det kan være veldig krevende å støtte dem i en endringsprosess. Det å få til å slutte å røyke når en egentlig er bekymret for økonomien, vansker i samlivet, ungene, har andre livsproblemer eller helseproblemer som bygger seg opp over tid. Da kommer vi fort til kort.(...). I veilederen står det kanskje tre måneder. Også skal de liksom ha gjort kjempestore endringer på noen få samtaler. Og det mener jeg er helt utopisk. (...). Få til store endringer i livene når det er helseutfordringer og store belastninger i livet de står i, det kan jeg syntes er frustrerende. At behovet er noe helt annet enn det vi er rigget for». (Intervju 6, informant A).

«Jeg opplevde fra starten av at det var veldig mye med fysisk aktivitet, kosthold, de der litt sånn lineære endringene. Årsak-virkning. Vi skulle være med inn og forebygge og sånt. (...). Jeg opplever kanskje at vi er ikke i psykisk helse, ikke i ren fysioterapi eller noe sånt, men vi er på en måte sånn midt imellom noe. Vi skal favne ganske mye. Jeg syntes kanskje at rollen vår er blitt større og større, eller mer og mer sammensatt og komplekst, i forhold til hva vi skal kunne hjelpe og bidra med. Både sånt rent forebyggingsmessig inn mot barnehager og skoler og sånt, men og at vi egentlig skal ta hånd om det som går på, sånn som (navn) sier; hvordan har hele mennesket det. Og hvordan kanskje viser ting seg i livsstilen.» (Intervju 1, informant A).

#### 4.2.4 Fragmenterte tjenester som utfordring

Det å få et tettere samarbeid på tvers av de ulike organisasjonene og etatene i kommunen så informantene på som gunstig i å danne helhetlige gode tjenester, som videre kunne gi et godt grunnlag for å arbeide med livsmestring. Det er mange veier inn og mange samarbeidspartnere, som skole, barnehage, nav, arbeidsgivere, fastleger, frivillige instanser og andre lokale og private instanser. Men omtrent alle informantene uttrykte en frustrasjon over det å «nå ut». Folkehelsekoordinator virker videre å kunne være en sentral aktør som kan hjelpe FLS med arbeidet. Flere av informantene savner mer drahjelp herifra og en større grad av inkludering i kommunens folkehelseplaner – bli spurt og tatt mer inn i diskusjoner. Noen av informantene tenkte folkehelsekoordinator dessuten kunne spille en viktigere rolle i oppnevningen av disse «siloene», og det virket å være behov for en styrket dialog mellom folkehelsekoordinator og praksisfeltet.

«Det er liksom den frustrasjonen om at vi ikke er den store bedriften som kan annonsere via busskur og gjøre oss kjent da. Vi kaver gjerne litt her på bakkenivå. Vi har kompetanse og

*ønsker å hjelpe, men det blir på en måte litt mer jungeltelegraf tenker jeg. Litt tilfeldig»* (intervju 6, informant B).

*«Det er noe med det å kjenne seg mer inkludert i de større greiene i kommunen. Akkurat som vi må kjempe litt»* (intervju 1, informant A).

Det fremkom også ulike måter å organisere FLS på, og som også er en ytre ramme som kan være med å påvirke måten de kan jobbe med livsmestring. Noen er organisert *under* psykisk helse, men er likevel to separate avdelinger hvor informantene opplever det fortsatt bæres preg av «silotenkning». En FLS som hadde det slik utrykte videre en sterk interesse om å slå sammen og ha «en dør inn», slik det kunne bli lettere for innbyggerne å få hjelp til det de trenger. Det kan dermed også bli en større enhet, hvor man kan få en leder og større kollegafellesskap samt mer drahjelp i markedsføring og planforankring. Informantene fortalte også at en hensikt med å slå sammen blir også at kurs som angår psykisk helse kanskje blir mindre «skummelt» da det anses som mer tabubelagt å oppsøke rent «psykisk helsehjelp». Ellers var noen organisert under fysio-ergo. En mindre FLS samarbeidet likevel veldig tett med psykisk helse, hvor frisklivskurs som tankevirus blir holdt. En annen informant utrykte fordeler ved å være organisert under fysio-ergo versus psykisk helse:

*«Det er en del kommuner som organiserer det under psykisk helse og mestring...og jeg forstår argumentet, men jeg tror vi fort hadde endt opp med en veldig tung brukergruppe, og jeg tror vi hadde endt opp med å skremme vekk en de av de som faktisk hadde passet å fått benyttet seg av tilbudet. Så jeg er veldig glad vi ikke er organisert der»* (Intervju 3, informant A).

En FLS i en større kommune hadde *slått seg sammen* med rask psykisk helsehjelp i kommunen og har gode erfaringer med det. Dette erfarte informantene også at de som kom til dem ofte hadde behov for psykisk helsehjelp og de som kom til psykisk helsehjelp ofte hadde behov for tilbud *de* hadde. Men også her opplevde de at det er litt todelt likevel, at det var to veier inn. Det å slå ned barrierer i silotenkningen var ifølge informantene en prosess som tar tid. Informantene sa de jobbet fortsatt med å bli enda mer helhetlig og enda mer sammensveiset.

Det går også igjen at flere av informantene skulle ønsket de var flere ansatte i høyere stillingsprosenter og at de var mer nevnt i de større planene. Mye av det de kunne fått til av samarbeid og ulike tilbud for å jobbe med livsmestring, blir begrenset av ressurser. Det savnes en bedre forankring på toppen med helsedirektoratet i spissen. En utrykte at det er som om

kart og terreng ikke stemmer og at veilederen som er utarbeidet er veldig bra, men for ambisiøs – den er veldig vanskelig å gjennomføre når den legges ned på «grasroten». Videre; det å jobbe helhetlig og bidra til livsmestring til den enkelte krever noe fra alle instanser slik det kan flyte gjennom alle lag i samfunnet. Informantene mente det offentlige har mange forutsetninger for å legge til rette for at folk mestrer livene sine bedre.

*«Livsmestring er et fint begrep, men det krever virkelig noe helhetlig. Når vi er så presset på ressurser på alle arenaer så driver vi jo ikke med den typen arbeid, vi driver med brannslukking» (Intervju 3, informant A).*

## 5.0 DISKUSJON

Funnene viste at helsepersonell ved FLS forsto livsmestring som et sammensatt begrep og som en kompleks klinisk og organisatorisk utfordring for kommunehelsetjenesten. Det var en mangefasettert forståelse rundt livsmestringsbegrepet og informantene benyttet dessuten noen overlappende begreper som beskriver ulike dimensjoner av livsmestring. Noen informanter opplevde livsmestringsbegrepet som strebersk og individualiserende, imens andre så på det som et begrep som kunne gi den enkelte en opplevelse av å være et helt menneske. Videre erfarte informantene at livsmestring kunne komme til uttrykk på ulike måter i tjenestetilbudet – eksplisitt og implisitt – selv om begrepet ikke aktivt ble benyttet. Livsmestring fremtonet seg i det kroppslige og konkrete samt mentale verktøy og tankesett. Det som informantene anså som betydningsfullt i en livsmestringstilnærming var ressursorientert tilnærming, individuell tilpasning, realistiske forventinger, normalisering av livsutfordringer og sosial og kollektiv støtte. Noen var også usikre på om en livsmestringstilnærming i det hele tatt skulle være en del av deres mandat, da det fort kunne bli for altomfattende. Flere av informantene så likevel verdien i økt kompetanse rundt livsmestring for å kunne arbeide mer helhetlig. Men dette ville følgelig også kreve en endring og innovasjon i ytre rammer i kommunehelsetjenesten; ulike samarbeidsformer, organisering og ressurstilgang.

Jeg vil nå i form av diskusjon syntetisere studiens funn i lys av tidligere forskning og teori. Dette gjennomføres ved å dele inn i følgende overskrifter: 1) Livsmestring i et helseteoretisk perspektiv, 2) Psykisk (å være) versus fysisk (å gjøre), 3) Selvoptimalisering og individualisering versus realistiske forventinger og meningsfullhet 4) Fra teoretisk begrep til praktisk utførelse. Samtlige av komponentene som diskuteres er angitt flere steder, men i ulike sammenhenger.

### 5.1 Livsmestring i et helseteoretisk perspektiv

Informantene var opptatt av «helheten» og virket å ha en helhetlig helseforståelse, hvor helse handler om mer enn fravær av sykdom – helse er stort, som livet selv. Denne betydningen kan en også se i den etymologiske betydningen av ordet *helse*, som er *hel* (Mæland, 2009, s. 10). Flere av informantene forsto videre livsmestring som et helhetlig begrep som rommer både fysisk og psykisk helse. De opplevde at det kan brukes på tvers av områder i livet og være med å skape en sammenheng blant mange av de faktorene som er av betydning for å oppleve glede og tilfredshet i livet. På denne måten virker det som om livsmestring integreres i informantenes helseforståelse. Ut ifra de ulike teoretiske perspektivene en kan se på helse, kommer livsmestring godt overens med *helse som velbefinnende* og *helse som egenskap* og

*ressurs*. Livsmestring gjenspeiles særlig i de mer eksistensialistiske og ressursorienterte helsedefinisjonene fra blant annet Hjort (1994), Illich (1975) og Eriksson (1984). Her er mestring en sentral komponent, hvor det dreie seg om å mestre de varierende livsbetingelsene og påkjenningene mennesket utsettes for gjennom livet (Fugelli & Ingstad, 2009, s. 41). WHO (1994, s. 3) bruker begrepet «life skills» om livsmestring, noe som referere til tilpasningsdyktig og positiv adferd som hjelper individet å møte livets utfordringer. WHO's definisjon retter seg mer mot *ferdigheter*. Det samme gjør LNU (2017) ved sin definisjon av livsmestring som innebærer «å utvikle ferdigheter og tilegne seg praktisk kunnskap». Livsmestring kan med dette, ut fra informantene og teori, forstås som å håndtere livets utfordringer – adferdsmessige, kognitive og emosjonelle – som i sin tur vil påvirke helsen – psykisk og fysisk. Livsmestring kan brukes på tvers av alle områder i livet og få frem en sammenheng mellom alle de ulike aspektene livet rommer.

Informantene fremhevet også den relative komponenten i livsmestringsbegrepet, hvor subjektets egenopplevelse står i sentrum. Dette aspektet kommer ikke like tydelig frem i LNU og WHO's definisjoner. Men nå bruker WHO «life skills» og ikke «coping of life» som begrep vel og merke. Informantene mente ingen egentlig kan si hva som er god og dårlig livsmestring. Målet med livsmestring blir ifølge informantenes forståelse å oppleve glede og tilfredshet i livet, og ikke nødvendigvis «mestre» i form at ytre målbare prestasjoner. Livsmestring mente de handlet om psykisk helse, men samtidig noe «større». De kom innpå begrepet livskvalitet som en viktig dimensjon i opplevelse av livsmestring. Informantene blir dermed med på å flette livsmestring inn i helse som *velbefinnende*. Næss (2011, s. 18) definerer livskvalitet som psykisk velvære; hun ser altså på livskvalitet på først og fremst som noe subjektivt. Definisjonen omfatter videre både kognitive og affektive opplevelser; både hvordan vi vurderer vår tilværelse og hvilke følelsesmessige tilstander vi har (Næss, 2011, s. 21). Livskvalitet i dette perspektivet omhandler ikke den adferdsmessige komponenten i like stor grad. Videre er det er også ulik forståelse av livskvalitetsbegrepet hvor noen har en mer objektiv forståelse som er typisk strukturell og kontekstrettet (Carlquist, 2015, s. 53). En kan likevel hevde at det som skiller livskvalitet og livsmestring fra hverandre, er at livskvalitet virker å handle om å identifisere faktorer som gjør livet mer tilfredsstillende, imens livsmestring i større grad fokuserer på å øke personens evne til å takle stress og belastninger. Livsmestring kan synes å fokusere mer på verktøy, ferdigheter, ressurser og egenskaper fremfor velbefinnende, og blir dermed mer adferdsmessig og praktisk rettet i tillegg til å romme det kognitive og affektive aspektet. Opplevelse av livsmestring synes i dette

perspektivet å være en komponent og ressurs til opplevelse av livskvalitet, samtidig som livskvalitet vil styrke motstandskraften i møte med livsutfordringer. Med bakgrunn i disse betraktningene kan en forstå livsmestring som tett forbundet med håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet; de tre komponentene i Antonovskys teori om OAS. Langeland (2017, s. 39) skriver at OAS bidrar til økt «mestring, helse og velvære». Salutogenesen fokuserer videre i stor grad på å bygge opp ressurser og styrker som kan hjelpe personen å håndtere livsutfordringer (Antonovsky, 1979, s. 48). Opplevd livsmestring kan kanskje dermed ses på som en forutsetning for den enkeltes opplevelse av livskvalitet, og på som en måte å implementere salutogenese i praksis.

Livsmestring og livskvalitet virker som nevnt ut fra informantenes forståelse å være innvevd i hverandre. Ifølge Mæland (2009, s. 52, s. 144) og Fugelli og Ingstad (2009, s. 105) er livskvalitetsbegrepet til dels overlappende med helse, men med en mye videre og overordnet horisont. Mæland (2009, s. 52, s. 144) og Fugelli og Ingstad (2009, s. 105) skriver det at det kan være kontroversielt å sidestille helse med livskvalitet, da flere også mener at helsebegrepet skiller seg mer ut enn livskvalitet da det er profilert med biologiske særtrekk. Mæland (2009, s. 53) problematiserer videre at man må være påpasselig med å bruke for vide helsebegreper, da dette kan være et uttrykk for helsens «ustoppelig trang til å erobre en stadig større del av tilværelsen». Dette kaller han for «helseimperialisme» (Mæland, 2016, s. 83). Flere av informantene mente likevel livsmestringsbegrepet kan være anvendbart, da det kan bidra til tverrfaglig samarbeid og helhetlige helsetjenester. Dette synet harmonerer med Nes (2021), som er enig med å bruke med helhetlige begreper med å hevde at livskvalitetsbegrepet i *større* grad bør tas i bruk, da det blant annet legger til rette for mer tverrsektoriell samskaping – flere profesjoner kan nemlig kjenne eierskap til dette begrepet. Barstad et al. (2016) er også av oppfatning av at livskvalitetsbegrepet kan være nyttig å bruke da det er flerdimensjonalt – det favner om *hele* mennesket og dets livsbetingelser. Både livskvalitet, så vel som livsmestring, synes dermed å danne nyttige perspektiver inn i folkehelsearbeidet generelt og frisklivsarbeid spesielt, fordi det kan gi et mer helhetlig innhold.

Noen av informantene var på den andre siden kritiske til å bruke livsmestringsbegrepet i helsetjenesten, da det fort kunne bli for stort i tillegg til å gjøre ansvarsområdet til tjenesten vagt og uklart. De uttrykte at livsmestring og helse gikk inn i hverandre, men samtidig var ulikt. Mæland (2009, s. 17) understreker her behovet for å definere – og avgrense – helse er mer aktuelt enn noensinne, da ubegrensede forventinger ikke går sammen med begrensede ressurser. Så det å tydeliggjøre hva som menes med helse og liknende begreper kan tjene flere

formål (Mæland, 2009, s. 19). Han skriver videre at samfunnet trenger helseforståelser som er «realistiske og praktisk anvendbare» (Mæland, 2009, s. 141). At det aller meste kan påvirke helsen på en eller annen måte, betyr ifølge dette perspektivet ikke nødvendigvis at helsetjenesten skal ta ansvar for alt. Ved å ha for vide helsebegreper kan følgelig FLS bli mottaker for både livsmening og lykke til innbyggerne. Dette ligger til grunn for flere aktuelle og kritiske spørsmål; kan altomfattende helsebegreper føre til at FLS bli mottaker av alt for mange livsproblemer som egentlig hører hjemme ett annet sted? Kan det føre til uendelige helsebehov som gir grunnlag for grenseløse oppgaver?

Det fremkom fra informantene også andre aspekter ved livsmestringsbegrepet som de syntes var viktig å nyansere. Noen av informantene opplevde begrepet som individualisert og psykologisert; at alt «legges på individet» og «individet skal fikses». De hadde en opplevelse av at det ligger en overvekt av individuelt ansvar i livsmestringsbegrepet. Noen opplevde også en slitasje på mestringsbegrepet generelt, og mente det kunne gi uttrykk for et strebersk syn. Denne bemerkningen er de ikke alene om, da det finnes flere som er kritiske til ensidig bruk av ulike mestringsverktøy og psykologiske intervensjoner; det kan risikeres å individualisere problemer som har mer relasjonelle, strukturelle og systemiske årsaksfaktorer (Edwards & Imrie, 2008; Giddens, 1996; Greco & Stenner, 2013; Green et al., 2019, s. 1; Madsen, 2014; Sointu, 2005). Dette kan medføre en ansvarliggjøring og stort press på den enkelte; dersom de ikke lykkes, kan det være at de ikke har hatt det «riktige tankesettet».

Svend Brinkmann hevder at psykologien med sin selvhjelps litteratur gjennomsyrrer vår samtidskultur, og at psykologien i kraft av sin kulturelle status som moderne religionserstatning, har tilbudt enkeltmennesker en rekke verktøy for å «jobbe med seg selv» (Brinkmann, 2017, s. 24). Han påpeker videre at ved å være *for* opptatt av individet og selvrealisering, kan føre til at vi mister fokuset på viktige samfunnsproblemer og utfordringer. Mæland (2016, s. 35) understreker her for eksempel at kosthold ikke kun et resultat av våre individuelle valg, men også av pris, varetilbud og sosioøkonomisk status. Hvilken sosioøkonomisk gruppe en tilhører viser seg dessuten å ha sterk sammenheng til hvilke indre og ytre mestringsressurser -og strategier man benytter og hvilke belastningsnivå man utsettes for i livet (Mæland, 2016, s. 190, s. 194). Det at «et velfungerende selv skaper et velfungerende samfunn» kaller Madsen (2014, s. 48) for «atomisk individualisme». Videre uttrykker Madsen (2010) sterk kritikk mot psykologisering med å hevde at vi lever i en «terapeutisk kultur». Lav grad av opplevd livsmestring må trolig dermed også ses i denne sammenheng, hvor det kanskje kan være behov for å endre visse sider, ideer, grunntrekk og

utforminger i samfunnet på et kollektivt plan. Samtidig så utvikles opplevelsen av livsmestring innenfra individet selv, og individet kan ikke ensidig lene og støtte seg på «andre utenforstående». Dette kan i verstefall ende opp med en usunn avhengighetsskapende tilstand. Men selve mestringsbegrepet kan for noen likevel virke å fremdyrke denne ensidige samtidstendensen med individualisme og selvoptimalisering, da det er noe absolutt og endelig med begrepet med en form for individuell måloppnåelse. Enten så mestrer du eller så mestrer du ikke, og er målet alltid «å mestre»? Kan noen følgelig bekjenne seg med at de «mestrer livet»? Carlquist (2015, s. 57) argumenterer for at kanskje håndterbarhet i denne sammenheng kan være et mer jordnært begrep, og er dessuten nærmere det engelske begrepet «coping». For å fremme livsmestring bør man legge vekt på både personlige egenskaper, *samt* ytre forhold som gode helsetjenester, sosiale støtteordninger og utforming og innhold i lokalmiljøene. Det kan se ut som at det her gjelder å finne en balanse med et *både- og*, og at det virker som vesentlig for helsepersonell ved FLS å være bevisst på disse aspektene i møte med deltagerne.

Funnene i denne studien tyder på at en begrepsavklaring om hva som menes med livsmestring synes å være nødvendig for en felles forståelse og operasjonalisering av begrepet til praksis. Språk er ifølge Carlquist (2015, s. 8) ikke nøytralt, hvor ulike ord kan gi ulike helsepolitiske signaler. Hvilke helserelaterte begreper man benytter avhenger trolig ellers videre av den konkrete situasjonen eller konteksten man befinner seg i. Sentralt i valget blir kanskje at det er forståelig og relevant for de man kommuniserer med. Om livsmestring er et aktuelt begrep å anvende i helsefremmende arbeid slik som FLS er en representasjon av, kan følgelig diskuteres. På den ene siden kan begrepet føre til en for ambisiøs og urealistisk helsetjeneste, samt et strebersk og individualisert syn. På den andre siden kan det hevdes at begrepet kan legge til rette for helhetlige tjenester og at deltagerne ved FLS føler seg mindre grad fragmentert til «stykker og biter». Livsmestring virker i tillegg å være ressursorientert og praktisk rettet med en sterk adferdskomponent, og kan samtidig bidra til å støtte opp om synet på mennesket som sosialt, eksistensielt og åndelig vesen – den kognitive og affektive komponent. Alle disse aspektene og dimensjonene som nå er nevnt, vil diskuteres i en noe mer praksisrettet kontekst. Hvordan uttrykker eller *kan* livsmestring uttrykke seg i FLS? Hvilke spenningspunkt og nyanser kan det være betydningsfullt å være oppmerksom på?

## 5.2 Psykisk (å være) versus fysisk (å gjøre)

Noen av informantene var kritiske til å jobbe med livsmestring da det fort kunne bli «for stort». De mente at man ikke måtte glemme hovedmandatet til FLS som var fysisk aktivitet og kosthold, noe som også er nedskrevet i Veileder for Frisklivssentraler (Helsedirektoratet,



2011). Samtidig erfarte samtlige av informantene at de ikke kommer utenom psyken og «livet utenom», da «alt henger sammen», og betydningen av å ha kompetanse innen dette feltet *også*. Behovet for kompetanse kom særlig til uttrykk da informantene uttrykte utfordringer med frafall i FLS og at flere deltakere strevde med sammensatte livssituasjoner. De erfarte at det å endre på livsvaner var en krevende prosess hvor deltageren møtte mange barrierer på veien som krevde mye på det mentale planet – det holdt ikke bare med kunnskap, så skjedde endringer av seg selv. Selv om hovedmandatet til FLS er fysisk aktivitet og kosthold, erkjente likevel flere av informantene betydningen av å kunne tilby noe mer på det som går på hva som skjer *inni* oss selv ved en endringsprosess. En informant uttrykte at hun opplevde at man i dag har gått i retning av «human doings» fremfor «human beings», og fremhevet det sistnevnte som en vesentlig komponent i livsmestring. Sevild et al. (2020a, 2020b) fant følgelig i sin studie at det synes å være et behov for *mer* kunnskap rundt mestringsressurser for å regulere negative følelser og selvregulering blant deltagere på FLS, da flere av deltagerne preges av emosjonell belastning. Mæland (2016, s. 119) påpeker her at stress og negative følelser svekker evnen til selvregulering. I denne forlengelse hevder Lindström & Eriksson (2015, s. 48) at «mange av de aktivitetene som inngår i helsefremmende arbeid i praksis, handler om oppfølging av individuell adferdsendring, men undervurderer hvor vanskelig det er å innarbeide reelle, varige adferdsendringer». Det å endre livsvaner krever i stor grad *indre* motivasjon dersom det skal være vellykket og varig (Samdal et al., 2017; Sevild et al, 2020b).

Ifølge Antonovsky (2012, s. 158) finnes det «ingen krav eller problemer i livet som ikke også vedrører spørsmålet om følelsesregulering. Spenning – som er vår reaksjon på en stressfaktor – er et emosjonelt fenomen, samt et fysiologisk fenomen. Løsningen som det instrumentelle problemet som stressfaktoren representerer, innebærer ikke at problemet med følelsesregulering er løst». Studier viser dessuten stadig en sammenheng mellom psyke og kropp; psykisk stress vil påvirke nervesystemet, det endokrine system, immunsystemet og andre fysiologiske systemer, og dermed øke risikoen for flere ulike sykdommer (Guidi et al., 2021; Pressman et al., 2019). Denne kunnskapen kan en påstå at dagens helsefremmende tiltak som FLS bør bygge på, og at en livsmestringstiltak i stor grad synes å favne om dette. Veileder fra Helsedirektoratet (2011, s. 8, s. 10) understreker dessuten at FLS skal fremme fysisk og psykisk helse, og sette personen i stand til å «mestre egen livssituasjon». Med dette kan en kan forstå det slik at det er et behov for å øke helsepersonell ved FLS sin

forståelse rundt livsmestring – særlig den kognitive og affektive komponenten – og hva som kan bidra til økt opplevelse av livsmestring hos den enkelte deltager.

*Tankevirus* er et kurs som baserer seg på kognitiv adferdsterapi og metakognitiv terapi (Brorson, 2022). Det vil si at deltagerne skal fokusere på å identifisere og endre negative tankemønstre og adferd, samt bli bevisst på tankene de har om tankene (Barth et al., 2013, s. 155; Fisher & Wells, 2011, s. 10). På denne måten kan man lære seg å regulere seg selv, slik Sevild et al. (2020b) skriver det er mer behov for kunnskap rundt. Madsen (2014, s. 54) kritiserer likevel dette konseptet med kroppsliggjøring av emosjonelle plager slik tankevirus er en representasjon av; at man skal forvente en umiddelbar og håndfast hjelp på lik linje som et medikament, bandasje eller salve. Forenkling av følelsesuttrykk mener han kan føre til en «individualistisk reduksjonisme» (Madsen, 2014, s. 58). Men en metaanalyse gjennomgang av Hofmann et al. (2012) konkluderer med at kognitiv adferdsterapi alt i alt er et svært godt ikke-medikamentelt tiltak for å fremme psykisk helse blant en rekke psykiske plager. En informant forteller videre hun benytter seg av «den kognitive diamanten» fordi det har hun i «sin koffert». Dette er et verktøy som brukes innenfor kognitiv adferdsterapi (Barth et al., 2013, s. 155-156). Diamanten består av fire komponenter; tanker, følelser, handlinger og kropp (Barth et al., 2013, s. 156). Ved å bruke diamanten kan en person identifisere en negativ hendelse som har utløst negative tanker, følelser og adferd, og deretter utforske dette. Dette kan også sees på som en måte å øke en persons evne til å takle stress og utfordringer, og å bygge opp ressurser og motstandskraft, som kan bidra til å øke deltagerens livsmestring. Det virker her som om mye av kompetansen til hver enkelt ansatt i FLS ikke er standardisert, som vil si det kan fremstå som noe tilfeldig hvilken faglig tyngde den enkelte ansatte har.

Enkelte av informantene erfarte at *Livsstyrketrening* kunne være en meningsfull måte å øke opplevd livsmestring til deltagerne, da det kan hjelpe dem i å være mer til stede i øyeblikket og øke sin selvbevissthet og selvinnsett. Denne tilnærmingen legger vekt på en dypere forståelse av hva som er viktig i livet og å ha et meningsfullt forhold til omgivelsene og det kan styrke den enkeltes kompetanse på eget følelsesliv. Informantene erfarte at livsstyrketrening går enda mer ned i «grunnmuren» til mennesket, sammenliknet med Tankeviruskurset og Hverdagsglede med for eksempel legge mindre vekt på å *korrigere* tanker og mer på å endre *forholdet* man har til tankene, følelsene og kroppsfornemmelsene. Madsen (2014, s. 58) skriver også at det kan være uheldig å se på noen følelser som mer eller mindre verdt enn andre, og at det å tilstrebe en forståelse for meningen *bak* følelsene, kan være mer betydningsfullt enn å korrigere. Forskning antyder også at Livsstyrketrening har

effekt på kroppslige smerter, psykisk ubehag og ga deltagerne en økt selvforståelse, en større opplevelse av sammenheng og mestring av stress i hverdagen (Haugen, 2020; Holdt-Aanensen, 2021; Sjørbotten, 2021; Zangi et al. 2009; Zangi et al. 2011; Zangi et al. 2012; Zangi et al. 2017). Kurset bygger i stor grad på mindfulness – oppmerksomt nærvær. Denne tilnærmingen kan ifølge Hagen (2018, s. 112) hjelpe å med å bli mer tilstedeværende og oppmerksom det som er inni deg selv og i omgivelsene på en ikke-dømmende måte, som igjen kan gi en økt ro og selvaksept, bygge opp emosjonell styrke og hjelpe med å møte utfordringer og stress i livet. Mange kan føle en lengsel etter det langsomme, som kan tenkes å være en av grunnene til at dette er blitt så etterspurt. En metaanalyse av Querstret et al. (2020) tyder dessuten at mindfulness-basert kognitiv terapi assosieres med en bedring av mental helse. Livsstyrketrening virker videre å ha sterk forbindelse til salutogenese. Teorien om salutogenese fokuserer nemlig også på viktigheten av å oppleve en dypere mening i livet – meningsfullhet – og hvordan dette kan danne et grunnlag for indre motivasjon, motstandskraft og opplevelse av sammenheng og mestring i livet.

På den andre siden erfarte informantene at det i livsmestring ikke bare holder med «å være» eller «å tenke og føle», man må også «gjøre». De mente menneskers handlinger, levesett og vaner har stor innflytelse på helse og mestring. Her kan en hevde at *håndterbarhet* i OAS kommer inn; den adferdsmessige og instrumentelle komponenten. Sevild (2020b, s. 7) skriver i sin studie at det å unngå, å flykte eller døyve emosjonell ubalanse med negativ *adferd* ses på som en vesentlig påvirkningsfaktor for mestringsopplevelse. Her påpeker også Antonovsky (2012, s. 162) at de med sterk OAS sannsynlig vil reagere mer gunstig på en stressfaktor med *helsemessig adaptiv adferd*, som å følge med på symptomer og være fysisk aktiv, fremfor adferd som tar sikte på å døyve ubehaget, som for eksempel overspising eller tv-serier eller alkohol. Men mange tenderer ofte mot det å tilfredsstille umiddelbare behov, og dermed kommer sunne levevaner ofte i konflikt med ønske om å leve godt i øyeblikket (Mæland, 2016, s. 109). Det å ha god helseadferd kaller Antonovsky for «orientering mot sunnhet og helse» og er forbundet med sterk OAS (Lindström & Eriksson, 2015, s. 48). Studier kan tyde på at også OAS vil påvirke helserelatert adferd (Bergh et al., 2006; Lindmark et al., 2005; Moyers & Hagger, 2020). På denne måten kan sterk OAS gi direkte fysiologiske forandringer i form av positiv helseadferd samt psykisk velvære som i sin tur kan påvirke ulike biomolekylære systemer. På samme måte kan det mulig hevdes at de med opplevd livsmestring tenderer mot en mer helsefremmende adferd samt de med helsefremmende

adferd har større sannsynlighet for å oppleve mestring i livet, som igjen virker helsefremmende.

Noen av informantene mente videre at ved å undersøke seg selv hele tiden med å tenke «hvordan jeg har det», kan føre til at man overtenker, som i sin tur kan føre til at man «finner ting» som kanskje ville forsvinne av seg selv dersom man ikke ga det så mye oppmerksomhet. Brinkmann (2015a, s. 27) setter dette på spissen med å skrive at «jo mer du kjenner etter, desto dårligere får du det». Han påpeker videre at vi lever i en *følelseskultur*; du skal leve ut følelsene dine fremfor å undertrykke dem (Brinkmann, 2015a, s. 87). Ved å overanalysere ens egne livsutfordringer, kan en ende opp i å oppleve lav grad av mestring i livet, da en ikke en ikke klarer å håndtere alt det praktiske livet fordrer. Livet kan fort bli et «terapeutisk prosjekt», hvor noen kan tendere mot å ende opp i en uønsket «metafysisk boble».

Informantene erfarte på den andre siden at det utvilsomt var flere som hadde hatt godt av å kjenne *mer* etter også. Antonovskys (2012, s. 159) skriver i sin hypotese at personer med sterk OAS mulig vil ha *andre* følelser enn personer med svak OAS, basert på sin *relasjon* til følelsene. I dette ligger det å være mer bevisst på følelsene; gjenkjenne, beskrive og erfarer dem mindre truende (Antonovsky, 2012, s. 159). Så å ha sterk OAS er ikke å *ikke* ha negative følelser, men la de komme opp og frem fremfor å undertrykke dem (Antonovsky, 2012, s. 160). Følelsesundertrykking blir dermed ikke nødvendigvis livsmestringsfremmende. Når det gjelder følelsesregulering, så virker det hensiktsmessig å verken gi etter før følelsene eller undertrykke dem. Men trolig observere, anerkjenne og godta. Da kan man i større grad kommer mer til kjernen, og oppnå en bedre selvinnsikt, noe som blir nyttig når man skal håndtere utfordrende følelser. Det essensielle virker altså å være hvordan man *forholder* seg til følelsene våre, slik særlig Livsstyrketrening er til hjelp med. Hvordan vi betrakter og reagerer på følelsene og tankene våre, kan altså tenkes å ha mye å si for opplevelsen av livsmestring. I og med at livsmestring ifølge informantene sees på som noe subjektivt og mentalt, i tillegg til noe konkret og fysisk, blir det da naturlig å ta med opplevelse -og følelsesaspektet.

Det fremkom fra informantene at den praktiske og konkrete delen av livet ikke er til å unngå, og det kan for noen deltagere være *den* biten som blir verdt å sette søkelys på og for å komme inn i en «god spiral» av opplevd livsmestring. Hva vi gjør, påvirker også hvordan vi har det. Samtidig virker det å være av betydning at vi ikke bare «gjør» og «handler» uten en indre bevissthet. Typen motivasjon bak denne «gjøren» - handlingene våre – blir her avgjørende. Så for at deltagerne ved FLS skal få en opplevelse av livsmestring, er det antakelig

hensiktsmessig at helsepersonell blir bevisst på dynamikken mellom det «å være» og det «å gjøre». Hverdagsglede, som er et relativt nytt kurs som nå skal iverksettes på FLS og andre steder, virker å være et kurs som i større grad bygger opp denne helhetlige tanken om kropp og psyke, og som kan være til hjelp i å oppleve mestring i livet. Kurset er i større grad rettet mot praktiske øvelser, som trolig kan gjøre dette mer håndterbart enn ulike mentale øvelser alene. Men noen vil kanskje hevde det er for overfladisk og «lett». Hva fremtoner seg ellers å være betydningsfullt å ha et bevisst forhold i et livsmestringsperspektiv?

### 5.3 Selvoptimalisering og individualisering versus realistiske forventinger og meningsfullhet

Informantene var opptatt av å sette søkelys på ressurser og muligheter – det nytter ikke bare å snakke om problemer. I videre forstand, kan det se ut til at livsmestring for mange handler om «positiv tenkning», et tankesett som har hatt en sterk fremvekst siste 20 årene. Flere er av den oppfatning at positiv tenkning er en del av bevegelsen positiv psykologi. Intervensjoner som bygger på positiv psykologi, har i flere metastudier vist seg å fremme positiv fungering som mestring og redusere psykiske helseplager (Bolier et al., 2013; Carr et al., 2020; van Agteren et al., 2021). Men det er også en metaanalyse som påpeker at effektene av positiv psykologi er mye mindre enn tidligere rapportert (White et al., 2019). Filosof og psykolog Ida Hallegren (referert i Hernæs, 2018) hevder at positiv psykologi og et forenklet og feilaktig bilde av østlig filosofi som er blitt overfladiske verktøy for å bli lykkelig og mer effektiv som individ. Det man oppnår mener hun er en eksistensiell tomhet som man prøver å døyve. Opprinnelig var det ment som et etisk verktøy for å oppnå dypere klokskap og mening i tilværelsen (Hernæs, 2018). Brinkmann (2018, s. 12, s. 96) virker å være av samme oppfatning med å blant annet mene at en stadig higen etter positivitet vil føre til mer misnøye, og betegner dette som den «hedonistiske tredemølla»; å søke etter enda mer lykke vil føre til enda mer søking. Man blir aldri helt tilfreds da vi vender oss til alt og vi finner alltid noe nytt å strebe etter. Lykkesøken kan dermed bli kontraproduktiv. På den andre siden kan en i et salutogenetisk perspektiv antyde at det virker livsmestringsfremmende at helsepersonell ved FLS fokusere på ressurser og muligheter med deltageren fremfor diagnoser og problemer.

Informantene erfarte videre at folk i større grad lever på sine egne «tuer» og opplever ensomhet, og at dette kunne redusere opplevelsen av livsmestring. Funnene viste også at informantene erfarte tendenser i samfunnet som har gått i retning individualistisk selvoptimalisering, noe som ifølge dem vil kunne påvirke den enkeltes opplevelse av livsmestring. Livsmestringsbegrepet i seg selv ga for noen en gjenklang av «å mestre alt».

Ifølge Brorson (2022, s. 18-19) er et av de sentrale tankevirusene «være-perfekt-viruset», som er en mekanisme som kan angripe måten du tenker på. Å være bevisst dette kan tenkes å være med på å hindre denne streberske samtidstendensen informantene påpekte. Madsen (2020, s. 7) mener at livsmestringsbegrepet er forlokkende, men imidlertid langt fra «ukomplisert, bivirkningsfritt eller politisk nøytralt som man først kan få inntrykk av». Drugli og Lekhal (2018, s. 29) hevder derimot at livsmestring ikke trenger å være noen motsetning til bare «det å leve». Et godt liv som innebærer å leve her og nå, kan også være det som ruster oss til å håndtere det livet har å by på senere (Drugli & Lekhal, 2018, s. 29). På den andre siden uttrykker Brinkmann (2015a), på lik linje med informantene, en bekymring for økt individualisering med fokus på selvrealisering, og mener at dette kan føre til at vi mister noe av fellesskapet og samhørigheten som er viktig for menneskelig trivsel og mening. Realisering og optimalisering av selvet er også ifølge Fugelli og Ingstad (2009, s. 33, s. 37, s. 414) et sentralt kjennetegn i den moderne mentalitet; uavhengighet og autonomi settes høyt, hvor mennesket vil ha frihet til å realisere seg selv i et «dogmeløst og grenseløst univers». Brinkmann (2017, s. 24-25) spissformulerer ved å sammenlikne dagens psykologi med religion, hvor han skriver «psykologien har transformert det religiøse målet om frelse til et spørsmål om selvrealisering». Bidrar «livsmestring» med å fremdyrke denne streberske samtidstendensen?

Informantene mener derimot at mange av de tilbudene de har, nettopp fremmer fellesskap, mellommenneskelige relasjoner og gruppetilhørighet, som kan inkludere det å føle seg «sett», anerkjent, oppleve støtte, trygghet og det å dele med andre. Sevild (2020b, s. 6) skriver at deltagerne ved FLS sa at relasjonen til de andre deltagerne hjalp dem i å være fokusert, bevisst og føle en tilknytning. En kunnskapsgjennomgang viser dessuten at ulike mestringstilbud generelt virker å kunne bygge opp under dette (Stenberg et al., 2016). Gruppetilhørighet og sosial støtte er videre bestanddeler som av Antonovsky (2012, s. 139) kalles generelle motstandsressurser, som vil kunne gjøre individet bedre rustet til livsmestring. Sosial støtte virker å ha en sterk sammenheng med livsmestring med å fungere som en beskyttelsesfaktor mot stress og fremme fysisk og psykisk helse (Antonovsky 2012, s. 139; Helliwell & Aknin, 2018). En studie tyder også på at kvaliteten på relasjonen deltageren på FLS har til den ansatte, er av stor betydning for positive kortsiktige og langsiktige resultater (Samdal et al., 2017). Ut fra denne studiens funn samt tidligere forskning, virker det samtidig som om det som holder enkelte værende som deltager ved FLS, er det sosiale fellesskapet som legges til rette for på gruppetimene og kursene.

Individuell tilpasning med realistiske forventinger i helsesamtalene ble av informantene ansett som en viktig komponent når de skal jobbe med den enkeltes opplevelse av livsmestring. Alle er forskjellige og har forskjellige liv å ta hensyn til. En studie indikerte at «en personorientert og autonomistøttende tilnærming i veiledning synes viktig for å vedlikeholde endring over tid» blant deltagere på FLS (Samdal et al., 2017). MI, som er samtalemotoden helsepersonell ved FLS skal benytte, virker å støtte sterkt opp om dette (Barth et al., 2013, s. 159-162). Videre antyder forskning at det å ha kortsiktige og realistiske mål, registrere egen adferd og unngå enten-eller tankesett er viktige aspekter i helsesamtalene for positive resultat på kort og langsikt (Følling et al., 2023; Samdal et al., 2019; Sevild et al, 2020b). Fugelli (2008, s. 13) skriver at enten-eller tankesett er utbredt i vår tid; «vi vil være kalde eller varme, ikke lunkne» og «svart-hvitt tiltrekker oss mer enn både-og og grått. Middels er forferdelig». Brorson (2022, s. 64) betegner dette som «svart-hvitt viruset» i sitt kurs Tankevirus. Informantene erfarte det kunne være vanskelig å finne ut hvor mye de skulle utfordre og hva som var realistisk og «godt nok», da dette er svært individuelt. Hvis deltagerne legger for høye forventinger er sannsynligheten for å bli skuffet langt høyere, noe som gir en lavere grad av mestringsopplevelse. Måtehold blir i dette perspektivet av Fugelli og Ingstad (2009, s. 229) fremhevet som en viktig mestringsressurs; å være fornøyd med nok, det som ligger mellom alt og ingenting. Fugelli (2008) kaller dette for «nokmentalitet». Brinkmann (2018, s. 5, s. 45) betegner «begrensningens kunst i en grenseløs tid» for en *eksistensiell livskunst*. I helsesamtalene blir det i et livsmestringsperspektiv dermed betydningsfullt at de ansatte er sensitive til den andres individuelle tåleevne og kapasitet, slik at de, sammen med deltageren, kan finne ut hva som akkurat er godt nok for han eller henne.

I realistiske forventinger ligger det også normalisering av livsutfordringer i tillegg til å erkjenne at mye ligger utenfor vår kontroll. Informantene utrykte en opplevelse av at det normale stadig blir smalere som noe som de tenkte kunne føre til lavere grad av opplevd livsmestring. Dette fenomenet betegnes som *sykeliggjøring*, og er noe som ifølge Brinkmann (2015b, s. 22) kan øke den menneskelige sårbarheten og minske den menneskelige motstandskraften i alminnelig motgang i livet. Det ble også av informantene fremhevet viktigheten av å forstå skillet mellom det du kan gjøre noe med og det du ikke kan gjøre noe med. Informantene poengterte livet ikke lar seg ikke kontrollere fullt og helt, og en må ha tillitt til at livet ordner seg selv om det kan være utfordrende iblant; i livsmestring ligger det også det «å mestre det å ikke mestre», slik en av informantene utrykte det. Fugelli (2005, s. 17) skriver også at vi må gå vekk fra «null avvik, null smerte, null risiko, null sykdom, null

aldring og null død». Dette aspektet beskrives videre grundig i salutogenes som *heterostase*, hvor det å akseptere vår ufullkommenhet og livets uforutsigbarhet står sentralt. Der hvor patogenesen har homeostase som ideal, erkjenner salutogenesen heterostase, som vil si normalisering av ubalanse på alle levende organismer (Antonovsky, 2012, s. 26, s. 35). Alt er i en kontinuerlig bevegelse og vi kan ikke ha en forventning at livet skal være i balanse slik mange feilaktig synes å ha en formodning om. En del av det salutogene grunnlaget blir derfor å være i stand til å takle usikkerhet og kaos, uansett hvor sterkt vi måtte ønske å tro at vi har kontroll (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18). Dette kan gå under *begripelighet* i salutogenesen, som at vektlegger en realistisk kognitiv forståelse. Brinkmann (2015b s. 24) mener at det økte kravet til livsforvaltning og selvkontroll i det moderne samfunnet tvinger oss til å leve ut vårt eget unike livsprosjekt. Dette skal skapes av individet selv gjennom «introspektive selvransaker», og det er nettopp dette kravet som kan gjøre oss sårbare (Brinkmann, 2015b, s. 23). Vi kan i dag teoretisk sett påvirke det meste, og mye legges på individet selv; det er opp til hver enkelt å formulere sin egen fremtid og finne ut av hvem man er, sette seg mål og nå dem. Og det å innse at denne kontrollen er ganske så minimal i sin natur, kan for mange være utfordrende å erkjenne og akseptere. Fallhøyden kan bli stor når man opplever å ikke «mestre» dette. Dessuten, hvis man har alle muligheter, kan det fort oppleves som selvforskyldt dersom en ikke oppnår den suksessen en hadde tenkt seg. Følelsen av ansvaret for å lykkes og for egen skjebne virker som i dag å være stor. Denne samtidstendensen preger trolig også flere av innbyggerne som benytter seg av FLS, og som antakelig øker sannsynligheten å oppleve lav grad av livsmestring.

Ut ifra teorien om salutogenese er videre *meningsfullhet* en sentral komponent i OAS. Det er den den emosjonelle komponenten i OAS som bidrar til *indre motivasjon*, og som sees på som den viktigste, da det er følelsene våre som er drivkraften i våre liv (Antonovsky, 2012, s. 43-44). Sevid (2020b) påpeker også viktigheten av indre motivasjon; at motivet for livsadferd skal komme fra en selv og ikke fra andres forventninger eller for å unngå å føle skyld og skam. I følge Antonovsky (2012, s. 168) er «viljesterke personer som er overbevist om betydningen av prinsippene de lever etter, og som har et helhetlig bilde av verden, er bedre i stand til å holde ut enn personer med vakkende overbevisninger». Det å ha en dypere forståelse over hva som er viktig i livet – verdier – virker ut fra dette perspektivet å være essensielt for livsmestring, da det kan fostre opp om en retning i livet som kan bidra til en indre drivkraft (Langeland, 2014, s. 13). Kurset Hverdagsglede har eksempelvis trolig noe å by på i denne konteksten, da det blant annet oppfordrer til sosialt fellesskap med det «å gi». Forskning kan



tyde på at det «å gi» bidrar til å føle at man *har* verdi, samt at man *tilfører* verdi (Prilleltensky, 2020). Når man føler at man deler, samarbeider og hjelper aktiveres belønningssystemene i hjernen og skaper mening (Harbaugh et al., 2007). En kan forstå det slik at det at FLS tilbyr noe som retter seg mot mening og verdier, kan være med på å danne gode grunnlag for å fremme livsmestring blant deltagerne.

#### 5.4 Fra teoretisk begrep til praktisk utførelse?

Informantene erfarte at organiseringen av FLS bar et reduksjonistisk preg med fragmenterte tjenestetilbud, og flere utrykte et savn etter mer samarbeid med andre etater og organisasjoner i kommunen. Dette mente de var en utfordring dersom de skulle jobbe mer helhetlig – noe en helhetlig forståelse av livsmestring vil fordre. En FLS hadde slått sammen med rask psykisk helsehjelp, imens andre fortsatt slet med silotenkning i organiseringen. Videre, for noen informanter hørtes det litt voldsomt ut å benytte livsmestring som tilnærming i helsetjenestene, for andre tenkte de det kunne gi deltagerne en opplevelse av å være «hel» og «sammenhengende». Spørsmålet som da synes å tre frem er: Burde man gå fra «mestring av helseutfordringer» til «mestring av livsutfordringer»? Helsedirektoratet (2011, s. 8) skriver at FLS skal bidra til «helhetlige og koordinerte helsetjenester» og at det «legges vekt på en helhetlig tilnærming og å styrke fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring». Samdal og Meland (2022) virker å savne denne helthetstankegangen i FLS, og påpeker at FLS bør tenke annerledes og nytt. Om kommunehelsetjenesten burde omorganiseres og komme med nye innovative løsninger kan således påstås å være diskusjonsverdig.

Informantene opplevde de hadde alt for store oppgaver enn hva de hadde av ressurser til rådighet. De utrykte tydelig savnet etter *mer* ressurser og fokus på helsefremmende arbeid på politisk plan. Det er vanskelig å påvise effekten av helsefremmende arbeid, og ofte viser ikke resultatene seg før senere, hvis det i det hele tatt lar seg påvise (Mæland, 2016, s. 23). Men å fokusere på helsefremmende arbeid vil likevel gi nedgang i de samlede utgiftene til helsevesenet og være gunstig for individ og samfunn på sikt (Green et al., 2019, s. 544-546; Naidoo & Wills, 2016, s. 316-317). Samdal og Meland (2022) hevder det burde være mer tydelige og oppdaterte retningslinjer og systematisk rammeverk på hvilke tilbud FLS skal ha samt å øke veiledningskompetansen. Mathisen (et al., 2022) skriver at en forutsetning for at FLS skal fungere etter intensjonen, ikke bare handler om stabilitet, men også om tverrfaglig kompetanse og tilstrekkelig driftsstørrelse. Herunder kan det tenkes at tolv uker på FLS ikke holder for enkelte, slik det står nedskrevet veilederen (Helsedirektoratet, 2011, s. 10). Det, og

i tillegg etablere nye vaner i et miljø som de etter kort tid må forlate, er antagelig noe å være kritisk til. Som tidligere nevnt er sosial støtte av en gruppe likesinnede et viktig verktøy for å klare å ivareta nye livsvaner på sikt og oppleve mestring i livet. Og det å løse videre utrykte også informantene som tidvis utfordrende. Det kan argumenteres for at FLS i større grad bør vektlegge ansettelse av andre profesjoner enn fysioterapeuter, som nå er den dominerende faggruppen, samt motta ressurser til å drifte større.

Kommunene er gjennom lovverket pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen, men står fritt til å organisere dette arbeidet på den måten kommunene selv anser som mest hensiktsmessig (Statistisk sentralbyrå, 2020, s. 4). FLS utfører med andre ord lovpålagte oppgaver, men helsetjenesten er i seg selv ikke lovpålagt. Mathisen et al. (2022) kritiserer dette og mener at når ikke helsetilbudet er lovpålagt, så kan det være enkelt på kommunen å unngå, eller kutte i slike tilbud. Lindström og Eriksson (2015, s. 82) mener at bevegelsen for helsefremmende arbeid står i fare for å stagnere og skriver at «folk flest lærer gjennom «osmose»: Vi gjør ting slik vi alltid har gjort dem, og verken leser eller reflekterer over hvordan nye forskningsfunn kan styrke og endre praksisen og gi oss tilsvarende bedre intervensjonsmetoder». Dette kan gjøre det vanskelig og fungere som en barriere dersom FLS skal jobbe med livsmestring.

En informant uttrykte at det nok er mye «uforløst potensiale» i det kommunale helsefremmende arbeidet. Noen kommuner virker å være mer i spissen når det gjelder samarbeid og nye tankemåter for å utvikle de kommunale helsetjenestene. Disse helsetjenestene går ikke under FLS, men er organisert under andre tjenester. Kristiansand kommune fikk eksempelvis nylig et nytt tilbud kalt «Drop-in Livsmestring». Dette skal være et kommunalt gratistilbud med fokus på lavterskel og tilgjengelighet, og er beregnet for de som har utfordringer med å mestre hverdagen (Kristiansand kommune, 2019). I Stange kommune har de noe som heter «Stangehjelpa». Dette er en helt ny måte å organisere et lavterskeltilbud innen psykisk helse, hvor de i 2015 slo sammen tjenesten til barn og familier og rus og psykiske helsetjenester til voksne (Valla, 2022). Asker kommune har et tilbud til innbyggerne kalt for NaKuHel. Dette er en kombinasjon av frivillighetssentral og folkehelsesenter med fokus på natur, kultur og helse (Tellnes, 2017b, s. 197). Tilbudet virker kanskje å være mest unikt med å tilby noe «helhetlig» som kan bidra til livsmestring, med å verken fokusere ensidig på fysisk eller psykisk helse. Mye av nøkkelen her virker å ligge i godt tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom kommunen, private aktører, næringsliv og frivillige lag og foreninger, og innbyggere selv i kommunen (Tellnes, 2017). Hvordan dette

organiseres og hva det kan kalles, er opp til hver enkelt kommune. Det essensielle her blir trolig et større fokus på samarbeid og samskaping. Heimburg & Hofstad (2019, s. 9) skriver at samskaping kan betegnes som en «prosess der to eller flere aktører inngår i et likeverdig samarbeid for å løse en offentlig oppgave eller et samfunnsproblem gjennom en konstruktiv utveksling og bruk av deres forskjellige erfaringer, ressurser, kompetanser og ideer». På denne måten kan nye felles løsninger innen velferd eller andre former for samfunnsmessige felleskapsverdier utvikles (Krogh et al., 2020, s. 52). Willumsen et al. (2020, s. 20) påpeker at samskaping må sees i sammenheng med sosial innovasjon, med at det kan sees på som en *samarbeidsinnovasjon*. Krogh et al. (2020, s. 53-54) tillegger her at samskaping samtidig kan sees på noe som lettere kan *føre* til innovasjon, sammenliknet med andre samarbeidsformer.

Christie (2017, s. 27) skriver at «det er vår tids største vitenskapelige utfordring å etablere en bedre forståelse av de helhetlige, dynamiske sammenhengene i komplekse fenomener som somatisk og psykisk helse og sykdom». Videre skriver han «det er nesten utelukkende komplekse sammenhenger og samspill i integrerte systemer som skaper biologiske fenomener, som for eksempel vår individuelle helse og den kollektive folkehelsen. Vi bør derfor i langt større grad aktivt ta i bruk systemperspektivet for å forstå og forske på komplekse fenomener som helse, miljø, økologi og økonomi. Først da kan vi få et overblikk over hvordan helse oppstår og dannes» (Christie, 2017, s. 32-33). En kan argumentere for at det trengs helhetlige systemperspektiv på helse og velferd. Videre, å fremme folkehelsearbeid er en politisk oppgave og et fellesansvar for alle samfunnssektorer. Helsesektoren er likevel der folkehelsearbeidet er mest forankret, og Mæland (2009, s. 125) hevder at innen denne sektoren er det en kontinuerlig spenning mellom tilhengere av mer tradisjonelle sykdomsforebyggende strategier, og de som ønsker å følge de nyere mer radikale prinsippene for helsefremming. I den sistnevnte opereres det med et videre helsebegrep og det forstås mer i en psykososial kontekst, så vel som biomedisinsk. Paradigme innen helsefremmende arbeid bygger på helse som en ressurs og som et middel for å oppnå det gode liv (Mæland, 2009, s. 136). På denne måten kan det være nærliggende å påstå at livsmestring, dersom betydningen er uttrykt på en fasettert og nyansert måte, kan være legitimt å bruke som begrep og mulig tilnærming innen FLS. Men det vil kreve en del; både av kompetanse, tid og ressurser. Det vil kreve en ny måte å tenke, samarbeide og organisere seg på, samt en bevisstgjøring rundt flere viktige samfunnstendenser og indre og ytre aspekter ved mennesket i en større kontekst.

## 6.0 AVSLUTNING

Denne studien har undersøkt helsepersonell ved FLS sin forståelse av livsmestring som begrep, og hvordan livsmestring kommer, eller kunne komme til uttrykk i tjenesten. Funnene viste til at livsmestring var et sammensatt begrep og en kompleks klinisk og organisatorisk utfordring for kommunehelsetjenesten. Det var en mangefasettert forståelse rundt livsmestringsbegrepet og informantene benyttet dessuten noen overlappende begreper som beskrev ulike dimensjoner av livsmestring. Noen informanter opplevde livsmestringsbegrepet som individualiserende og strebersk, imens andre så på det som et begrep som kunne gi den enkelte en opplevelse av å være et *helt* menneske. Informantene erfarte videre at livsmestring kom til uttrykk på ulike måter i tjenestetilbudet; alt fra kroppslige og konkrete til mentale verktøy og tankesett. I forlengelsen av dette, vil grad av opplevd livsmestring blant deltagerne ikke nødvendigvis handle om individet selv, men hvordan det samfunnet og det systemet vi lever i er rigget. Noen var også usikre på om en livsmestringstilnærming i det hele tatt skulle være en del av deres mandat, da det fort kunne bli for altomfattende. Flere av informantene så likevel verdien i økt kompetanse rundt livsmestring for å kunne jobbe mer helhetlig. Men dette ville følgelig også kreve en endring og innovasjon i ytre rammer i kommunehelsetjenesten; ulike samarbeidsformer, organisering og ressurstilgang.

Livsmestring kan sees på som en dynamisk og relativ prosess samt et livslangt læringsforløp, fremfor lineært og objektivt med et endelig mål. Livsmestring kan videre forstås som motstandskraft og det å håndtere livets utfordringer – adferdsmessige, kognitive og emosjonelle – som i sin tur vil påvirke helsen – psykisk og fysisk. Med dette virker livsmestring å støtte opp under en holistisk forståelse av helsebegrepet; mennesket er et sammensatt åndsvesen med en metafysisk virkelighet og erfaringsverden, men også et biologisk vesen preget av fysiske og materielle lover. Videre synes det å virke livsmestringsfremmende det å normalisere livsutfordringer, som kan føre til et videre normalitetsbegrep hvor flere føler seg «innenfor». Det å være oppmerksom på realistiske forventinger, aksept og det «å være», antydes til å fremme livsmestring. Dessuten, det å sette søkelys på å bygge opp motstandskraft og evnen til å takle utfordringer, kan påstås å være mer nyttig enn å utelukkende fokusere på å fremme lykke og velvære. Det kan virke som utslagsgivende at helsepersonell ved FLS legger til rette for en åpen og vennlig atmosfære, samt tar utgangspunkt i individet med å spørre, lytte, anerkjenne og utforske, da livsmestring er en såpass subjektiv individuell opplevelse. Det kan antakelig videre være viktig å erkjenne at et menneske er grunnleggende sårbart og relasjonelt. I livsmestring blir det dermed også

essensielt å ikke legge alt ansvaret på individet, men også miljøet rundt kan være utslagsgivende. Her kan FLS spille en betydningsfull rolle for kommunens innbyggere.

### 6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studiens funn er som tidligere nevnt ikke generaliserbare, men kan gi en ny innsikt og en bredere forståelse av fenomenet livsmestring. Implikasjoner for praksis blir å sikre at ansatte i FLS har en felles forståelse av mandatet og har en felles forståelse av helhetlig helsehjelp, som igjen kan operasjonaliseres i tjenestetilbudet. Funnene i studien støtter også opp under mer fokus og satsing på samarbeid og samskapingsprosesser i folkehelsearbeidet i kommunen. Dette kan eksempelvis innebære å samlokalisere ulike helsefremmende tilbud for å gjøre det lettere tilgjengelig for innbyggerne. Studien peker på at det er behov for forskning relatert til organisering og innovative løsninger for å kunne gi mer helhetlige tilbud i fragmenterte helsefremmende kommunale tjenester. Helseutfordringene blant innbyggerne generelt, og deltagerne på FLS spesielt, synes å være komplekse og krever kompetanse på tvers av profesjoner. Det foreslås også på bakgrunn av denne studien mer forskning på deltagerne ved FLS sin forståelse av livsmestring og hva som gir mestringsopplevelse.

## LITTERATURLISTE

- Aked, J., Marks, N., Cordon, C. & Thompson S. (u.å.). *Five Ways to Wellbeing: Connect, Be active, Take notice, Keep learning, Give*. NEF (new economics foundation)  
<https://neweconomics.org/uploads/files/five-ways-to-wellbeing-1.pdf>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass.
- 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 Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Antonovsky, A. & Sagy, S. (2022). Aaron Antonovsky, the Scholar and the Man Behind 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* (s. 15-24). Springer International Publishing.
- Arendal kommune (u.å.). *Tankeviruskurs*. <https://www.arendal.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/friskliv-og-aktivitet/frisklivssentralen/tankeviruskurs/>
- Barstad, A., Normann, T., Nes, R., Reneflot, A., Røysamb, E., Hougen, H. & Herheim, Å. (2016). *Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. Helsedirektoratet. [Rapportmal logofigur - enkel \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapportmal-logofigur-enkel)
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Gyldendal akademisk.
- Bergen kommune (u.å.). *Kurs på Frisklivssentralen*. <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/folkehelse/friskliv-og-mestring/kurs-pa-frisklivssentralen>
- Bergh, H., Baigi, A., Fridlund, B. & Marklund, B. (2006). Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health*, 120(3), 229-236. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.08.020>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bramtsæter A. L., Haugen M., Øverland S., Meltzer, H. M. (2017). *Kostholdets betydning for fysisk og psykisk helse, ny kunnskap: svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Folkehelseinstituttet*. Folkehelseinstituttet. [www.fhi.no/publ/2017/kostholdets-betydning-for-fysisk-og-psykisk-helse-ny-kunnskap](https://www.fhi.no/publ/2017/kostholdets-betydning-for-fysisk-og-psykisk-helse-ny-kunnskap)
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. [Victoria Clarke]. (2018). *Thematic analysis - an introduction* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=5zFcC10vOVY>
- Brinkmann, S. (2015a). *Stå imot: Si nei til selvutvikling*. Forlaget Press.

- Brinkmann, S. (2015b). Patologiseringstenen: Diagnoser og patologier før og nå. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte livet: Økende sykkeliggjøring i samfunnet*. Fagbokforlaget.
- Brinkmann, S. (2017). *Ståsteder: 10 gamle ideer til en ny verden*. Forlaget Press.
- Brinkmann, S. (2018). *Gå glipp: Begrensningens kunst i en grenseløs tid*. Forlaget Press.
- Brorson, H. H. (2022). *Tankevirus*. Gyldendal akademisk.
- Børve, T. A., Dalgard, O. S. & Nærva, A. (2009). *Kurs i mestring av belastning: Et kurs basert på kognitiv metode*, (2. utg.). Rådet for psykisk helse.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Helsedirektoratet. [Well-being på norsk.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., & O'Dowd, A. (2020). Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 16(6), 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Choi, K. W., Chen, C. Y., Stein, M. B., Klimentidis, Y. C., Wang, M. J., Koenen, K. C. & Smoller, J. W. (2019). Assessment of Bidirectional Relationships Between Physical Activity and Depression Among Adults: A 2-Sample Mendelian Randomization Study. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 399–408. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4175>Fysisk
- Christie, W. (2017). Natur, kultur og evolusjon. I G. Tellnes. *Helsefremmende samhandling: Natur og kultur som folkehelse* (s. 26-33). Fagbokforlaget.
- Dalgard O., S. (2004). Kurs i mestring av depresjon - en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 124(23), 3043-3046. <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2004--3043-6.pdf>
- Das, P., & Horton, R. (2012). Rethinking our approach to physical activity. *The Lancet*, 380(9838), 189-190. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61024-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61024-1)
- Departementene (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Helse- og omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2008). Kvalitativ tilnærming i sykeleieforskning: en introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 10(3), 23-38. <http://hdl.handle.net/11250/273570>
- Drugli, M. B. & Lekhal, R. (2018). *Livsmestring og psykisk helse*. Cappelen Damm Akademisk.
- Edwards, C. & Imrie, R. (2008). Disability and the implications of the wellbeing agenda: Some reflections from the United Kingdom. *Journal of Social Policy*, 37(3), 337-355. <https://doi.org/10.1017/S0047279408001943>
- Ekornrud, T. (2016). Frisklivssentralene i frammarsj. *Samfunnsspeilet*, 2016(3), 10-23. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/280794?ts=157b3dda570>

- Ellingsen, S. & Dragset, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377–396. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
- Eriksen, I. M., Sletten, M. A., Bakken, A. & von Soest, T. (2017). *Stress og press blant ungdom: Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager*. NOVA. [boligbehov og boligplanlegging \(oslomet.no\)](http://boligbehov.og.boligplanlegging.oslomet.no)
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Almquist & Wiksell.
- Fisher, P. & Wells, A. (2011). *Metakognitiv terapi: En innføring*. Gyldendal akademisk.
- Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata. [Folkehelseloven - fhl - Lovdata Pro](http://Folkehelseloven-fhl-Lovdata-Pro)
- Folkehelseinstituttet (2018). *Folkehelse rapporten – kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Fugelli, P. (2005). *Rød resept: Essay om perfektjon, prestasjon og helse*. Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. (2008). *Nokpunktet: Essay om helse og verdighet*. Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk: God helse slik folk ser det*. Gyldendal akademisk.
- Følling, I. S., Joramo, K., & Helvik, A. (2023). Participants stories about long-term achievement 60-months after attending a Healthy Life Centre programme (the VEND-RISK study) - a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2162984>
- Giddens, A., & Schultz Jørgensen, S. (1996). *Modernitet og selvidentitet: Selvet og samfundet under sen-moderniteten*. Hans Reitzels Forlag.
- Green, J., Cross, R., Woodall J. & Tones, K. (2019). *Health promotion: Planning and strategies* (4. utg.). SAGE Publications Ltd.
- Greco, M. & Stenner, P. (2013). Happiness and the art of life: Diagnosing the psychopolitics of wellbeing. *Health, Culture and Society*, 5(1), 1–19. <https://doi.org/10.5195/HCS.2013.147>
- Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N. & Fava, G. A. (2021). Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(1), 11–27. <https://doi.org/10.1159/000510696>
- Hernæs, N. (2018). Lei av å tenke positivt? Tenk negativt! *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2017/12/lei-av-tenke-positivt-tenk-negativt>
- Harbaugh, W. T., Mayr, U. & Burghart, D. R. (2007). Neural responses to taxation and voluntary giving reveal motives for charitable donations. *Science*, 316(5831), 1622–1625. <https://doi.org/10.1126/science.1140738>
- Hagen, I. (2018). *Lykkeverktøy: For fagfolk som jobber med mennesker*. Cappelen Damm Akademisk.



- Haugen, M. B. (2020). *Å leve med kronisk sykdom: En kvalitativ studie om erfaringer med livsstyrketrening i Asker kommune*. [Masteroppgave, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet]. <https://hdl.handle.net/11250/2721174>
- Haugli L. & Steen E. (2001). *Kroniske muskel/skjelettsmerter og selyforståelse. Utvikling og evaluering av en læringsmodell som vektlegger kroppen som meningsbærer*. Unipub forlag, Akademika.
- 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 Metoprolitan University. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/1328>
- Hellevik, O. (2011). Verdier. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s. 237-242). Fagbokforlaget.
- Helliwell, J. & Aknin, L. (2018). Expanding the social science of happiness. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 248–252. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0308-5>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. [Helse- og omsorgstjenesteloven - hol - Lovdata Pro](https://lovdata.no/dokument/lov/2011-06-24-30)
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering, organisering og tilbud* [oppdatert 2022]. [Veileder for kommunale frisklivssentraler \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler)
- Helsedirektoratet (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. [Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet.pdf)
- Helsedirektoratet (2016). *Hva er en frisklivssentral?* [Hva er en frisklivssentral? - Helsedirektoratet](https://helsedirektoratet.no/hva-er-en-frisklivssentral)
- Helsedirektoratet (2019). *Tilbud ved frisklivssentraler og veilederkurs*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs>
- Hjort, P. F. (1994). *Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93*. Statens institutt for folkehelse.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holdt-Aanensen, H. P. (2021). *Livsstyrketreningskursets betydning for deltakernes sosiale relasjoner*. [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger]. <https://hdl.handle.net/11250/2784207>
- Hotvedt, I. M. (2022). *Frisklivssentralens suksessfaktorer. Hvilke faktorer trekker deltakere frem som viktige i gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen?* [Masteroppgave, Universitetet i Sørøst-Norge]. <https://hdl.handle.net/11250/3011416>
- Illich, I. (1975). *Medisinsk nemesis*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Verdier og prinsipper for grunnopplæringen – overordnet del av læreplanverket*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/verdier-og-prinsipper-for-grunnopplaringen/id2570003/>

- Kristiansand kommune (2019). *Drop-in Livsmestring*.  
<https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/helse-velferd-og-omsorg/rus-og-psykisk-helse/drop-in/>
- Krogh, A. H., Sørensen, E. & Torfing, J. (2020). Samskabelse af innovative offentlige løsninger. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Samskaping: Sosial innovasjon for helse og velferd* (s. 45-62). Universitetsforlaget.
- Krokstad, S., Weiss, D. A., Krokstad, M., A., Rangul, V., Kvaløy, K., Ingul, J. M., Twenge, J. & Sund, E. R. (2022). Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: Repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ open*, 12(5), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057654>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg). Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer: En kunnskapsoppsummering*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).  
<https://napha.no/content/14907/salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-napha>
- Langelang, E. (2017). Salutogenese og tilhørighet. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling: Natur og kultur som folkehelse* (s. 38-45). Fagbokforlaget.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Levine, G. N., Cohen, B. E., Commodore-Mensah, Y., Fleury, J., Huffman, J. C., Khalid, U., Darwin, L. R., Lavretsky, H., Michos, E., Satz, E. S. & Kubzansky, L. D. (2021). Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 143(10), 763-783.  
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000947>
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 3(3), 172-175. <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/682162.pdf>
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- Lien, L. & DeMarinis, V. (2017). Mentale lidelser kan forebygges. I G. Tellnes (Red.), *Helsefremmende samhandling: Natur og kultur som folkehelse* (s. 128-132). Fagbokforlaget
- Lindmark, U., Stegmayr B., Nilsson, B., Lindahl, B. & Ingegerd, J. (2005). Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition Journal*, 4(9), 1-7.  
<http://doi.org/10.1186/1475-2891-4-9>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget
- Madsen, O. J. (2020). *Livsmestring på timeplanen: Rett medisin for elevene?* Spartacus Forlag.
- Madsen, O. J. (2014). *Det er innover vi må gå: En kulturpsykologisk studie av selvhjelp*. Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mammen G., Faulkner G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 649-657. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.001>
- Mathisen, T. F., Bråten, V., Rustaden, A. M., Lorentzen, H., Rosebø, K. G. & Juhasz, I. C. (2022). *Bør Frisklivssentralen være lovpålagt?* Dagens Medisin. [https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/06/09/bor-frisklivssentralen-vare-lovpalagt/Mathisen et al., 2022](https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/06/09/bor-frisklivssentralen-vare-lovpalagt/Mathisen%20et%20al.,%202022)
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Mittelmark, M. B. & Bauer, G. F. (2022). 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* (s. 7-14). Springer International Publishing.
- Moum, G. K. (2022). *Deltakernes motivasjon for livsstilsendring på frisklivssentralen*. [Masteroppgave, Innland Norway University]. <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/3019306>
- Moyers, S. A. & Hagger, M. S. (2020) Physical activity and sense of coherence: A meta-analysis, *International Review of Sport and Exercise Psychology*, Vol. ahead-of-print, 1-29 [10.1080/1750984X.2020.1846068](https://doi.org/10.1080/1750984X.2020.1846068)
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion* (4. utg.). Bailliere Tindall.
- Nes, R. B., Hansen T., Eilertsen M., Røysamb E. & Nilsen, T. S. (2021). *Livskvalitet i Norge. Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge* [nettdokument]. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>
- Nes, R. B., Eilertsen, M. G., Nilsen, T. S. & Hansen, T. (2022). *Lykken satt på prøve: Verdens lykkerapport 2022 viser økt stress og bekymring og en pandemi av generøsitet*. <https://www.fhi.no/ps/livskvalitet-og-trivsel/lykken-satt-pa-prove-verdens-lykkerapport-2022-viser-okt-stress-og-bekymrin/>
- Nielsen, D. A., Hjørnhold, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Næss (2011). Språkbruk og definisjoner. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: Forskning om det gode liv* (s. 15-47). Fagbokforlaget.

- Prebensen, C. & Hegstad, R. (2017). LNU. *Livsmestring i skolen*. [LiS Sluttrapport versjon 2 \(lnu.no\)](#)
- Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and health: what do we know and where next should we go? *Annual review of psychology*, 70(1), 627-650. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>
- Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the Intersection of Psychology, Philosophy, and Politics. *American Journal of Community Psychology*, 65(1-2), 16–34. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12368>
- Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Psychological Health and Well-Being in Nonclinical Samples: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394–411. <https://doi.org/10.1037/str0000165>
- Rådet for psykisk helse. (2017). *Sluttrapport: Hverdagsglede – utviklet nasjonalt kurs*. [Hverdagsglede utvikle nasjonalt kurs 2017 HE2 187258.pdf](#)
- Rådet for psykisk helse (2018). *Evalueringsrapport av pilotkurset Hverdagsglede*.
- Rådet for psykisk helse (u.å.). *Forskning på Hverdagsglede*. [Forskning på Hverdagsglede | Rådet for psykisk helse](#)
- Samdal G. B., Eide, G. E., Barth T., Williams G., Meland E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults: systematic review and meta-regression analyses. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>
- Samdal, G. B. (2019). *Behaviour change interventions in primary health care*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen]. <https://hdl.handle.net/1956/24092>
- Samdal, G. B., & Meland, E. (2022). Ten years' of Healthy Life Centers – research and directions for future work. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7), 1034–1038. <https://doi.org/10.1177/140349482211081640>
- Sevild, C. H., Dyrstad, S. M., & Bru, L. E. (2020a). Psychological Distress and Physical Activity Levels among People Consulting a Healthy Life Centre for Lifestyle Change. *Physical Activity and Health*, 4(1), 76-85. <https://doi.org/10.5334/paah.55>
- Sevild, C. H., Niemiec, C. P., Bru, L. E., Dyrstad, S. M., & Husebø, A. M. L. (2020b). Initiation and maintenance of lifestyle changes among participants in a healthy life centre: A qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09111-8>
- Sevild, C. H. (2021). *The Complexity of Lifestyle Change, Motivation, and Health Among Participants in a Healthy Life Centre*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Stavanger]. [https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/2757479/Cille\\_Hagland\\_Sevild\\_PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/2757479/Cille_Hagland_Sevild_PhD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto K., O`connor, E., Ferguson, T., Eglits, E., Miatke, A., Simpson, C. E. & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview

- of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 2023(0), 1-10.  
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>
- Solberg, B. [NTNU undervisning]. (2019). *Hva er forskningsetikk og hvorfor trenger vi den?* [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=Savq\\_-NkWKM](https://www.youtube.com/watch?v=Savq_-NkWKM)
- Sjørbotten, I. (2021). *En kvalitativ studie om betydningen av mestringskurset Livstyrketrening for kvinners hverdagsliv og helse*. [Masteroppgave, Høgskolen i Innlandet].  
<https://hdl.handle.net/11250/2728099>
- Sointu, E. (2005). The rise of an ideal: Tracing changing discourses of wellbeing. *The Sociological Review*, 53(2), 255-274. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2005.00513.x>
- Statistisk sentralbyrå (2019). *Levekårsundersøkelsen om helse 2019: Dokumentasjonsrapport*.  
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/levkarsundersokelsen-om-helse-2019>
- Statistisk sentralbyrå (2020). *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019: Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom* (Rapporter 2020/54). [Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019. Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-og-tilsvarende-helsefremmende-tilbud-i-norske-kommuner-2019)
- Statistisk sentralbyrå (2021). *Livskvalitet i Norge 2021* (Rapporter, 2021/27). [Livskvalitet i Norge 2021 \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/livskvalitet)
- Stavanger kommune (2023). *Hverdagsglede*. <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehuset2/hva-skjer/hverdagsglede/>
- Steen, E. & Haugli, L. (2016) *Program for kurs i livsstyrketrening*. Revidert av Zangi A., H. & Ringdal T. VID vitenskapelige høyskole. [Arbeidsforskningsinstituttet \(livsstyrketrening.no\)](https://www.arbeidsforskning.no/livsstyrketrening)
- Stenberg, U., Øverby, M. H., Fredriksen, K., Kvisvik, T., Westermann, K. F., Vågan, A., Olsson, A. B. S. (2017). Utbytte av lærings- og mestringstilbud. *Sykepleien*, 105(4), 52-55.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.61278>
- [Stiftelsen Dam \(u.å\). Hverdagsglede: i samarbeid Rådet for psykisk helse.](https://dam.no/prosjekter/hverdagsglede/?msclid=921e9a51af5c11ec9043d6c200c614bc)  
<https://dam.no/prosjekter/hverdagsglede/?msclid=921e9a51af5c11ec9043d6c200c614bc>
- Sælid G. A., Czajkowski, N. O., Holte A., Tambs K. & Aarø L. E. (2016). Coping With Strain (CWS) course - its effects on depressive symptoms: A four-year longitudinal randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(4), 321-327.  
<https://doi.org/10.1111/sjop.12289>
- Tankevirus (u.å). *Om forskningsprosjektet*. <https://tankevirus.no/forskning/>
- Tellnes, G. (2017a). Hvorfor helsefremmende samhandling? I. G. Tellnes. *Helsefremmende samhandling: Natur og kultur som folkehelse* (s. 14-22). Fagbokforlaget.
- Tellnes, G. (2017b). NaKuHel-konseptet. I. G. Tellnes. *Helsefremmende samhandling: Natur og kultur som folkehelse* (s. 197-198). Fagbokforlaget.
- Tellnes, G. (2017c). *Helsefremmende samhandling: Natur og kultur som folkehelse*. Fagbokforlaget.
- Tesli, M. S., Handal, M., Kirkøen, B., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2014). Psykiske plager og lidelser hos voksne. *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. [nettdokument, oppdatert 2023].

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>

Universitetet i Oslo (2021). *Hverdagslede for alle*.

<https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/hverdagsglede/index.html>

van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M., & Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature Human Behaviour*, 5(5), 631-652.

<https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>

Valla, B. (2022). *Hjelp som hjelper: Psykisk helsetjeneste med lav terskel*. Universitetsforlaget.

Vinje, H. F., Langeland, E., & Bull, T. (2022). Aaron Antonovsky's development of salutogenesis, 1979–1994. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (s. 25-42). Springer International Publishing.

White, C. A., Uttl, B., & Holder, M. D. (2019). Meta-analyses of positive psychology interventions: The effects are much smaller than previously reported. *PLoS One*, 14(5), 1-48. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216588>

Willumsen, E. & Kjeldstadli, E. (2020). Hvordan kan innovasjon og samskaping bidra til framtidig bærekraft i kommunene? I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Samskaping: Sosial innovasjon for helse og velferd* (s. 114-129). Universitetsforlaget.

World health organization (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools : Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes*. [WHO MNH PSF 93.7A Rev.2.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/psf937a_rev2.pdf)

World health organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Zangi H. A., Finset, A., Steen, E., Mowinkel, P., Hagen K. B. (2009). The effects of a vitality training programme on psychological distress in patients with inflammatory rheumatic diseases and fibromyalgia: a 1-year follow-up. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 38(3), 231 - 232. <https://doi.org/10.1080/03009740802474680>

Zangi, H., Hauge, M., Steen, E., Finset, A., & Hagen, K. (2011). "I am not only a disease, I am so much more". Patients with rheumatic diseases' experiences of an emotionfocused group intervention. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 419-424. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.12.032>

Zangi, H., Mowinckel, P., Finset, A., Eriksson, L., Høystad, T., Lunde, A., & Hagen, K. (2012). A mindfulness-based group intervention to reduce psychological distress and fatigue in patients with inflammatory rheumatic joint diseases: A randomised controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71(6), 911-917. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-200351>

Zangi, H., & Haugli, L. (2017). Vitality training - A mindfulness- and acceptance-based intervention for chronic pain. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2095–2097. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.032>

## VEDLEGG

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

Vedlegg 2: Invitasjon til studie og samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Tabell 1

Vedlegg 5: Transkripsjonsregler

# Vurdering

**Dato**

03.08.2022

**Type**

Standard

**Referansenummer**

843142

**Prosjekttittel**

Livsmestring på frisklivssentraler - en kvalitativ studie

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

**Prosjektansvarlig**

Kine Gjesdal

**Student**

Karianne Sand Stangeland

**Prosjektperiode**

01.09.2022 - 01.08.2023

[Meldeskjema](#) 

**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**DEL PROSJEKTET MED STUDENTEN**

Vi registrerer at kun prosjektansvarlig har tilgang på meldeskjemaet, og anbefaler at dette deles med studenten. Dette kan gjøres ved å velge "Del prosjekt" øverst til venstre i skjemaet.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.8.2023.

**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**

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

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

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold,



jf. art. 12.1 og art. 13.

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester 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).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt 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 oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!

## Vil du delta i forskningsprosjektet:

### ”Ansattes erfaringer med livsmestring på frisklivssentraler”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å utforske synspunkter rund helsefremmende lavterskeltilbud i ulike kommuner, og undersøke hvordan tilnærmingen fungerer i praksis med formål om å styrke livsmestring til innbyggere. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Prosjektet er en masteroppgave med problemstillingen: *Hvordan erfarer ansatte ved frisklivssentraler helsetilbudet i relasjon til livsmestring?*

Formålet er å undersøke hvordan fagpersoner som jobber ved Frisklivssentraler erfarer helsetilbudet knyttet opp mot livsmestring.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

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

Du blir forespurt om å delta fordi du er ansatt ved en Frisklivsentral.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det fokusgruppeintervju med fysisk oppmøte og med varighet på ca. 45 minutter. Intervjuet gjennomføres på din arbeidsplass. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet.

#### 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 tar opp og lagrer intervjuene/lydfilene på en forsvarlig måte gjennom Nettskjema sin diktafonapp. Ditt signerte samtykke til deltakelse og koblingsnøkkel oppbevares innelåst og separat fra lydfilen. Det er kun masterstudent Karianne Sand Stangeland som har tilgang til lydfilen og koblingsnøkkelen.

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

Lydfilene slettes etter prosjektslutt 1. august 2023.

#### 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 Stavanger* har NSD – Norsk senter for forskningsdata 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 Stavanger ved Kine Gjesdal, [kine.gjesdal@uis.no](mailto:kine.gjesdal@uis.no)
- Karianne Sand Stangeland, [kas.stangeland@stud.uis.no](mailto:kas.stangeland@stud.uis.no)
- Vårt personvernombud: Rolf Jegervatn, [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Kine Gjesdal*  
(Førsteamanuensis/veileder)

*Karianne Sand Stangeland*  
(masterstudent i helsevitenskap)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Folkehelse og livsmestring i kommunehelsetjenesten*». Jeg samtykker til å delta i intervju og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet:

---

# INTERVJUGUIDE

## Tema 1: Frisklivssentralens rolle og organisering

- (Fortell litt om hva frisklivssentralarbeid bygger på slik dere forstår det?)
- Hvilken rolle *erfarer dere* at Frisklivssentralen har i folkehelsearbeidet i kommunen?
- Hvilken rolle *kan* Frisklivssentralen potensielt få tenker *dere*?
- Hva *erfarer dere* som mest utfordrende med å jobbe her?
- Fortell litt om hvordan deres frisklivssentral er organisert.
- Hva syntes *dere* om måte det er organisert på? Kunne det vært organisert annerledes?
- Fortell litt om ulike samarbeid med andre instanser. Hvordan erfarer dere dette/disse samarbeidene?

## Tema 2: Helsetilbud knyttet opp mot psykisk helse/livsmestring

- Fortell kort om hvilke helsetilbud dere tilbyr innbyggerne.
- Hvis dere har tilbud rettet mot psykisk helse, si noe om arbeidsprosessen frem mot å få dette?
- Hva *tenker dere selv* om at kursene nå inkluderer psykisk helse?
- Var det en årsak til at dere valgte akkurat disse/det kursene(et) (spesielt rettet mot psykisk helse)? Og hva synes dere er bra og eventuelt mindre bra/utfordrende med kurset?
- **Hvordan tror dere (navn på tilbud) kan hjelpe deltagerne i å kjenne på mestring av eget liv?**
- **Dere jobber med helse – det å mestre helseutfordringer. Hvordan kan det å «mestre livet» henge sammen med helse?**
- **Hva legger dere i ordet livsmestring?**

## Tema 3: Metaperspektiv: Folkehelsearbeid, psykisk helse og livsmestring

- Reagerte noen på at begrepet livsmestring ble brukt i problemstillingen?
- Var det et annet begrep dere syntes hadde vært mer passende?
- Noen tanker på *fokuset* rundt psykisk helse i vår samtid?
- **Hva tenker dere rundt temaet livsmestring, på et overordnet plan, og dens relevans til folkehelsearbeid?**

## Avrundning

- Noe mer dere vil si om frisklivsarbeid i kommunen og/eller livsmestring?

**Tabell 1. Utvalgsbeskrivelse**

| Intervju nr. | Profesjon og utdanning   | Erfaring i FLS | Kjønn |
|--------------|--|----------------|-------|
| 1.           | A. Fysioterapeut, videreutdanning i livsstyrketrening, snart mastergrad i familierapi  | 11 år          | K     |
|              | B. Bachelor i ernæring og master i helsevitenskap  | 5 år           | K     |
|              | C. Fysioterapeut, videreutdanning i livsstyrketrening samt helse- og fedmebehandling   | 7 år           | K     |
| 2.           | A. Fysioterapeut under master i helsevitenskap   | 9 år           | K     |
|              | B. Fysioterapeut med master i helsevitenskap og videreutdanning i kognitiv terapi  | 9 år           | K     |
| 3.           | A. Fysioterapeut   | 5 år           | K     |
|              | B. Fysioterapeut   | 3 år           | K     |
| 4.           | A. Fysioterapeut, nyutdannet sommer -22  | Vikar ½ år     | K     |
| 5.           | A. Fysioterapeut, master i folkehelsevitenskap   | 11 år          | K     |
|              | B. Ernæringsfysiolog, bachelor i idrett, bachelor og master i ernæring   | 10 år          | K     |
| 6.           | A. Fysioterapeut, master i tverrfaglig smerteforståelse, videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og kognitiv adferdsterapi | 7 år           | K     |
|              | B. Bachelor i idrettsvitenskap, bachelor i ernæring og Praktisk Pedagogisk Utdanning   | 4 år           | K     |

## **Transkripsjonsregler**

A, B, C for aidentifisering

I = intervjuer

Har ikke med fyllord som ehm, ja, mm, hm, hehe etc..

Enkel omformulering: og så har jeg, ja, jeg har jobbet med → og så har jeg jobbet med

Kursiv = informanten legger trykk på ett ord

... = pause