

2018:00502 - Åpen

Rapport

Resiliente og helsefremmende lokalsamfunn

En kunnskapsoppsummering

Forfattere

Jannike Kaasbøll

Line Melby, Eva Lassemo



SINTEF Teknologi og samfunn

Postadresse:
Postboks 4760 Torgarden
7465 Trondheim

Sentraltbord: 73593000

info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919 303 808 MVA

Rapport

Resiliente og helsefremmende lokalsamfunn

En kunnskapsoppsummering

EMNEORD:

Resiliens
Psykisk helse
Helsefremming
Beskyttende faktorer
Lokalsamfunn
Kommune
Befolkning

VERSJON

1.0

DATO

2018-05-04

FORFATTERE

Jannike Kaasbøll, Line Melby, Eva Lassemo

OPPDRAKSGIVER

KS

OPPDRAKSGIVERS REF.

Ellen Dehli

PROSJEKTNR

102017011

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

37

SAMMENDRAG

Overskrift sammendrag

Målet med kunnskapsoppsummeringen var å belyse følgende problemstillinger: Hva vet forskningen om hvilke faktorer som virker helsefremmende i et befolkningsperspektiv? Hvordan kan forståelsen av resiliensbegrepet brukes i lokalsamfunnsutvikling? Hva er de viktigste beskyttelsesfaktorer i robuste lokalsamfunn? Oppdragsgiver er KS. I kunnskapsoppsummeringen har vi avgrenset oss til sosiale faktorer som virker helsefremmende på befolkningens psykiske helse. Dette er også kjent som sosiale helsedeterminanter. Litteraturgjennomgangen viste at viktige helsefremmende faktorer på befolkningsnivå omfatter sosial tilhørighet, deltakelse, sosial støtte, sosial kapital og like muligheter for alle. Videre, så tyder teoretiske artikler samt empiriske studier på at *community resilience* er et begrep som kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i når det gjelder utvikling av robuste, helsefremmende og resiliente lokalsamfunn. Viktige beskyttelsesfaktorer knyttet til psykisk helse og/ eller wellbeing på lokalsamfunnsnivå inkluderer bruk- og tilgjengelighet av sosial kapital, sosiale bånd og interaksjon samt tilgang til gode barnehager, skoler og helsetjenester. Det er behov for forskning knyttet til hvordan den enkelte innbygger og ulike lokalsamfunn kan stimuleres igjennom tilrettelegging av sosial og fysisk aktivitet, mestring og utvikling av tilhørighet og hvilke konsekvenser dette har for psykisk helse.

UTARBEIDET AV

Jannike Kaasbøll

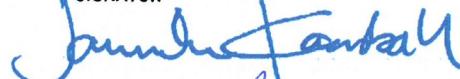
KONTROLLERT AV

Stine Hellum Braathen

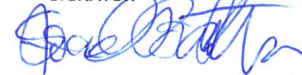
GODKJENT AV

Jon Harald Kaspersen

SIGNATUR



SIGNATUR



SIGNATUR



RAPPORTNR

2018:00502

ISBN

978-82-14-06902-0

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Sammendrag.....	4
1 Innledning	6
1.1 Psykisk helse i et helsefremmende perspektiv	6
1.2 Kunnskapsbasert arbeid i kommunene	7
1.3 Problemstillinger	7
2 Metode	8
2.1 Litteratursøk.....	8
2.2 Databaser og søkeord	8
2.3 Avgrensning og inkludert litteratur	9
3 Hva vet forskningen om hvilke faktorer som virker helsefremmende i et befolkningsperspektiv?	11
3.1 Helsefremmende faktorer	12
3.2 Sosiale helsedeterminanter	12
3.3 Et livsløpsperspektiv på helsefremming	13
3.3.1 Barndom og oppvekst.....	14
3.3.2 Den voksne befolkningen	15
3.3.3 Eldre.....	16
4 Hvordan kan forståelsen av resiliensbegrepet brukes i lokalsamfunnsutvikling?	18
4.1 Lokalsamfunn.....	18
4.2 Resiliens	18
4.2.1 Resiliens og psykisk helse	19
4.2.2 Community resilience	19
4.2.3 Relaterte begrep.....	21
4.3 Resiliensbegrepet og lokalsamfunnsutvikling.....	21
4.3.1 Resiliensbegrepet i lokalsamfunnsutvikling – et eksempel fra Luleå kommune	23
5 Hva er de viktigste beskyttelsesfaktorer i robuste lokalsamfunn?.....	25
5.1 Hva er et robust lokalsamfunn?.....	25
5.2 Hva er en beskyttelsesfaktor?	25
5.3 De viktige beskyttelsesfaktorer i robuste lokalsamfunn	26

5.3.1	"Nabolagseffekter"	27
5.3.2	Deltagelse i lokalsamfunnet	28
5.3.3	Sosial tilhørighet	28
5.3.4	Tilgang til gode barnehager, skoler og helsetjenester	29
5.3.5	"Community mental health promotion" - syv lokalsamfunn i Lofoten	29
6	Konklusjon	31
7	Referanser	32

Sammendrag

Kunnskapsoppsummeringen om helsefremmende og resiliente lokalsamfunn baserer seg på en litteraturgjennomgang av fagfellevurdert forskningslitteratur om helsefremming, resiliens og beskyttende faktorer knyttet til psykisk helse, på lokalsamfunnsnivå og befolkningsnivå. Oppdragsgiver for kunnskapsoppsummeringen er KS. Totalt 149 artikler inngikk i litteraturgjennomgangen, hvorav 120 vitenskapelige artikler (kvantitative studier, oversiktsartikler, litteraturstudier og teoretiske artikler og noen kvalitative studier) og 29 gråliteratur tekster (rapporter, bøker, nettsider).

Kunnskapsoppsummeringen har som mål å belyse følgende problemstillinger:

1. Hva vet forskningen om hvilke faktorer som virker helsefremmende i et befolkningsperspektiv?
2. Hvordan kan forståelsen av resiliensbegrepet brukes i lokalsamfunnsutvikling?
3. Hva er de viktigste beskyttelsesfaktorer i robuste lokalsamfunn?

Hva vet forskningen om hvilke faktorer som virker helsefremmende i et befolkningsperspektiv?

Helsefremmende arbeid kan settes inn på ulike nivå i befolkningen, og forskningslitteraturen peker på at det har vært en dreining i folkehelsearbeidet fra fokus på livsstils- og atferdsendringer hos individet til utvikling av tiltak på lokal- eller storsamfunnsnivå. Når det gjelder helsefremmende faktorer har vi i kunnskapsoppsummeringen avgrenset oss til sosiale faktorer som virker helsefremmende på befolkningens psykiske helse. Dette er også kjent som sosiale helsedeterminanter. Disse omfatter sosial tilhørighet, deltakelse, sosial støtte, sosial kapital og like muligheter for alle.

Sosial tilhørighet kan forstås som en persons opplevelse av å inngå i en større sosial sammenheng og å være inkludert som venn eller medlem i sosiale fellesskap. Sosiale fellesskap og tilhørighet kan oppstå på forskjellige arenaer som i familien, på arbeidsplassen, i nabolaget og gjennom fritidsaktiviteter. **Deltakelse** på ulike sosiale arenaer har betydning for psykisk helse fordi det gir muligheter for utfoldelse av egne evner, utvikling av selvtillit og for opplevelse av mening i tilværelsen, foruten at deltakelse skaper sosial tilhørighet. **Sosial støtte** omfatter først og fremst empati og følelsesmessig støtte fra andre mennesker, men også praktisk hjelp og sosial kontroll. Sosial støtte er særlig viktig når en person er utsatt for påkjenninger og negative livshendelser. **Sosial kapital** refererer overordnet til grad av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold mellom innbyggerne i et samfunn. Sosial kapital på kollektivt nivå kan forstås som graden av tillit og sosial integrasjon i lokalsamfunnet. **Like muligheter for alle** betyr fravær av stor sosial ulikhet i befolkningen. En rettferdig og jevn fordeling av muligheter på (lokal)samfunnsnivå er en viktig faktor i arbeidet med å bygge resiliens og styrke den psykiske helsen til befolkningen.

Helsefremmende arbeid skjer i alle faser av livsløpet, og i litteraturen drøftes det helsefremmende arbeidet ofte i tre ulike livsfaser: barndom og oppvekst, den voksne befolkningen og de eldre. De helsefremmende faktorene som nevnt over vil få forskjellige uttrykk og kunne realiseres på varierende måter ut i fra hvilken livsfase man retter seg inn mot. Hjemmemiljø, barnehage og skole er særlig viktig blant barn og unge, arbeidstilknytning har særlig stor betydning i voksenbefolkningen, mens ivaretagelse av sosial kontakt og nettverk er sentralt blant den eldre befolkningen.

Hvordan kan forståelsen av resiliensbegrepet brukes i lokalsamfunnsutvikling?

Litteraturgjennomgangen indikerte at det var få studier og artikler som direkte omhandlet den andre problemstillingen; hvordan forståelsen av resiliensbegrepet kan benyttes i lokalsamfunnsutvikling. På tross av mange, og til dels motstridende, definisjoner av resiliens, er det enighet om at to elementer må være til stede om det skal kunne sies at individer og/ eller lokalsamfunn framviser resiliens. Først må man utsettes for motgang (en risiko situasjon eller trussel), dernest må man suksessfullt tilpasse seg motgangen. Kunnskap om resiliensfaktorer bidrar til å øke forståelsen av hva som forebygger mentale helseproblemer hos personer som er sårbare og som kommer i en vanskelig livssituasjon. Det gir også

grunn til å hevde at forebygging og behandling bør fokusere vel så mye på fremming av beskyttende faktorer (resiliens) som på demping av stress- og sårbarhetsfaktorer.

Forståelsen av resiliensbegrepet har i de siste tiårene utvidet seg fra et individrettet fokus, spesielt knyttet til barn og unges utvikling til å også inkludere et mer samfunnsorientert fokus knyttet til kapasiteten hos enkeltpersoner, samfunn, institusjoner og systemer til å overleve, tilpasse seg og vokse, uansett hvilke former for kroniske stressfaktorer og akutte sjokk de opplever. Flere teoretiske artikler samt empiriske studier antyder at *community resilience* er et begrep som kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i når det gjelder utvikling av robuste, helsefremmende og resiliente lokalsamfunn. Community resilience kan forstås som et samfunns vedvarende evne til å utnytte tilgjengelige ressurser (energi, kommunikasjon, transport, mat osv.) for å reagere på, motstå og gjenopprette seg selv fra ugunstige situasjoner (for eksempel økonomisk sammenbrudd eller globale katastrofale farer). Litteraturgjennomgangen tyder på at et fokus på resiliens i lokalsamfunnsutvikling betyr at det i større grad legges vekt på hva ulike lokalsamfunn kan gjøre for seg selv og hvordan de kan styrke sin kapasitet, i tillegg til å konsentrere seg om sårbarhet eller behov i mer akutte situasjoner.

Hva er de viktigste beskyttelsesfaktorer i robuste lokalsamfunn?

I litteraturen benyttes helsefremmende faktorer og beskyttende faktorer ofte om hverandre, og disse begrepene er også til dels overlappende. Et sentralt spørsmål er: Kan man fremme helse uten å beskytte mot sykdom, og vice versa? Helsefremmende faktorer og beskyttende faktorer kan skilles konseptuelt, men er svært vanskelig å skille i praksis. Litteraturgjennomgangen viste at det finnes ingen studier som direkte har undersøkt hva som er de viktigste beskyttelsesfaktorene i et robust lokalsamfunn. Likevel kan man basert på resultat fra enkeltstående studier, metastudier og systematiske litteraturoversikter få et inntrykk av hvilke faktorer som er viktig for psykisk helse på lokalsamfunnsnivå.

Beskyttende faktorer knyttet til psykisk helse er ofte gruppert innenfor tre områder/ domener: Det første omhandler individuelle faktorer (biologi/ gener, intelligens, personlighet og temperament, kognitive faktorer). Det andre er faktorer knyttet til familie (samhold og støtte) og det tredje området omhandler tilgjengelighet til sosiale ressurser (venner og sosialt nettverk). Tilgang til materielle ressurser hører også til her, eksempelvis i form av minimumskrav til bolig og økonomi. Den beskyttende effekten av de forskjellige faktorene varierer over livsløpet. Samtidig kan det også variere etter kontekst eller samfunnsmiljø.

Det i hovedsak to ulike typer sett av faktorer som er viktige for psykisk helse og/ eller wellbeing på lokalsamfunnsnivå. De første omhandler sammensatte faktorer – deskriptive karakteristika ved lokalsamfunnets sammensetning, struktur og omstendigheter – som behandles i litteraturen om såkalte "**nabolageffekter**". Studiene som omhandler disse faktorene har fokusert på for eksempel vanskeligstilte nabolag. Flere av studiene som omhandler nabolageffekter har fokus på risiko heller enn på beskyttende faktorer. I en relativt stor del av resilienslitteraturen blir "beskyttende" faktorer ofte vinklet som det motsatte av risiko, eller fraværet av risiko. Eksempler på slike faktorer inkluderer fattigdom i avgrensede områder, vold/ kriminalitet og kvaliteten på boligområder. Flere risikofaktorer forekommer ofte samtidig og de kan gjensidig påvirke hverandre. Den andre type faktorer på lokalsamfunnsnivå som kan ha betydning for psykisk helse og wellbeing omhandler ulike **mekanismer og prosesser** som utgjør lokalsamfunnets fungering. Disse prosessene former hverdagslivet i et lokalsamfunn og kan mediere effekten av risikofaktorene som beskrevet tidligere. Eksempler på disse inkluderer spesielt bruken- og tilgjengeligheten av sosial kapital, sosiale bånd og interaksjon. Lokalsamfunnet kan legge opp til arenaer for meningsfylt aktivitet, og for aktiviteter som skaper opplevelse av mestring, selvtillit og sosial støtte. Det er imidlertid mer behov for forskning knyttet til hvordan den enkelte innbygger og ulike lokalsamfunn kan stimuleres igjennom tilrettelegging av sosial og fysisk aktivitet, mestring og utvikling av tilhørighet og hvilke konsekvenser dette har for psykisk helse.

1 Innledning

SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling helse, legger med dette frem rapporten fra en kunnskapsoppsummering om resiliente og helsefremmende lokalsamfunn. Oppdragsgiver for kunnskapsoppsummeringen er KS. Fagansvarlig for rapporten har vært Anne Gamme i KS og FOU ansvarlig Ellen Dehli. Kunnskapsoppsummeringen baserer seg på en litteraturgjennomgang av forskningslitteratur om helsefremming, resiliens og beskyttende faktorer knyttet til psykisk helse, på lokalsamfunnsnivå og befolkningsnivå.

Rapporten består av fire deler. Første del er en innledning som beskriver bakgrunnen for rapporten og problemstillinger. Andre del beskriver de metoder som er benyttet for å gjennomføre kunnskapsoppsummeringen. Tredje del er rapportens resultatdel (kapittel 3 til 5) og besvarer de tre problemstillingene fra punkt 1.3. Fjerde og siste del av rapporten gir en kort oppsummering basert på de nevnte problemstillingene.

1.1 Psykisk helse i et helsefremmende perspektiv

Psykisk helse er ett av tre nye innsatsområder som beskrives i den siste folkehelsemeldingen [1]. Hovedmålet er at flere innbyggere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Meldingen peker på at det ikke er nok å styrke behandlingstilbudet til de som har psykiske helseproblemer, men at vi må rette oppmerksomheten mot påvirkningsfaktorer som levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, frivillig deltakelse og forhold i nærmiljøet (ibid.).

Psykiske lidelser utgjør en av de største helsemessige samfunnsutfordringer i dag, og vil trolig være den aller viktigste årsak til sykdomsbelastning i vestlige land i 2020 [2]. Psykiske plager er mentale vansker som er belastende, men ikke i så stor grad at de kan betegnes som diagnoser. Betegnelsen psykiske lidelser, eller sykdom, brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt [3]. I følge Folkehelseinstituttet [4], har ca. en tredel av voksne i Norge en psykisk lidelse i løpet av ett år, mens åtte prosent av barn og unge til enhver tid har en psykisk lidelse. Det har funnet sted en sterk økning i behandling for psykiske lidelser, men samtidig blir stadig flere sykemeldt eller uføretrykdet for en psykisk lidelse [5-7]. De hyppigst forekommende og derfor dyreste sykdommene, depresjon, angst og alkoholmisbruk er det til en viss grad mulig å forebygge [8, 9]. Det er derfor et viktig grep å arbeide for å fremme den psykiske helsen i befolkningen.

Det meste av helsefremmende arbeid skjer i kommunene, hvor folk bor. Kommunene skal legge til rette for – og har virkemidler for - å utvikle gode lokalsamfunn som kan bidra til å skape en bedre hverdag for befolkningen [1]. Imidlertid viser Riksrevisjonens gjennomgang av det offentlige folkehelsearbeidet [10] stor variasjon i hvor langt kommunene har kommet i å etablere et systematisk folkehelsearbeid. Riksrevisjonen peker også på at kommunene er usikre på hvordan de skal møte den store folkehelseutfordringen som psykisk sykdom er (ibid.). Interessen for begrepene resiliens og helsefremming, som kunnskapsområder og grunnlag for praksisutvikling har vært økende i Norge de senere år. Resiliens er et begrep som i økende grad er benyttet i sammenheng med helsefremmende lokalsamfunn [11]. Borge [12] definerer resiliens på følgende måte: ”Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik”. Forståelsen av resiliens-begrepet har utvidet seg fra et individrettet fokus, spesielt knyttet til barn og unges utvikling [13-15] til å også inkludere et mer samfunnsorientert fokus [16] knyttet til kapasiteten hos enkeltpersoner, samfunn, institusjoner og systemer til å overleve, tilpasse seg og vokse, uansett hvilke former for kroniske stressfaktorer og akutte sjokk de opplever (ibid). Resiliensbegrepet kan også ses i sammenheng med salutogenese.

Teorier om sykdommers opprinnelse er ikke noe nytt. Fra medisinen kjenner vi Patogenese, som er "læren om de sykelige prosessene som sykdomsårsakene (de etiologiske faktorene) setter i gang i organismen, og som utvikler tilstanden frem til dens endelige form". Relativt ny er patogenesens

motstykke – Salutogenese – utviklet av Antonovsky [17] på 1980-tallet. Salutogenesen fokuserer på menneskets evne til tilpasning for å øke mestring, helse og velvære og det som bidrar til at vi opprettholder god helse selv om vi utsettes for sykdomsfremkallende faktorer. Teorien om salutogenese identifiserer ulike individuelle og kollektive generelle motstandsressurser, som kan fremme effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner. Kvaliteten på sosial støtte, slik som nære emosjonelle bånd er definert som særs viktig [18].

1.2 Kunnskapsbasert arbeid i kommunene

Både folkehelseloven [19] og folkehelsemeldingen [1] uttrykker at folkehelsearbeidet skal bygge på kunnskap om helsetilstanden til befolkningen i kommunen og påvirkningsfaktorer på denne. Loven sier at kommunene skal utforme en skriftlig oversikt der folkehelseutfordringene i kommunen identifiseres, herunder skal det vurderes konsekvenser og årsaksforhold (§ 5). Basert på denne skal kommunene iverksette nødvendige tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer. Det varierer hvor langt kommunene har kommet med dette oversiktsarbeidet, men generelt sett er psykiske helseproblemer/ dårlig trivsel etc. en utfordring i mange kommuner, på tvers av aldersgrupper. Etter identifisering av utfordringene i kommunen skal en velge tiltak som er egnet (som har vist effekt) for å løse utfordringene. Tjenestemottakerne/ innbyggerne bør involveres i valg og innretning av tiltak. Riksrevisjonens undersøkelse [10] viser imidlertid at det mangler kunnskap om faktorer som påvirker helse, hva som kan redusere identifiserte folkehelseutfordringer og følgelig hva som er virkningsfulle folkehelse tiltak.

Program for folkehelsearbeid i kommunene¹ som startet opp i 2017 har blant annet som mål å gjøre kommunene bedre i stand til å utvikle kunnskapsbaserte folkehelse tiltak innenfor området barn og unges psykiske helse og rusforebyggende arbeid. Programmet består av fem parallelle og koordinerte prosesser som samlet skal bidra til å stryke det helsefremmende arbeidet i kommunene. Det stilles som krav til programfylkene at de tilknytter seg universitets- og høyskole-miljøer og at de evaluerer tiltakene som settes i gang. KS har vært en pådriver for programmet og spiller en rolle i å spre erfaring og læring på tvers av kommuner. Innsikt fra denne kunnskapsoppsummeringen vil kunne støtte utvikling av kunnskapsbaserte tiltak i kommunene.

1.3 Problemstillinger

Kunnskapsoppsummeringen har som mål å belyse følgende problemstillinger:

1. Hva vet forskningen om hvilke faktorer som virker helsefremmende i et befolkningsperspektiv?
2. Hvordan kan forståelsen av resiliensbegrepet brukes i lokalsamfunnsutvikling?
3. Hva er de viktigste beskyttelsesfaktorer i robuste lokalsamfunn?

¹<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

2 Metode

2.1 Litteratursøk

Kunnskapsoppsummeringen baserer seg på en litteraturgjennomgang av forskningslitteratur om helsefremming, resiliens og beskyttende faktorer knyttet til psykisk helse, på lokalsamfunnsnivå og befolkningsnivå. Resiliens er et begrep som ikke anvendes på en ensidig og avgrenset måte, og det er ingen omforent definisjon av begrepet. Det samme gjelder andre sentrale begrep som helsefremming og beskyttende faktorer. Videre så er flere av disse begrepene delvis overlappende, og selv om de til en viss grad kan skilles konseptuelt, er det utfordrende å skille begrepene i praksis. På bakgrunn av dette vil det være noe overlapp mellom problemstillingene i denne rapporten.



Bilde 1 Skøytebane og sosialt samlingssted (Korsvika, Trondheim). Tilrettelagt av Trondheim kommune og vedlikeholdt av folk fra både nærområdet og kommunen.

2.2 Databaser og søkeord

Utvalget av databaser er presentert i tabell 1. Søkeord ble valgt ut gjennom diskusjon med forskere, oppdragsgiver og fra emneord i kjerneartikler i feltet samt sentrale begrep fra problemstillingene. Den valgte tidsperioden er fra 2000-2018. Et prøvesøk i et par relevante databaser bidro også til justering av søkeordene. Ut fra oppdraget definerte vi tre søkestrategier, en knyttet til hver av de tre ulike problemstillingene. Alle søk ble utført så likt som mulig gjennom fem ulike databaser. Det ble benyttet en rekke s keteknikker i litteratursøket, inkludert kontrollert ordliste (for eksempel i psychINFO, ble "resilience" som er inkludert i tesaurusordlisten benyttet) og friteksts k (for eksempel ved å bruke begrepet "community resilience", som ikke er et søkeord i PSYCHinfo tesaurusordlisten, men som vil få databasen til å identifisere artikler med community resilience i titlene eller sammendragene). Søkeordene ble også søkt på som tesaurusord der det var mulig, og trunkert som tekstord i alle baser. Det ble søkt i Google Scholar og Google for å identifisere relevant grålitteratur. I tillegg ble "cited by" funksjonen i Google Scholar benyttet, og referanselistene til kjerneartikler ble gjennomgått. Søkene ble utført 15 -17. februar 2018. Det ble søkt med norske termer i databasen Idunn.

Søk 1: Mental health AND health promotion AND population
Søk 2: Resilience AND local communities AND (development OR planning)
Søk 3: Protective factors AND local communities

I Idunn ble det søkt på norsk, med følgende termer:

Søk 1: psykisk helse AND helsefrem* AND befolkning
Søk 2: resiliens AND samfunn AND (utvikling OR planlegging)
Søk 3: beskyttelsesfaktor AND samfunn

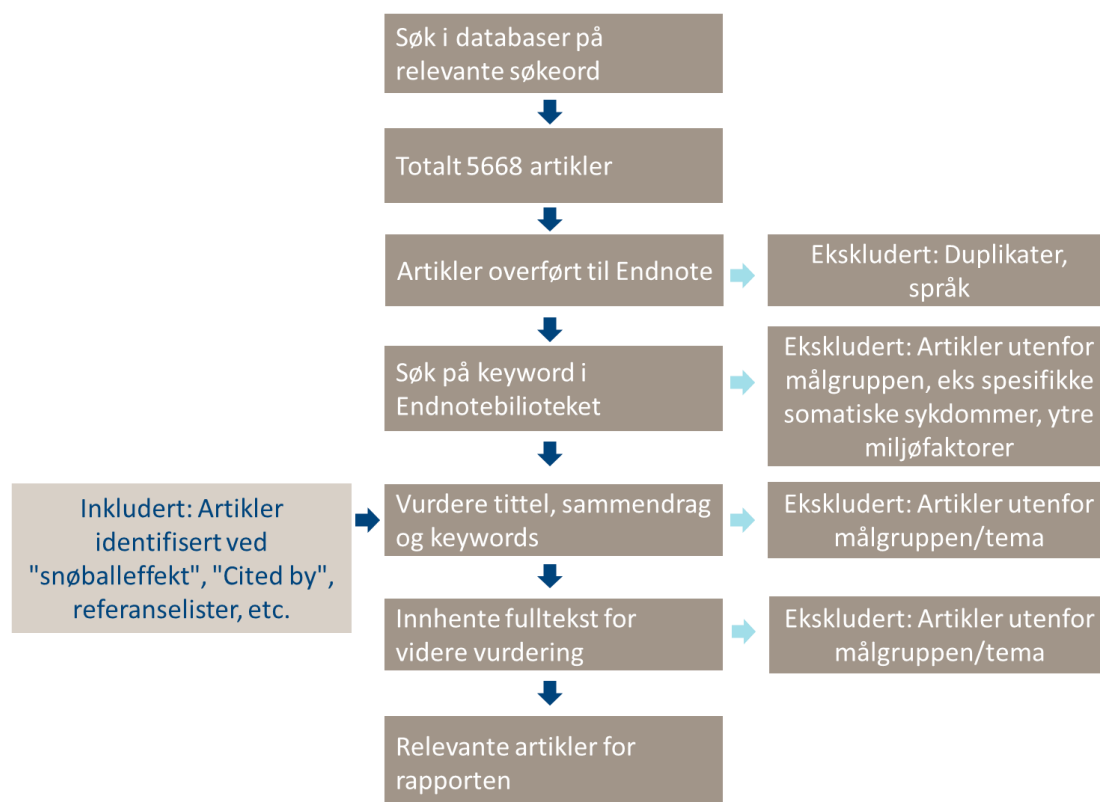
Tabell 1 Oversikt over antall treff i de ulike databasene

	PubMed	PsychINFO	WebOfScience	Idunn*	Eric
Søk 1	2414	602	1163	10	189
Søk 2	205	8	558	12	33
Søk 3	239	4	207	8	18
Totalt	2858	612	1928	30	240

* Fra Idunn ble kun utvalgte artikler importert til EndNote

2.3 Avgrensning og inkludert litteratur

Figur 1 viser en oversikt over arbeidsprosessen med hensyn til utvalg av relevante artikler for kunnskapsoppsummeringen. Etter søk i vitenskapelige databaser ble artiklene importert i End Note. Duplikater ble slettet, og forskerne søkte i EndNote-biblioteket på keywords i referansene i henhold til forskningsspørsmålene, eksempelvis [local community, protective AND mental health]. Artikkelreferansene i trefflistene ble lest og vurdert for inklusjon. Artiklene ble organisert i relevante mapper i henhold til forskningsspørsmålene. I tilfeller hvor en artikkel var relevant for mer enn en problemstilling, ble den lagret i flere mapper. Forskerne delte materialet mellom seg og gjennomgikk titler, keywords og sammendrag (abstracts) for å avgrense. Etter avtale med oppdragsgiver, ble det lagt vekt på sosiale helsedeterminanter, det vil si beskyttelsesfaktorer som er knyttet til oppvekst, utdanning, arbeid, inntekt, sosiale relasjoner og boligforhold. Artikler som var utenfor målgruppen ble ekskludert, for eksempel artikler som omhandler resiliens ved spesifikke somatiske sykdommer (f.eks. kreft, HIV/Aids). Videre omhandlet noe av litteraturen community resilience - turisme, klimaforandringer, og marginaliserte grupper (f.eks. immigrant youth, Indigenous Australians, Inuit youth), disse artiklene ble ekskludert. Artikler fra land som ikke er sammenlignbare med Norge, ble også ekskludert. Videre søkte vi i EndNote-biblioteket på forskere som vi vet har arbeidet med tematikken, samt i relevante tidsskrift. Litteratur som er tatt med i resultatdelen er artikler som omhandler de tre problemstillingene. Kunnskapsoppsummeringen er basert på 119 fagfellevurderte artikler (kvantitative studier, oversiktsartikler, litteraturstudier og teoretiske artikler og noen kvalitative studier). De fleste artiklene var europeiske, men relevante artikler fra USA ble også inkludert. I tillegg ble relevant grålitteratur benyttet. Grålitteraturen (n= 16) inkluderte i hovedsak norske rapporter. Også 13 bøker ble inkludert.



Figur 1 Oversikt over arbeidsprosess – utvalg av relevante artikler for kunnskapsoppsummeringen

3 Hva vet forskningen om hvilke faktorer som virker helsefremmende i et befolkningsperspektiv?

Helsefremmende og forebyggende arbeid har fått stadig større betydning og oppmerksomhet i Norge, og det er bred faglig og politisk enighet om at det er mer effektivt å forebygge problemer enn å reparere dem i etterkant [16]. Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i menneskers muligheter og ressurser og fokuserer på livskvalitet i stedet for sykdom. Anotnovskys Salutogonose utgjør en sentral del av det teoretiske rammeverket i en stor andel av studiene funnet i litteraturgjennomgangen.

Forskningslitteraturen skiller gjerne i fire nivåer når den omtaler faktorer som har innvirkning på folkehelsen [20-22]. Disse er faktorer på individnivå, gruppenivå (som familie og sosialt nettverk), lokalsamfunnsnivå (kommune) og samfunnsnivå (figur 2).

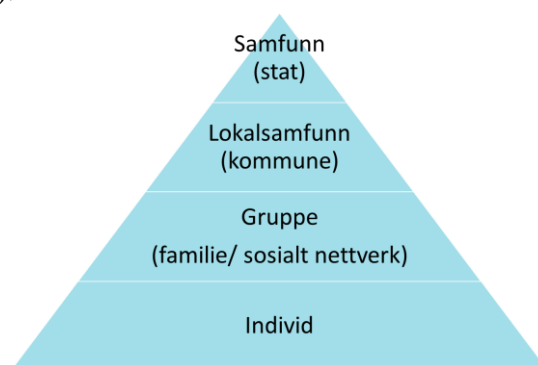
I bunnen av pyramiden finner vi individene som samfunnet består av. Individuelle faktorer som virker inn på helsen er blant annet biopsykososiale faktorer og sosioøkonomisk status. Individer lever livet sitt i familier, naboskap og sosiale nettverk. På dette nivået er faktorer som virker inn på helsen foreldreatferd- og ressurser (foreldres fysiske og psykiske helse), samt materielle forhold (sysselsetting, inntekt, boforhold).

På lokalsamfunnsnivå finner vi påvirkningsfaktorer som deltakelse i lokalsamfunnet, forekomst av kriminalitet og vold, samt fysiske og materielle omgivelser (eks. luftforurensning, mat- og vannkvalitet, bomiljø og trafikkforhold). Lokalsamfunnet har ansvar for tjenester som er viktige for helsen, så som barnehage, skole/utdanning, ungdomsklubber, institusjoner for eldre, etc. På samfunnsnivå har staten ansvar for fattigdomsreduserende tiltak, like utdanningsmuligheter, en sosialt rettferdig politikk som fremmer lik tilgang til utdanning, sysselsetting, helse- og omsorgstjenester, bolig, inntektssikring (pensjonsordninger), og en politikk som yter sosiale tjenester for de som trenger det [22]. Det er altså en lang rekke faktorer på ulike nivåer som i et komplekst samspill påvirker befolkningens helsetilstand.

Problemstillingen som skal besvares i dette avsnittet handler videre om faktorer som virker helsefremmende i et *befolkningsperspektiv*. Det følger av figuren over at helsefremmende arbeid kan settes inn på ulike nivåer. I forskningslitteraturen pekes det på at det har vært en dreining i innretningen på helsefremmende arbeid. Tidligere var det et stort fokus på tiltak rettet mot individet, mens vi i dag ser at større oppmerksomhet rettes mot hva lokalsamfunn kan gjøre [23]. Oppsummert er det tre fremtredende perspektiver på helsefremmende arbeid [24]:

- Fokus på individet: livsstilsendring og atferdsendringer
- Fokus på omgivelsene: styrking og endring av miljø og omgivelser
- Individ og omgivelser i sammenheng: økologisk forståelse av helsefremming

Endringen i retning av større fokus på omgivelsene, skyldes blant annet at modeller og tiltak som hovedsakelig er basert på at individet endrer sin atferd har liten effekt på en populasjons helsestatus, og at jo større sosial og økonomisk ulikhet det er i samfunnet, jo dårligere fungerer individuelle endringer [25]. Ut i fra en slik argumentasjon er det derfor fornuftig å rette blikket mot hva som kan oppnås med endringer på et lokalsamfunnsnivå og som dermed gjerne har befolkningen som målgruppe.



Figur 2 Folkehelsen formes på ulike samfunnsnivåer

3.1 Helsefremmende faktorer

Det finnes flere publikasjoner som presenterer faktorer som virker helsefremmende eller beskyttende for folkehelsen *generelt sett*, samt beskriver risikofaktorer som bidrar til å svekke folkehelsen. Et kjent eksempel er "Folkehelse rapporten: Helsetilstanden i Norge" som utgis av Folkehelseinstituttet [26]. Ny versjon av denne rapporten utgis omkring samtidig som denne kunnskapsoppsummeringen ferdigstilles. Nettversjonen oppdateres jevnlig, se: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>. I Folkehelse rapporten omtales både sosiale faktorer og fysiske/ miljømessige/ materielle faktorer. I den videre framstillingen avgrensers vi oss til de såkalte "sosiale helsedeterminantene" i gjennomgangen av hvilke faktorer som virker helsefremmende i et befolkningsperspektiv. Det betyr ikke at ikke også ytre faktorer kan ha påvirkning på psykisk helse, men de blir ikke behandlet i denne rapporten.

Videre i dette avsnittet gir vi en oversikt over sosiale faktorer som virker helsefremmende på befolkningens psykiske helse, og hvordan de kan fremmes på ulike sosiale nivåer og i ulike faser av livsløpet.

3.2 Sosiale helsedeterminanter

Sosial tilhørighet

Opplevelsen av tilhørighet er en faktor som påvirker helse og virker helsefremmende [21, 27]. Schiefloe [28] definerer tilhørighet som "en persons opplevelse av å inngå i en større sosial sammenheng og å være inkludert som venn eller medlem i sosiale fellesskap". Konkret kan dette bety å være inkludert i sosiale fellesskap i familien, på skole, gjennom fritidsaktiviteter, i arbeidsliv etc. [29]. Gruppetilhørighet kan innebære både positive og negative virkninger på den psykiske helsen. Om man er medlem av, eller identifiserer seg med, en gruppe det er knyttet stigma til, som en støttegruppe for psykisk syke, kan det føre til redusert selvfølelse. Men samtidig kan en slik gruppe gi en opplevelse av tilhørighet til et fellesskap og dermed øke selvfølelsen til medlemmene [30]. Fellesskap oppstår ofte rundt aktiviteter [27], derfor er deltakelse på forskjellige sosiale arenaer nært knyttet til opplevelsen av tilhørighet.

Deltakelse

Deltakelse på ulike arenaer som i sosiale fellesskap, på arbeidsplassen og i nabolaget er en viktig helsefremmende faktor. Deltakelse har betydning for psykisk helse fordi det gir muligheter for utfoldelse av egne evner, utvikling av selvtillit og for opplevelse av mening i tilværelsen [27, 31]. Deltakelse i sosiale fellesskap betyr også at man får tilgang til sosial støtte, noe som virker helsefremmende.

Sosial støtte

Sosial støtte omfatter først og fremst empati og følelsesmessig støtte fra andre mennesker, men også praktisk hjelp og sosial kontroll [32]. Studier tyder på at sosial støtte er særlig viktig når individet er utsatt for påkjenninger/ negative livshendelser. Den sosiale støtten vil virke som en buffer ved å styrke individets mestringsevne [22], altså fungere som en form for resiliens på individnivå

Sosial kapital

Begrepet sosial kapital refererer overordnet til grad av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold mellom innbyggerne i et samfunn [22]. Sosial kapital kan deles inn i strukturell sosial kapital som refererer til sosiale nettverk og sosial deltakelse, mens kognitiv sosial kapital handler om graden av sosial støtte og tillit mellom samfunnsmedlemmene [33]. Sosial kapital kan forstås både på individnivå og på kollektivt nivå, hvor særlig den kollektive forståelsen er viktig i forståelsen av resiliente lokalsamfunn. På dette nivået er sosial kapital gjerne målt etter graden av tillit og sosial sammenbinding/ integrasjon (cohesion) i lokalsamfunnet [34]. Begrepet kan brukes til å forstå de mekanismene som er virksomme i å skape

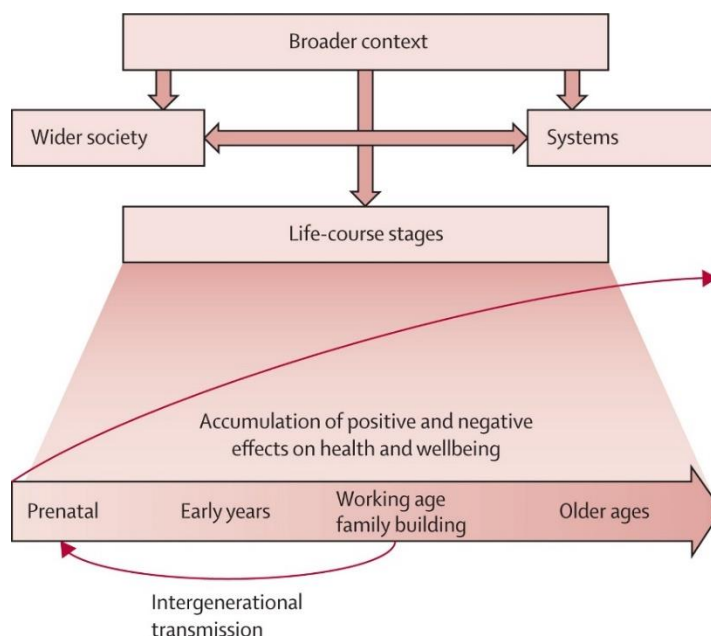
sosial tilhørighet, deltakelse og sosial støtte for samfunnsborgerne i (lokal)samfunnet [29]. Kort sagt handler mekanismen/ sosial kapital om de muligheter og måter en person relaterer seg til sosiale nettverk og lokalsamfunn på. Høy grad av sosial kapital virker helsefremmende, lav sosial kapital har motsatt virkning.

Like muligheter for alle

Det er stor oppmerksomhet fra politisk hold rettet mot å utjevne sosial ulikhet i helse [1]. En rettferdig fordeling av muligheter på samfunnsnivå er en viktig faktor for å bygge resiliens og styrke den psykiske helsen til befolkningen [21]. Arbeidet med sosial utjevning for å skape en rettferdig fordeling av muligheter på alle områder i samfunnet er følgelig en viktig oppgave for å bedre folkehelsen på befolkningsnivå.

3.3 Et livsløpsperspektiv på helsefremming

I tillegg til at helsefremming skjer på forskjellige sosiale eller samfunnsmessige nivåer, vil helsefremming skje gjennom de ulike fasene av livsløpet. I rapporten "Social determinants of mental health" framstiller WHO [20] det helsefremmende arbeidet for å skape god psykisk helse gjennom livsløpet som i figur 3 (original figur – engelsk språk).



Figur 3 Et livsløpsperspektiv på prosessen med å skape god psykisk helse i befolkningen og forhindre sosial ulikhet (WHO, 2014)

Det er hensiktsmessig å gjennomføre tiltak i alle faser av livsløpet, allerede fra før fødsel, via tidlig barndom, i skolealder, i voksenlivet med familiedannelse og yrkesaktivitet, samt blant eldre [20]. Ser vi livsløpsperspektivet i sammenheng med de sosiale helse-determinantene (helsefremmende faktorer) som presentert over, er det slik at for å fremme befolkningens psykiske helse må man jobbe for å ivareta sosial tilhørighet, deltakelse, sosial støtte, sosial integrasjon og en rettferdig fordeling av muligheter gjennom hele livsløpet. Det innebærer at selv om man overordnet sett ønsker å oppnå det samme (de samme helsefremmende faktorene), må det løses på forskjellige måter og på forskjellige arenaer avhengig av hvor målgruppen er i livsløpet. Under sammenfatter vi de viktigste (overordnede) tiltakene, inndelt etter livsfase, som de er beskrevet i forskningslitteraturen.

3.3.1 Barndom og oppvekst

Det er vitenskapelig enighet om at den viktigste innsatsen og de tiltakene som gir størst effekt for å styrke befolkningens psykiske helse, er tiltak rettet mot barn [20]. Faktorer som påvirker helse trer i kraft allerede mens barnet er i mors liv (den prenatala perioden), og fortsetter gjennom hele barndommen.

Prenatal og spedbarnsperioden

Forskning har vist at mors helsetilstand under svangerskapet påvirker barnets utvikling. Påvirkning på fosteret i den prenatala perioden har en viktig betydning for utviklingen av fysisk og psykisk helse og kognitive evner senere i livet. Mange studier viser videre at utdanning hos mor har positiv effekt på områder som spedbarnsdødelighet, feilernæring, vekt, atferdsproblemer, emosjonelle problemer og kognitive evner [20, 35].

Familie- og hjemmemiljø

Egenskaper ved hjemmemiljøet er viktig for små barn. Familieforhold og kvaliteten på foreldreskap (quality of parenting) har vist å ha en signifikant påvirkning på psykisk helse hos barn [20]. Velutviklede foreldreferdigheter og gode sosiale og emosjonelle interaksjoner mellom foreldre og barn kan redusere effekten av å vokse opp i familier med lav sosioøkonomisk status [36]. Videre har forskning vist at tilhørighet og tilknytning til familien er helsefremmende for barn/ ungdom [37]. For å fremme den psykiske helsen til barn og unge er det derfor viktig å legge til rette for gode og trygge familieforhold.

Barnehage og skole

Forskning viser videre at barnehager, skoler og nærmiljøet er viktige arenaer for å skape helsefremmende omgivelser for barn og unge [20, 22]. Utdanning bidrar til å bygge emosjonell resiliens. Utdanning øker også mulighetene for jobb og inntekt, og er dermed også viktig som en medierende faktor for god psykisk helse. Et godt samarbeid mellom ungdom og deres foreldre og skolen, samt egenskaper ved skolen påvirker barn og unges helse direkte [37]. Studier tyder på at tiltak som styrker skolemiljøet og ungdommers tilknytning til skolen er av de tiltakene som i størst grad er virkningsfulle for å fremme ungdoms psykiske helse. Særlig gjelder dette for ungdom i høyinntekstland [37, 38]. I følge Viner et al. [37] så er den sterkeste påvirkningsfaktoren på globalt nivå på ungdommers psykiske helse strukturelle faktorer som nasjonens velstand, inntektsfordeling og tilgang til utdanning. De mest effektive intervensjonene vil følgelig dreie seg om å forbedre strukturelle forhold, særlig tilgang til utdanning og til arbeid.

Integrasjon i nærmiljøet

I sin drøfting av hvordan sosiale helsedeterminanter påvirker ungdoms helse, viser Viner et al. [37] til at flere studier har funnet at sosial støtte og deltakelse i lokalsamfunnet/ nabolaget virker positivt på ungdoms helsetilstand. De samme resultatene finnes for så forskjellige land som Brasil, Libanon og Storbritannia, noe som tyder på at nærmiljøets betydning for ungdoms psykiske helse er et allmenngyldig funn. Nærmiljøet har altså stor betydning som helsefremmende arena, og vi kommer tilbake til dette punktet i kapittel 5. Også deltakelse i politikk- og tjenesteutvikling, styrker ungdoms sosiale tilhørighet (ibid.), og er et område som kommunene kan jobbe for å engasjere flere unge på. I en studie av hvordan sosial kapital påvirker ungdommers helse, operasjonaliserer Morgan og Haglund [29] begrepet i tre indikatorer: tilhørighet (sense of belonging), autonomi og kontroll, og sosiale nettverk. Begrepet sosial kapital fanger således opp flere av faktorene presentert over. Mer spesifikt, så fant Morgan og Haglund at ungdommer med en lav følelse av familiesamhold og liten involvering i nabolaget eller nærmiljøet hadde dobbelt risiko for å utvikle dårlig helse.

3.3.2 Den voksne befolkningen

Arbeid

For den voksne befolkningen vil deltakelse i arbeid være en viktig påvirkningsfaktor for psykisk helse, både direkte og indirekte. Yrkesdeltakelse virker for det første helsefremmende gjennom å gi inntekt og økonomisk trygghet. For det andre kan arbeid være en kilde til sosiale relasjoner, identitet og personlig vekst. I tillegg strukturerer arbeidet hverdagen og gir mening [22, 26]. Når det er sagt, kan arbeid og arbeidsmiljø også føre til helseplager, blant annet gjennom skader og belastninger i arbeidsmiljøet. Likevel er sysselsetting et av de viktigste tiltakene for å skape god psykisk helse. Derfor bør det føres en arbeidsmarkedspolitikk som sikrer at flest mulig står i arbeid og som utvikler strategier for å forhindre arbeidsledighet [20, 39].

Jobbsikkerhet og en opplevelse av innflytelse og kontroll over arbeidet skaper god psykisk helse [20, 39]. Det er en sosial gradient knyttet til opplevelse av kontroll på jobb, hvilket betyr at personer med høy sosioøkonomisk status i større grad enn dem med lav sosioøkonomisk status opplever kontroll over arbeidet. Dette øker igjen sjansen for at personer i lavere sosioøkonomiske grupper har psykiske helseplager [40]. Arbeidsplassen er en viktig arena for helsefremmende aktivitet, og arbeidsgivere kan gjøre mye for å ivareta de ansattes psykiske helse. I Norge er dette blant annet beskrevet i IA-avtalen og gjennom arbeidsgivers ansvar for et systematisk HMS-arbeid [41]. Også Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19, 2014) beskriver arbeidsplassen som en arena for forebyggende og helsefremmende arbeid [26].

Forskningslitteraturen som omtaler fremming av den voksne befolkningens psykiske helse handler i stor grad om deltakelse i arbeidslivet. Det er selvfølgelig også andre arenaer som kan virke helsefremmende for voksne, men i litteratursøket finner vi få studier som tar for seg faktorer og tiltak på befolkningsnivå. I en "scoping review" av kunnskapsoppsummeringer som omhandler intervensjoner rettet mot å styrke psykisk helse i den generelle befolkningen viser Enns et al. [42] at en stor overvekt av intervensjonene er designet for å styrke individene i møte med stressende og vanskelige omgivelser, det vil si øke beskyttende faktorer hos enkeltpersoner og familier. Svært få av intervensjonene tok tak i utfordringer i lokalmiljøet/ omgivelsene. Forfatterne argumenterer for at det kan bety at det eksisterer en implisitt antakelse om stress og risikofylte/ vanskelige omgivelser er uunngåelige, og at individuelle tiltak (f.eks. kognitiv terapi for å hankses med problemer) er løsningen. En slik antakelse står i en viss motsetning til en økologisk forståelse av helsefremming som vi tidligere i rapporten har vist er en mer moderne måte å tilnærme seg folkehelsearbeid på.

Familieliv

Familieliv er et tema vi finner noe omtalt i litteraturen. Livet i familien påvirker både de voksnes og barnas psykiske helse, og kan være en viktig kilde til sosial tilhørighet, sosial støtte, og deltakelse. Temaet er gjerne knyttet til foreldrerollen, og tilgjengelighet til tjenester som god svangerskapsomsorg, rådgiving og informasjon om overgangen til å bli foreldre trekkes fram som helsefremmende. Det samme er ivaretagelse av kvinnens psykiske helse etter at barnet er født [20, 39]. Det finnes også eksempler på studier som ser på voksne som omsorgsgivere for sine aldrende foreldre. Slike omsorgsoppgaver kan være stressende og krevende og resultere i nedsatt psykisk velvære hos omsorgsgiverne. I en studie av voksne barn i Singapore som ga omsorg til foreldrene fant Ong et al. [43] at god sosial støtte skaper resiliens hos omsorgsgiverne. Forfatterne peker på viktigheten av at man mobiliserer venner, familie og annet nettverk for å redusere det stresset som kan følge med omsorgsbyrden.

I litteraturgjennomgangen har vi imidlertid funnet få studier som omhandler voksenbefolkningen generelt, og ikke bare ser på voksne som arbeidstakere eller foreldre/ omsorgspersoner.

3.3.3 Eldre

Befolkningsframskrivninger fra SSB viser at innen 2060 vil hver femte innbygger være 70 år eller eldre [44]. Å jobbe helsefremmende blant den eldre befolkningen blir derfor stadig viktigere. Det finnes en lang rekke forskningspublikasjoner som tar for seg livskvalitet og "wellbeing"²/ mental wellbeing hos eldre, og flere diskuterer hva som skaper en god alderdom.

Sosial kontakt og nettverk

Mange studier undersøker forekomst av-, årsaker til- og løsninger på ensomhet hos eldre. Ensomhet er et stort problem hos eldre og gir dårlig psykisk helse. Det er svært mange faktorer som påvirker om en person blir ensom. I en reviewstudie kartla Cohen-Mansfield et al. [45] faktorer som er assosiert med ensomhet. De fant at det er større sannsynlighet for å være ensom om man er kvinne, er ugift, er gammel, har lav inntekt, lav utdanning, bor alene, har skjært sosialt nettverk og dårlig somatisk helse. I tillegg vil egenskaper ved individet spille inn. Videre gjorde forfatterne en fokusgruppestudie som supplerte litteraturstudien. Her fant de ytterligere faktorer som kunne føre til ensomhet. Dette var forhold knyttet til nabolag og bomiljø som påvirket de eldres opplevelse av isolasjon og ensomhet. Disse omfattet oppfatningen av om nabolaget var trygt, vanskelig tilgjengelig i det fysiske miljøet og få steder å være sosiale sammen. Forfatterne diskuterer ikke tiltak for å unngå ensomhet, men gjennom å få kunnskap om hva som skaper ensomhet, må tiltakene rettes inn mot disse faktorene.

Andre studier viser at sosiale nettverk, sosial kontakt og sosiale relasjoner påvirker humør og livskvalitet (wellbeing) hos eldre og bidrar til en god alderdom [46, 47]. Bøen et al. [48] fant videre i sin studie at sosial støtte demper den negative effekten/ opplevelsen av somatiske helseproblemer hos eldre over 65 år. Mangel på sosial støtte og somatiske helseproblemer var assosiert med psykiske vansker hos eldre over 65 år. Særlig var sosial støtte viktig for å minske de negative konsekvensene av dårlig hørsel.

Systematiske reviewstudier viser at intervensjoner som opprettholder og/ eller styrker eldre personers sosiale aktiviteter og livskvalitet signifikant reduserer depressive symptomer og beskytter mot risikofaktorer som sosial isolasjon [20, 49]. Sosial kontakt/ sosiale relasjoner er en faktor som har moderat forklaringskraft (gjelder for personer over 60 år) [47]. Altså, har man et godt sosialt nettverk, er det større sannsynlighet for at man opplever en god alderdom enn om man ikke har det. Videre, så viste en studie av eldre i Sverige og Finland at det var en tydelig sammenheng mellom sosial kapital og depresjon. Studien viser at tilgang til sosial kapital øker sannsynligheten for god psykisk helse sent i livet [33].

Det er en sterk sosial gradient i psykisk helse, også hos eldre. Dalgard [40] fant at andelen med psykiske vansker økte jo lavere sosioøkonomisk status studiedeltakerne hadde. Viktige forklaringer var lav følelse av mestring (self-efficacy) og en opplevelse av maktesløshet, samt dårlig sosial støtte, økonomiske problemer, med (mer) røyking og somatisk sykdom. En fersk studie fra Nederland [50] benyttet et resiliensperspektiv for å undersøke ulikhet i sosioøkonomisk status og fungering hos eldre. Funnene tyder på at vellykket aldring til tross for en lav sosioøkonomi gjennom hele ens liv krever betydelige psykologiske og sosiale ressurser. Forfatterne hevder at funnene kan bidra til å redusere stereotypier om eldre voksne med lav sosioøkonomisk status og nyansere det heroiske bildet av resiliens som noe som hovedsakelig skyldes ekstraordinære personlige evner eller innsats.

² Det engelske begrepet "wellbeing" benyttes for å vise til den bredden av betydninger som ligger i begrepet. Helsedirektoratet har i noen tid også brukt begrepsparet "psykisk helse og trivsel" som en midlertidig oversettelse. Begrepet wellbeing rommer både menneskers subjektive opplevelse og mer objektive forhold i form av faktiske levekår. I rapporten benyttes begrepet *wellbeing* på engelsk, i mangel på en omforent norsk oversettelse.

Forsman et al., [51] har undersøkt hvilken rolle sosial kapital har for wellbeing hos eldre. Funnene viser at uformell sosial kontakt, som med familiemedlemmer og langvarige relasjoner mellom venner har betydelig innvirkning på psykisk wellbeing blant eldre, på bakgrunn av delte livshendelser, sosial støtte, felles forventninger og tillit, i tillegg til en følelse av tilhørighet gjennom felles sosiale aktiviteter. Forfatterne hevder at studien utfordrer Putnams sin ide om sosial kapital som et kollektivt konsept som fokuserer på formelle kontakter og fordelene på et kollektivt nivå. Videre belyser funnene mulige hindringer som er spesielt relatert til eldre med hensyn til å vedlikeholde sosiale nettverk og deltakelse, som er viktige faktorer for å fremme mental helse hos eldre.

4 Hvordan kan forståelsen av resiliensbegrepet brukes i lokalsamfunnsutvikling?

4.1 Lokalsamfunn

Lokalsamfunn som begrep blir i litteraturen brukt av mange, på ulike måter og i ulike sammenhenger. Lokalsamfunn kan sies å være en betegnelse for et sted og et sosialt miljø innenfor et mindre geografisk område³. Chaskin [52] mener at man kan tenke på lokalsamfunnsbegrepet på fire ulike måter. Den første er å tenke på lokalsamfunnet som en effektiv enhet for tilhørighet og identitet, karakterisert av nære relasjoner mellom medlemmene, delte normer og omstendigheter. En annen måte er å tenke på lokalsamfunnet som en funksjonell enhet hvor det foregår produksjon og utveksling og et sentrert aktivitetsrom hvor det foregår en rekke sosiale funksjoner. En tredje måte er å tenke på lokalsamfunn som et nettverk av relasjoner – en struktur av utveksling mellom individer. Det er to aspekter ved nettverk som er viktige å vektlegge. Det ene gjelder graden av lukkethet – hvor mange mennesker kjenner de menneskene du kjenner. Dette er viktig med hensyn til å sosial kontroll og støtte. Det andre har med noe som ofte kalles "weak ties" eller "bridging"-forhold, altså mer uformelle eller instrumentelle bånd eller relasjoner, i motsetning til nære relasjoner. Slike relasjoner kan knytte individer til nettverk utover lokalsamfunnet og gi tilgang til informasjon, ressurser og muligheter utover det som er i sine egne nære nettverk. Den fjerde måten er å tenke på lokalsamfunnet som en enhet for kollektiv handling. På grunn av deres allestedsnærværelse (alle lever et sted) og deres nærhet til mange daglige aktiviteter (tilbake til begrepet om nabolag som funksjonelle sosiale system), kan lokalsamfunn sees på som et sted hvor "folk flest har en politisk vilje". Så, i tillegg til å se lokalsamfunn som sosiale enheter, kan de også sees på som politiske enheter som kobles sammen på ulike måter med sine oppfatninger om hvordan et demokrati skal og bør fungere.

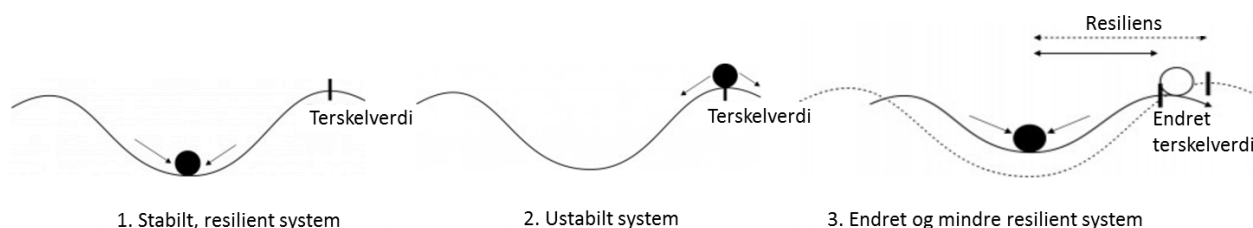
Ulike lokalsamfunn gir ulike muligheter for sine medlemmer, og i hvor stor grad et lokalsamfunn blir benyttet og ansett som viktig, er ulikt for ulike folk i ulike omstendigheter – for eksempel avhengig av alder, etnisitet, sosioøkonomisk status, arbeidslivsdeltakelse og familiestruktur. De som er mindre velstående, mobile, eller mindre integrert i lokalsamfunnet (f.eks. barn, eldre, innvandrere, arbeidsløse) vil være mer avhengig av lokalsamfunnet [53, 54]. Tidligere var lokalsamfunn gjerne kulturelt og sosialt ensartet, med små variasjoner i næringsgrunnlag. Det moderne lokalsamfunnet er gjerne mer sammensatt, med skole, handelssenter eller andre organiserte tilbud som samlende faktor. Et lokalsamfunn kan være et nabolag, et nærmiljø, en bydel, et geografisk atskilt område, eller en kommune. Kommuner består gjerne av flere tettsteder som kan defineres som egne lokalsamfunn, likevel er det ofte hensiktsmessig å studere kommunen, som administrativ enhet, som lokalsamfunn. I Ottawa-charteret ble det spesielt lagt vekt på lokalsamfunnet som arena for kollektive tiltak innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

4.2 Resiliens

Resiliens (eng.: resilience) er et begrep som opprinnelig kommer fra fysikken og matematikken [55]. Der dreier det seg om hvor mye belastning et materiale kan tåle inntil det mister muligheten til å gjenopprette original form – altså før det går i stykker eller knuses. Begrepet refererer til en form for fleksibilitet, motstandskraft eller tåleevne. Det er hastigheten original form gjenoppnås med som måles som resiliens. Ingeniørene har vært opptatt av å beregne materialenes indre tåleevne og hva som kan styrke denne (f.eks. legeringer). Men tåleevnen kan også økes ved å tilføre ytre forsterkninger i form av avstivninger eller støttefundamenter.

I figur 4, "Ball-in-basin model of resilience", ser vi av illustrasjonen at (1) et stabilt og resilient system kan håndtere ulike belastninger uten å miste sin originale form eller identitet. I et ustabilt system (2) kan små endringer flytte ballen over terskelverdien. Videre kan ulike belastninger føre til at terskelverdien endres (3) – og systemet kan bli mindre (men også mer) resilient. Det engelske begrepet resilience oversettes ofte til norsk som motstandskraft eller motstandsdyktighet. Andre varianter er "elastisitet", "fleksibilitet", "spenstighet". På bakgrunn av at forskningslitteraturen i hovedsak er engelskspråklig, forholder vi oss i denne rapporten til en fornorskning av det engelske resiliensbegrepet.

³ <https://snl.no/lokalsamfunn>



Figur 4 "Ball-in-basin" model of resilience

4.2.1 Resiliens og psykisk helse

Forskerne oppdaget på midten av 1950-tallet at det var store individuelle forskjeller i hvordan det gikk med personer som var utsatt for samme type motgang og vansker og det ble satt fokus på de barna det gikk bra med [56]. Resiliens handler om å klare seg bra på tross av erfaringer med, og/eller opplevelser av relativt stor risiko. Det vil si at personer som har blitt utsatt for den samme type motgang og vansker, ofte reagerer svært forskjellig. Dette fenomenet førte til bruken av begrepet Resiliens [57]. Å få kunnskap om de barna som klarer seg godt, kan ha større og bedre virkning i praksis for å utvikle forebyggende tiltak, enn kunnskap om negative forhold. Resiliensbegrepet som kom i bruk innen psykologi på 1960- og 70-tallet, stammer fra klinisk psykologi og utviklingspsykopatologi, med forskning på forløp, stress og avvik. På slutten av 1990-tallet, 2000-tallet ble det økt fokus på at resiliens er mer enn personlige egenskaper og karakteristikk ved individet [58, 59]. Resiliens er ofte være forbundet med "løvetannbarn", "mestring" eller "psykologisk motstandsdyktighet", men resiliens handler om *prosesser* som involverer ett kontinuerlig samspill mellom individ og miljø. I boka "Resiliens" [12] definerer Borge resiliens som:

"Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik" (Borge, 2010).

Masten og Wright [60] deler resiliens forskningen frem til 2010-tallet i fire faser, hvor den innledende fasen fokuserte på definisjoner og beskrivelse av resiliens; den andre fasen fokuserte på variabler som var knyttet til resiliens; den tredje fasen forsøkte å teste intervensjoner som var basert på ideer knyttet til resiliens, og den fjerde fasen søker etter å forstå komplekse prosesser som fører til resiliens.

4.2.2 Community resilience

Over de to siste tiårene har det vært økende oppmerksomhet rettet mot lokalsamfunnet som en sentral arena for å adressere en rekke sosiale problem, og resiliens er et begrep som i økende grad er benyttet i sammenheng med helsefremmende lokalsamfunn [11, 52]. Forståelsen av resiliensbegrepet utvidet seg fra et individrettet fokus, spesielt knyttet til barn og unges utvikling [13-15] til å også inkludere et mer samfunnsorientert fokus [16] knyttet til kapasiteten hos enkeltpersoner, samfunn, institusjoner og systemer til å overleve, tilpasse seg og vokse, uansett hvilke former for kroniske stressfaktorer og akutte sjokk de opplever (ibid). *Community resilience*⁴ kan forstås som et samfunns vedvarende evne til å utnytte tilgjengelige ressurser (energi, kommunikasjon, transport, mat osv.) for å reagere på, motstå og

⁴ Mangler norsk oversettelse, benytter derfor det engelske begrepet "community resilience"

gjenopprette seg selv fra ugunstige situasjoner (for eksempel økonomisk sammenbrudd eller globale katastrofale farer)⁵. Som vist i tabell 2, eksisterer det mange ulike definisjoner av community resilience.

Tabell 2 Et utvalg definisjoner av community resilience, tilpasset fra Norris et al [55]

Referanse	Definisjon
Brown [61]	The ability to recover from or adjust easily to misfortune or sustained life stress
Sonn [62]	The process through which mediating structures (schools, peer groups, family) and activity settings moderate the impact of oppressive systems
Paton [63]	The capability to bounce back and to use physical and economic resources effectively to aid recovery following exposure to hazards
Ganor [64]	The ability of individuals and communities to deal with a state of continuous, long term stress; the ability to find unknown inner strengths and resources in order to cope effectively; the measure of adaptation and flexibility
Ahmed [65]	The development of material, physical, socio-cultural, and psychological resources that promote safety of residents and buffer adversity
Kimhi [66]	Individuals' sense of the ability of their own community to deal successfully with the ongoing political violence
Coles [67]	A community's capacities, skills and knowledge that allow it to participate fully in recovery from disasters
Pfefferbaum [68]	The ability of community members to take meaningful, deliberate, collective action to remedy the impact of a problem, including the ability to interpret the environment, intervene, and move on

I flere studier av nyere dato er anvendbarheten av resiliensbegrepet diskutert i sammenheng med sosiale systemer og samfunnsutvikling. Davidson [69] uttrykker både optimisme og skepsis i forbindelse med å benytte resiliensbegrepet til sosiale systemer. Resiliensteori gir en overbevisende kilde til teoretisk innsikt; den nåværende gjentakelsen av dette rammeverket er imidlertid ikke lett anvendelig når det gjelder sosiale systemer. Davidson etterlyser ytterligere teoretisk utvikling i områdene knyttet til de sosiale systemenes kompleksitet og virksomhet. Chaskin har sett på hvordan ideen om lokalsamfunn relateres til resiliensbegrepet [52]. Han hevder at det er to måter man kan tenke rundt dette på; en måte er å tenke lokalsamfunnet som en kontekst; og den andre måten er å tenke på lokalsamfunnet som en endringsagent. Lokalsamfunn som kontekst gir ett sett av risiko og beskyttende faktorer som påvirker wellbeing hos lokalsamfunnets medlemmer. Dette perspektivet er opptatt av å forstå aspektene ved lokalsamfunnet som fremmer eller hindre, forsterker eller minsker resiliens og wellbeing innenfor lokalsamfunnet – blant individ, familier, barn og unge som er en del av lokalsamfunnet. Dette perspektivet reflekterer et klassisk økologisk perspektiv (Bronfenbrenner). Individuer skal leve, familier skal fungere og barn skal vokse opp og utvikles innenfor – og påvirkes av ulike sett med system. Noen av disse påvirkningskildene er mer nære og direkte (familie, venner, skole), mens andre er mer indirekte (normer, kultur, politikk). Den andre måten å tenke på resiliens og lokalsamfunn på fokuserer på hvorvidt lokalsamfunn viser resiliens i seg selv. I hvilken grad, og på hvilke måter kan vi tenke på lokalsamfunn som *aktører* som responderer på negative hendelser, ikke bare på hvilken måte de påvirker individ og familier.

I følge Norris et al [55], så er det knyttet noen av de samme utfordringene til begrepet "community resilience" som til resiliens-begrepet i seg selv, men det er ytterligere komplisert i betydningen av

⁵ https://en.wikipedia.org/wiki/Community_resilience

samfunn. Vanligvis er et samfunn en enhet som har geografiske grenser og delt skjebne. Samfunn består av bebygde, naturlige, sosiale og økonomiske miljøer som påvirker hverandre på komplekse måter. Community resilience har tidligere blitt beskrevet som alt fra frivillighet og nabolag til komplekse sammenslutninger av formelle institusjoner og sektorer i større geo-politiske enheter. Dette er ikke upassende, da fleksibilitet kan forstås og adresseres på ulike nivåer av analyse. Diskusjoner om samfunnets robusthet viser ofte at "hele er mer enn summen av delene", noe som betyr at en samling av motstandsdyktige personer ikke garanterer et motstandsdyktig samfunn [68, 70]. Brown og Kulig [61], påpekte at "Folk i samfunn er motstandsdyktige sammen, ikke bare på lignende måter".

4.2.3 Relaterte begrep

I forskningslitteraturen finner vi også et begrep som er nært beslektet med community resilience - nemlig "*community wellbeing*". McCrea og kollegaer [71] påpeker at community resilience-begrepet og community wellbeing-begrepet til dels er overlappende, og at definisjonene av begge begrep kan være vage og upresise. Wiseman and Brasher [72] har følgende definisjon på community wellbeing: "*Community wellbeing is the combination of social, economic, environmental, cultural, and political conditions identified by individuals and their communities as essential for them to flourish and fulfil their potential*". McCrea og kollegaer [71] hevder at en hensiktsmessig måte å skille mellom community resilience og community wellbeing kan knyttes til tidsperspektivet, hvor community wellbeing er slags *tilstand* (state) mens community resilience handler om *prosesser* som dreier seg om ulike responser til endring – med et mål om å øke community wellbeing over tid. Videre, så hevder Walker og Salt [73] at "Resilience Thinking" adresserer dynamikken og utviklingen av komplekse sosio-økologiske system. "*Socio-ecological resilience*", omtalt også som "*Evolutionary resilience*" utfordrer hele ideen med likevekt og innebærer at det er selve innholdet i systemene som kan endres over tid – med og uten eksterne forstyrrelser [74]. Innenfor dette perspektivet er det tre sentrale aspekt: resiliens, tilpasningsevne og evne til transformasjon/omstilling - resiliens blir ikke sett på som en tilbakevending til normaliteten, men heller som den evnen komplekse sosioøkologiske systemer har til å endres, tilpasse og ikke minst transformeres som en respons til stress og belastninger.

Oppsummert, så kan man altså i litteraturen finne ulike eksempler på forskning knyttet til resiliens. På individnivå har resiliens, blant mange grupper, blitt studert blant kvinner [75], barn med lærevansker [76] og ungdom [77]. Andre har på systemnivå studert sosial og økologisk resiliens [78], resiliens i kultur – samfunn [79] og kollektiv resiliens [80]. Også resiliens blant par [81] og familier [80, 82-86] er mye studert. Vi ser at begrepet resiliens kan benyttes i studier av individer og ulike gruppesammensetninger av mennesker, så vel som samfunn. På tross av mange, og til dels motstridende, definisjoner av resiliens, er det enighet om at to elementer må være til stede om det skal kunne sies at noen framviser resiliens. Først må man utsettes for motgang (en risiko situasjon eller trussel), dernest må man suksessfullt tilpasse seg motgangen [58, 87, 88].

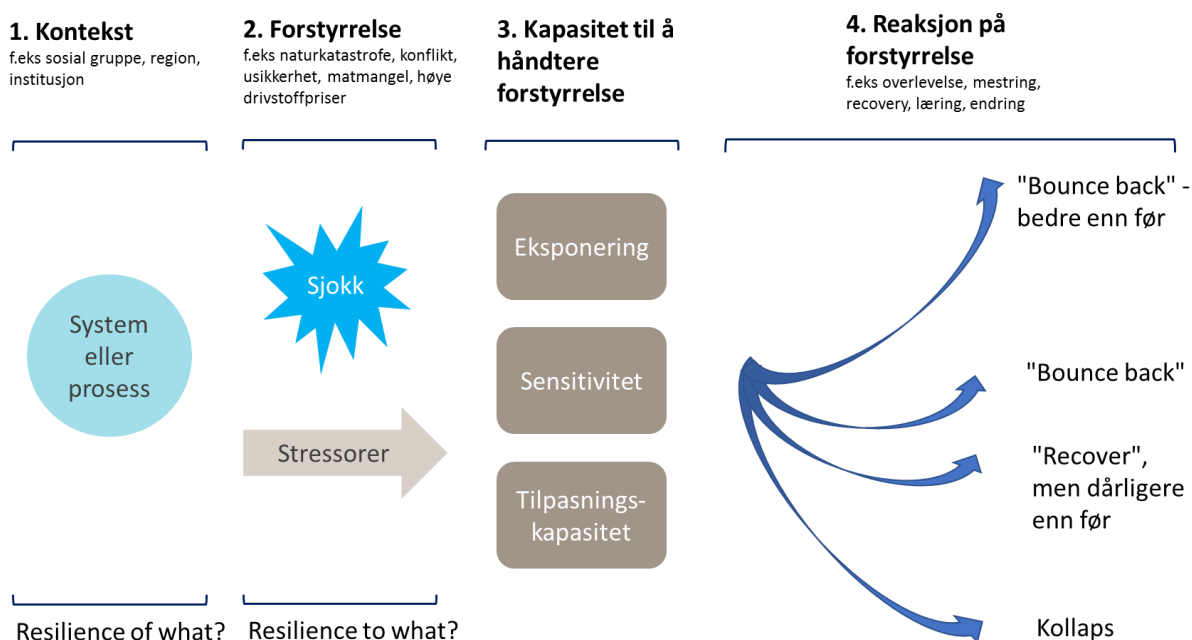
4.3 Resiliensbegrepet og lokalsamfunnsutvikling

"There are surprisingly few publications that address how a resilience approach to planning might be pursued in practice"

Sitatet er hentet fra Davoudi et al. [16] og er også oppsummerende for litteratursøket som ble gjennomført i forbindelse med denne kunnskapsoppsummeringen – det er få publikasjoner som direkte omhandler hvordan forståelsen av resiliensbegrepet brukes i lokalsamfunnsutvikling. Litteratursøket (søk 2) knyttet til begrepene "local community", "resilience", ("development" OR "planning") ga relativt få treff i vitenskapelige databaser. Antallet ble betraktelig redusert hvis også "mental health" ble inkludert i søket (f.eks. tolv treff i PubMed). For å få et bredere kunnskapsgrunnlag, ble studier som omhandlet resiliens og lokalsamfunnsutvikling – som ikke direkte omhandlet psykisk helse også inkludert.

Mesteparten av forskningslitteraturen som omhandler "community resilience" omhandler eksogene⁶ kriser som kan inntreffe, enten naturkatastrofer (f.eks. tsunami) eller menneskeskapte (f.eks. terror). Om et samfunn er i ferd med å bli utsatt for en naturkatastrofe, terrorhandling, eller strever med å møte befolkningens behov i forbindelse med en tettere og mer urbanisert populasjon, så kan et resiliensrammeverk ikke bare bidra til å redusere skadene og gjenopprette samfunnet, men også til folks trivsel. Wulff et al [89] har undersøkt erfaringer fra store katastrofer, med hensikt å utforske hvordan community resilience (fellesskapets motstandsdyktighet) kan tjene som et bærekraftig paradigme for organisering av offentlig helse og medisinsk beredskap, respons og gjenoppretting. Ved å styrke helsesystemer, møte behovene til sårbare befolkningsgrupper, og fremme organisatorisk kompetanse, kan samfunnet bygge beredskap og adressere de underliggende sosiale faktorer for helse.

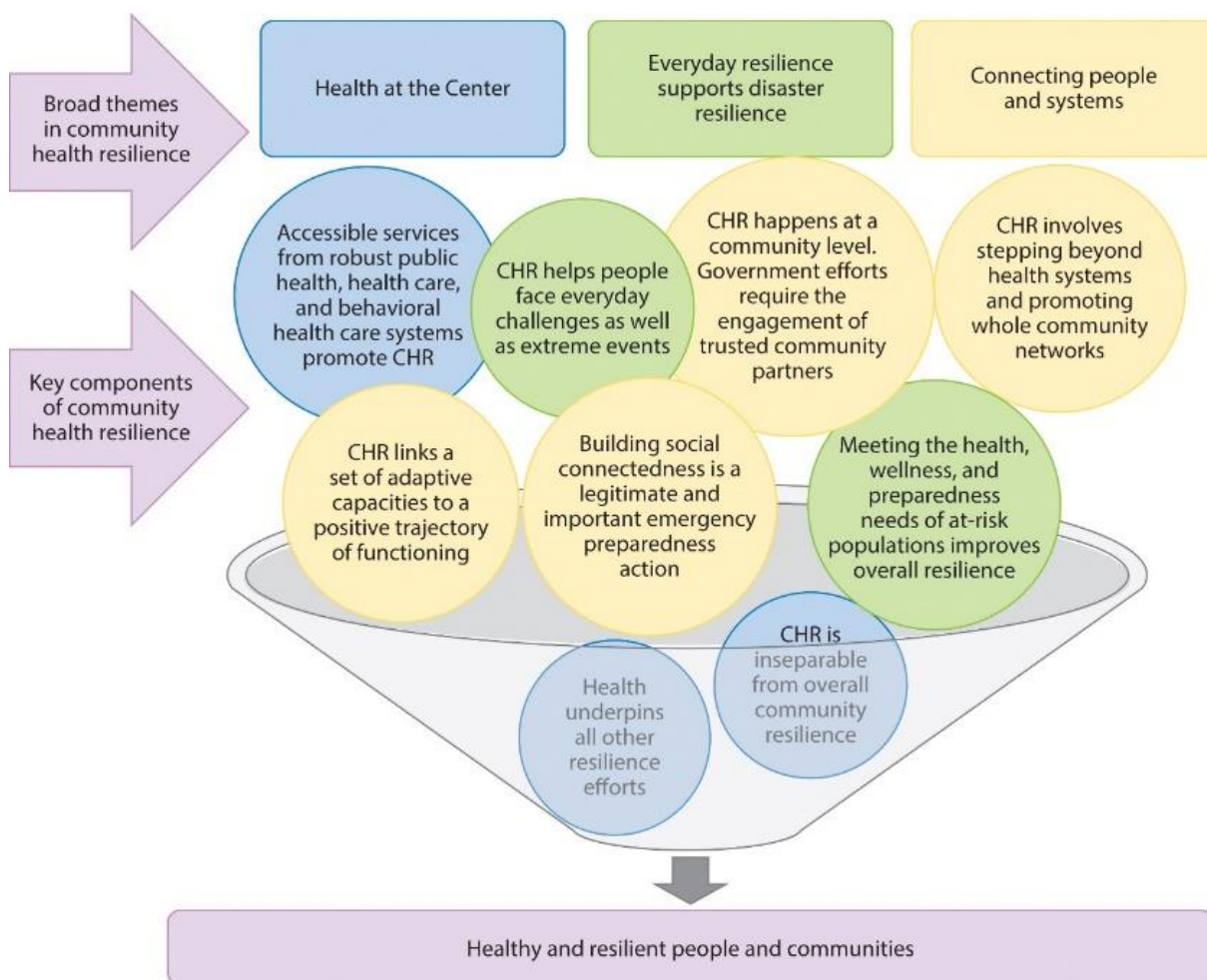
I følge Department of International development (DFID) (UK) er det fire sentrale kjerneelement i resiliensprosessen og relaterte problemstillinger som kan være nyttig å ta utgangspunkt i med tanke på samfunnsutvikling (figur 5) [90]. For det første, når det gjelder *kontekst*, vil sentrale spørsmål omhandle *hvem* sin resiliens det er som skal bygges (f.eks. sosiale grupper, sosioøkonomiske eller politiske system, miljømessig kontekst eller institusjon). For det andre, så vil det være viktig å stille spørsmålet "Resilience to what?" – altså hvilken type "*forstyrrelse*" er det snakk om. Er det akutte krisehendelser som naturkatastrofer eller terror, eller er det stressorer som er av mer langvarig art – f.eks. urbanisering eller usikkerhet i samfunnet som man skal være resiliente mot? Et tredje element gjelder *kapasiteten* til å håndtere forstyrrelsen. Evnen et system eller en prosess har til å håndtere et sjokk eller stressor, vil være avhengig av *eksponeringen* (omfanget av sjokk eller stress), *sensitiviteten* (i hvilken grad et system vil bli påvirket av, eller vil respondere til et gitt sjokk eller stressor) og *tilpasningskapasiteten* (hvor godt det kan tilpasse seg en forstyrrelse eller moderat skade, utnytte muligheter og takle konsekvensene av en transformasjon). Det fjerde og siste elementet omhandler *reaksjonen*. En rekke utfall er mulig: gjenopprette (bounce back) og bli bedre, hvor kapasiteten er forbedret, eksponeringer er redusert, og systemet er bedre egnet til å håndtere fremtidige sjokk og stressorer; gjenopprette, der pre-eksisterende forhold råder; eller gjenopprette (recover), men verre enn før – kapasiteten er redusert. I verste fall, kollapser systemet, noe som fører til en reduksjon i evne til å håndtere eller mestre fremtiden.



Figur 5 Fire kjerneelement i resiliensprosessen (Department of International development (DFID), UK).

⁶ Eksogen = Forårsaket av ytre påvirkning.

Om et samfunn er i risiko for en naturkatastrofe, eller mål for en terrorhandling eller om det strever for å møte kravene knyttet til en stadig tettere befolkning, kan et resiliensperspektiv ifølge Wulff et al. [89] bidra til å hjelpe samfunn og individer til å ikke bare redusere skade og helbrede, men også skape trivsel. Videre hevder Wulff et al. (ibid) at ved å styrke helsesystemer, imøtekomme sårbare populasjoner sine behov, fremme sosial tilknytning og tilhørighet og psykisk helse – så oppmuntrer community resilience til handlinger som bygger beredskap, fremmer sterke hverdagssystemer, og som adresserer de underliggende sosiale helsedeterminantene. Sentrale tema for community resilience knyttet til helse er illustrert i figur 6 (original figur - engelsk språk).



Figur 6 Wulff et al, 2015. Healthy and resilient people and communities (CHR = Community Health Resilience).

Ulike resiliensmodeller foreslår ifølge Wulff et al [89] at community resilience er en funksjon av befolkningens fysiske og psykiske helse og i hvilken grad enkeltpersoner opplever sterk sosial støtte og har robuste sosiale forbindelser. I tillegg kommer strukturelle samfunnsforhold som økonomisk utvikling, informasjon og kommunikasjon, og samfunnets kompetanse.

4.3.1 Resiliensbegrepet i lokalsamfunnsutvikling – et eksempel fra Luleå kommune

Avslutningsvis vil vi trekke frem et eksempel fra Sverige, som kan belyse hvordan resiliensbegrepet kan benyttes i lokalsamfunnsutvikling. I en artikkelrekke med tittel "Applying the Resilience Perspective to Planning: Critical Thoughts from Theory and Practice", redigert av Simin Davoudi and Libby Porter [16] – omhandler en av artiklene med tittel "Urban Resilience: What Does it Mean in Planning Practice?" refleksjoner rundt et ett-åring prosjekt gjennomført i Luleå kommune (Sverige). Der ble det benyttet en

sosioøkologisk tilnærming til resiliensbegrepet i sammenheng med strategisk lokalsamfunnsutvikling (på generelt nivå, ikke direkte knyttet til psykisk helse). Bakgrunnen for prosjektet var at en av kommunens ansatte som jobbet med strategisk miljøplanlegging fattet interesse for begrepet og det tilhørende teoretiske rammeverk. En aksjonsforsknings-tilnærming ble brukt og en medforsker bidro inn i prosjektet og gjennomførte en workshop hvor et team av kommunens ansatte sammen med medforskeren utforsket resiliensbegrepet og det tilhørende teoretiske rammeverket. Teamet bestod av ledelsen for strategisk miljøutvikling, miljøplanleggeren, de ansvarlige for strategisk helse, sosial og landskapsplanlegging-, og de møttes seks ganger i løpet av prosjektperioden. Studien viste at deltagerne ønsket repetisjoner av definisjoner etc., noe som ble tolket som at de involverte hadde et behov for tid til å fordøye teorien. For hvert steg i prosessen med strategiutviklingen ble "resilience assessment workbook method" benyttet. Ulike verdier ble i løpet av prosjektperioden nøye vurdert med bakgrunn i følgende sentrale spørsmål: "*Who is in the room, what system focus is chosen, whose knowledge and whose resilience is prioritized?*". Studien indikerte at et "evolutionary/ socio-ecological"-resiliens rammeverk kan gi et felles språk og forståelse (noe som ble påpekt som en utfordring tidligere) på tvers av ulike sektorer og fagfelt – spesielt når det gjelder strategiutvikling på høyt/ abstrakt nivå. Forfatterne [16], påpeker at kreativitet og evnen til å improvisere vil være viktig når et lokalsamfunn står ovenfor usikkerhet. I tillegg vil godt lederskap, teamkultur og tillitt fortsatt være viktig for å respondere effektivt på uventede hendelser

5 Hva er de viktigste beskyttelsesfaktorer i robuste lokalsamfunn?

5.1 Hva er et *robust* lokalsamfunn?

Synonymer til robust kan være ord som sterk, kraftig, solid, muskuløs, hard. Hvis et individ omtales som å være robust, menes det ofte i dagligtale at vedkommende er sterk og sunn, i god form, og kan tåle en støyt. Når det gjelder ulike deler av samfunnet, kan ordet robust referere til systemets evne til å tåle forstyrrelser som kan påvirke systemets funksjoner. Robusthet kan defineres som et systems evne til å motstå forandring uten å tilpasse sin opprinnelige stabile form. Robusthet kan ha to dimensjoner; både evne til å yte motstand og å unngå farer eller det som truer [91]. Begrepet *robust* kan ha en del likhetstrekk med *resilient*, men det er viktige forskjeller på de to begrepene. Rent robuste system er svært prosess-baserte, og utviklet til viss grad for å returnere tilbake det de er ment til å returnere, uansett hva som skjer. Et brudd i systemet er vanligvis katastrofalt. På den annen side, er et resilient system fleksibelt nok til å håndtere endringer, både internt eller eksternt. Dette gjør det svært vanskelig å forutsi hvordan systemet faktisk ser ut, gitt sin sensitivitet til selv det minste trykk. I denne kunnskapsoppsummeringen er det derfor foretatt søk på beskyttende faktorer og lokalsamfunn, hvor resiliensbegrepet også er trukket inn. Det samme gjelder litteratur om beskyttende faktorer i helsefremmende lokalsamfunn. "Et *helsefremmende lokalsamfunn* (Healthy City) er ifølge WHO et lokalsamfunn som utvikler fysiske og sosiale miljøer som gjør det mulig for folk å støtte hverandre i alle livets funksjoner og oppnå sitt fulle potensial [27, 92]."

5.2 Hva er en beskyttelsesfaktor?

Helsefremmende faktorer og beskyttende faktorer benyttes ofte om hverandre, og disse begrepene er også til dels overlappende. Et sentralt spørsmål er: Kan man fremme helse uten å beskytte mot sykdom, og vica versa? I artikkelen "Health promotion or disease prevention: a real difference for public health practice" [93] påpeker TEngland at det er logisk forskjell mellom helse og sykdom, som gjør helsefremming og sykdomsforebygging til to forskjellige bestrebelser. Men siden sykdom defineres i forhold til helse, er forskjellen egentlig ikke så stor. TEngland konkluderer med at mens helsefremming og sykdomsforebygging kan skilles konseptuelt (begrepsmessig), så er det svært vanskelig å skille helsefremming og sykdomsforebygging i praksis. De fleste generelle tiltak eller intervensjoner gjør begge deler samtidig. Innenfor et resiliens-rammeverk, vil beskyttende faktorer (protective factors) være ressurser som fremmer resiliens ved å redusere risiko eller ved å beskytte innvirkningen av stress på psykisk helse eller well-being. I denne rapporten har vi vektlagt å inkludere studier som omhandler beskyttende faktorer, sett i sammenheng med *lokalsamfunn*.

Beskyttende faktorer er ofte gruppert innenfor tre områder/ domener: 1) Individuelle faktorer knyttet til biologi/ gener, intelligens, personlighet og temperament, kognitive faktorer som følelse av kontroll, mestringsstrategier og god problemløsning, fravær av grubling og god evne til emosjonell regulering, 2) faktorer knyttet til familie, med samhold og støtte som de viktigste, og 3) tilgjengelighet til sosiale ressurser i form av venner og sosialt nettverk som støtter opp under barnet og forsterker positive mestringsstrategier. Tilgang til materielle ressurser hører også til her, eksempelvis i form av minimumskrav til bolig og økonomi. I tabell 3 presenteres en oversikt over ulike beskyttende faktorer, fra individ til sosial/ samfunnsnivå, hentet fra Friborg [94].

Tabell 3 Oversikt over beskyttende faktorer – fra individ til samfunnsnivå (Friborg, 2010)

Individ	En trygg oppvekst, trygg tilknytning til i det minste én omsorgsperson Et positivt temperament (vennligstilt, aktiv barndom, ikke irritabel) Utadvendt personlighetsstil, lett å komme i kontakt med God impuls kontroll, emosjonelt stabil Tro på egne evner, positiv selvfølelse Gode problemløsningsevner Fleksibilitet i valg av mestringsstrategier når problemer skal løses Normal til høy intelligens
---------	---

	Selvinnsikt, forståelse av egne styrker og svakheter
	God sosial kompetanse, vekker positiv respons fra andre
	Følelse av autonomi og indre kontroll
	Struktur og regler, har klare mål og vet hvordan disse kan nås
	Et positivt fremtidssyn, lav grad av negativ tenkning eller bekymring
	Sans for humor
Familie	Samhold i familien, en familie preget av lojalitet, lavt konfliktnivå, felles verdier og åpen kommunikasjon
	Beskyttelse, varme og stimulering fra oppveksten av
	Nær og god relasjon til den bestfungerende forelderen i familien
	Eldste eller eneste barn i familien
	Arbeidende mor
	Struktur, konsistente og klare regler i familien
	Nær kontakt med annen omsorgsperson i familien, eks. besteforeldre eller tante
	Familiens måte å løse problemer på er optimistisk og løsningsorientert
Sosial/Samfunn	Barnet har betydningsfulle personer utenfor familien som ser barnets behov og støtter opp under funksjonell mestring
	Evne til å opprettholde vennskap
	Godt samhold mellom vennene
	Adekvate materielle ressurser i form av boforhold og økonomi
	Tilgang til helsetjenester, utdanning og fritidstilbud
	Muligheter for arbeid og karriere

Friborg (ibid) påpeker at disse faktorene ikke er statiske - betydningen av de ulike faktorene varierer i løpet av livsløpet. En trygg tilknytning til en omsorgsperson vil være viktig i starten av livet. I ungdomsårene vil betydningen av positiv selvfølelse og beskyttende faktor i stor grad være økende. Evnen til å etablere vennskap er en viktig beskyttelsesfaktor for den psykiske helsen gjennom hele livet, men er avgjort viktigst i ungdomsårene. Å skaffe seg utdanning, jobb og en mulig karriere er svært viktig, men ikke før i voksenlivet. Den beskyttende effekten av de forskjellige faktorene varierer over livsløpet. Samtidig kan det også variere etter kontekst eller samfunnsmiljø. Et eksempel på dette er autoritær foreldrestil. For ungdom som kommer fra familier med høy sosioøkonomisk status, er autoritære foreldre en sårbarhetsfaktor for å utvikle emosjonelle eller opposisjonelle problemer. Men for ungdom som vokser opp i et miljø preget av sosial nød og kriminalitet, kan autoritære foreldre tvert imot beskytte barna mot å havne i problemer [95].

5.3 De viktige beskyttelsesfaktorer i robuste lokalsamfunn

I den tidligere nevnte WHO-rapporten "Social determinants of mental health" [20] er følgende områder på samfunnsnivå (community level) fremhevet som viktig for å redusere risiko for psykiske problemer og fremme god psykisk helse: Trygghet og tillit i nabolaget (neighbourhood trust and safety); Deltagelse i lokalsamfunnet; Egenskaper ved det naturlige og materielle miljøet; Vanskeligstilt nabolag. **Tilgang til natur og utearealer** er avgjørende for god mental helse. Det er anslått at nesten halvparten av verdens befolkning nå bor i urbane områder og at man som befolkning i større grad fjernes fra naturområder og forbindelser til naturen [96]. Det å bo nær naturområder og delta i utendørsaktiviteter som gåing, jogging, sykling, ridning og hagearbeid har vist seg å være positivt assosiert med god psykisk helse ved at aktivitetene reduserte stress, angst og depresjon, [97-99] i tillegg til de fordelene fysisk trening har (enten innendørs eller utendørs) for psykisk helse [100]. I likhet med kunnskapsoppsummeringen knyttet til den første problemstillingen, vil det i det følgende bli lagt vekt på sosiale helsedeterminanter, det vil si beskyttelsesfaktorer som er knyttet til oppvekst, utdanning, arbeid, inntekt, sosiale relasjoner og boligforhold.

I følge Chaskin [52] er det i hovedsak to ulike typer sett av faktorer som er viktige for wellbeing på lokalsamfunnsnivå. De første omhandler sammensatte faktorer – deskriptive karakteristika ved lokalsamfunnets sammensetning, struktur og omstendigheter – som behandles i litteraturen om såkalte

"nabolagseffekter". Studiene som omhandler disse faktorene har fokusert på f.eks. vanskeligstilte nabolag. Men tanke på resiliens-begrepet så har flere av studiene som omhandler nabolagseffekter fokus på risiko heller enn på beskyttende faktorer. I en relativt stor del av resilienslitteraturen så blir ofte "beskyttende" faktorer ofte vinklet som det motsatte av risiko, eller fraværet av risiko [101]. Eksempler på slike faktorer inkluderer fattigdom i avgrensede områder, vold/ kriminalitet, kvaliteten på boligområder, eller høy konsentrasjon av enslige foreldre. I de fleste tilfellene er risikofaktorene sammensatte, og flere risikofaktorer kan forekomme samtidig og gjensidig påvirke hverandre. Den andre type faktorer på lokalsamfunnsnivå som kan ha betydning for wellbeing omhandler ulike *mekanismer og prosesser* som utgjør lokalsamfunnets fungering. Disse prosessene former hverdagslivet i et lokalsamfunn og kan mediere effekten av risikofaktorene som beskrevet tidligere. Eksempler på disse inkluderer spesielt bruken- og tilgjengeligheten av sosial kapital, sosiale bånd og interaksjon. I et resiliens-perspektiv, så er disse prosessene aspekter ved lokalsamfunnet som fungerer som grunnleggende menneskelige tilpasnings systemer – og gir velfungerende lokalsamfunn (ibid). I det følgende vil funn fra studier som omhandler beskyttende faktorer i robuste lokalsamfunn inkludere begge sett av "beskyttelsesfaktorer", dvs. nabolagseffekter i bred forstand (risikofaktorer, fravær av risiko) og mekanismer og prosesser ved lokalsamfunnet som fungerer beskyttende.

5.3.1 "Nabolagseffekter"

Forskning viser at mennesker som har høy tillit til andre mennesker, og som stoler på sine naboer og oppfatter at det er trygt og godt samhold i nabolaget – har mindre sannsynlighet for å ha symptomer på depresjon [102, 103]. Flere studier indikerer at individuelle og samfunnsmessige helseutfall blir styrket av gode *vennskap og sosial støtte og sosiale nettverk*. På individnivå, er *tilhørighet* (sense of belonging), mestring, selvtillit og en opplevelse av mening (sense of coherence) viktige beskyttelsesfaktorer (og helsefremmende) for psykisk helse [104]. Forskning viser at mange barn som klarer seg godt til tross for å ha vært eksponert for en eller flere risikofaktorer ofte har en annen betydningsfull person utenom primæromsorgsgiver (foreldrene), som de kan støtte seg på [12]. Jenkins & Smith [105] fant i sin studie at barn som vokste opp med mye konflikter i hjemmet, men som hadde en annen nær voksen relasjon utenfor hjemmet, hadde langt færre symptomer på psykiske vansker, enn de barna som opplevde mye konflikter og som ikke hadde noen annen voksen person de kunne snakke med. Kvaliteten på sosial støtte, slik som nære emosjonelle bånd er definert som meget viktig [18]. Motstykket, fravær av sterke sosiale fellesskap har vist seg å føre til dysfunksjonell atferd på individ, familie og samfunnsnivå [106] hvor noen grupper er mer utsatt enn andre for konsekvensene av sosial isolasjon og sosiale ulikheter [107, 108]. På samfunnsnivå påvirker tilhørighet trygghet og stabilitet i samfunnet [104] og det er viktig at lokalsamfunnet legger til rette for at befolkningen skal føle tilhørighet i sitt lokalmiljø.

En av de vanligste risikoene for familier med lav inntekt er utilstrekkelig bolig-situasjon [109]. Hjemmemiljøet tidlig i livet har vist seg å være relatert til senere akademiske oppnåelser hos barn [110]. Det er også funnet ulemper ved hyppige flyttinger hos barn, sammenlignet med barn som vokser opp i stabile omgivelser [111]. Det er også funnet en sammenheng mellom et økt antall flyttinger og reduksjon i barnets prestasjon i skolesammenheng [111]. Familier som er tvunget til å håndtere høy forekomst av kriminalitet, vold og mangel på infrastruktur ble beskrevet som "utsatt for sosial toksisitet" og de var utsatt for flere negative utfall sammenlignet med familier som bodde i trygge nabolag [112]. Fattigdom i nabolaget var assosiert med dårlige skoler, mangel på grunnleggende tjenester og miljømessig helseisiko; og det bidro til at familier med høy risiko undergravde deres muligheter til å imøtekomme sine grunnleggende behov [84, 106]. Ytterligere støtte for beskyttende fordeler tildelt individer i trygge nabolag kommer fra den sterke sammenhengen mellom familier som bor i vanskeligstilte nabolag og atferdsvansker hos barn og unge [113, 114]. Familier med lav sosioøkonomisk status og som bor i vanskeligstilte nabolag har økt risiko for å bli utsatt for vold og kriminalitet. Studier viser at for barn og unge som bor i vanskeligstilte nabolag, så er sosial støtte og gode relasjoner beskyttende faktorer mot å utvikle traumer knyttet til eksponering til vold [115]

5.3.2 Deltagelse i lokalsamfunnet

Deltagelse på aktiviteter knyttet til lokalsamfunnet er vist i flere studier å være forbundet med økt sosialt samhold (social cohesion) [116, 117], styrkning av individer, videre involvering i lokalsamfunnet samt omtanke for andre i lokalsamfunnet [106, 116]. Deltakelse i lokalsamfunnsaktiviteter kan også ha et potensiale for å redusere ulikheter innen helse [118, 119]. Involvering i lokalsamfunnet kan gi familier og individ tilgang til større sosiale nettverk og informasjon om helse- utdanning og andre ressurser. I tillegg er deltakelse relatert til økt tilgang atilv rollemønstre og en belønning ved å kunne hjelpe andre [120]. I en relativt nylig publisert litteraturoversikt [121] ble funn fra kvantitative og kvalitative studier som omhandlet betydningen av såkalte miljømessige forsterkninger og konserveringsaktiviteter ("environmental enhancement and conservation activities" - EECA) for helse og wellbeing hos voksne gjennomgått. Aktivitetene inkluderte for eksempel ubetalt søppelplukking, treplanting eller vedlikehold av stier. De kvantitative studiene på området var svekket av metodiske mangler, noe som har bidratt til dels upålitelige resultat og motstridende konklusjoner. De kvalitative studiene indikerte at folk opplevde at aktivitetene ga en god mulighet for fysisk aktivitet samtidig med at de førte til en større tilhørighet til lokalmiljøet samt en økt selvtillit gjennom å bidra til en forbedring av nærmiljøet – noe som igjen øker wellbeing [121].

Kontekstuelle faktorer, fysiske eller sosiale barrierer (funksjonshemming, dårlig økonomi, mangel på transport eller mangel på felles møteplasser) kan forhindre deltakelse i lokalsamfunnet [122]. Eldre voksne med kroniske helseproblemer møter ofte utfordringer med å delta i yrkeslivet, men støtte fra nabolaget kan bidra til at de i større grad lykkes med det. Funnt fra en litteraturstudie på dette området [123] indikerer at nabolagets økonomiske status, tjenester/ ressurser, mobilitet ressurser/ barrierer, fysiske problemer, samhold og sikkerhet er knyttet til deltakelse av eldre voksne og eldre voksne med kroniske tilstander. Imidlertid påpeker forfatterne at de fleste studier mangler mål på sosial støtte, noe som kan påvirke assosiasjonen mellom deltakelse og arbeidsliv – og fremtidige studier bør undersøke disse sammenhengene [123].

5.3.3 Sosial tilhørighet

Betydningen av sosial kapital som en helse determinant er velkjent innen fohelsearbeidet [124]. Nyere studier som har undersøkt effekten av sosial tilhørighet (connectedness) eller sosial kapital på recovery eller gjenopprettelse fra katastrofer og store traumatiske hendelser tyder på at lokale tiltak rettet mot å bygge sosial kapital er relevante for beredskap. Aldrichs forskning [125] på store katastrofer har funnet at beholdningen av sosial kapital og tillit (eller mangel derav) mellom mennesker (bonding sosial kapital) og mellom enkeltpersoner og organisasjoner (brobyggende sosial kapital) i katastrofe-berørte lokalsamfunn er knyttet til om samfunn viser resiliens mens andre strever med gjenopprettelse. Slik er sosial kapital både en forutsetning og en stor prediktor for recovery/ gjenopprettelse og kan overvinne graden av skade på infrastruktur, underliggende sosioøkonomiske status for et samfunn og hvor mye hjelp et område mottar. I tillegg blir indikatorer på bonding (det å knytte bånd) og brobygging av sosial kapital, folkelig engasjement, heterogene sosioøkonomiske forhold, og politisk effektivitet og tillit betydelig knyttet til selvrappertert helse [126].

Wulff et al [89] hevder at dersom bygging av sosial tilhørighet fremmer helse resiliens, så har sosial tilhørighet verdi som en legitim og viktig komponent, også i beredskapsplaner. De påpeker videre at beredskapskommunikasjon med befolkningen har imidlertid vektlagt personlig beredskap fremfor kollektiv innsats. Det er like viktig å ta tiltak for å fremme sosial tilhørighet som det er å bygge en 72-timers overlevelsespakke. Disse handlingene varierer fra enkle steg som det å bli kjent med sine naboer og en aktiv deltakelse i lokalsamfunnet til en mer bevisst innsats for å stå til tjeneste til sine naboer (ibid). Den mest sannsynlige personen til å gi umiddelbar hjelp i nødstilfeller vil være en venn, kollega, familiemedlem, eller forbigående heller enn en profesjonell hjelpeperson. Nært bekjente og tilknyttede grupper i lokalsamfunnet er ofte tilkalt for å gi emosjonell og fysisk støtte under en recovery/ gjenopprettelsesprosess. Nærstående og samfunnet og tilknytning grupper er også ofte kalt til å gi primært emosjonelle, og i mange tilfeller fysiske, støtte under gjenopprettelsesprosess. Gitt at medlemmer av lokalsamfunnet sannsynligvis er i god stand til å gi katastrofehjelp katastrofe hjelp, så

kan tiltak som øker bånd og brobyggende sosial kapital- og utdanner naboer til å hjelpe naboer, kan øke fremme hese i befolkningen.

5.3.4 Tilgang til gode barnehager, skoler og helsetjenester

Innsats for å styrke helsevesenet bygger resiliens [127]. Vi vet at trivsel i lokalsamfunnet er relatert til befolkningens helse, og at lokalsamfunn hvor befolkningen trives bedre tåler, og kan gjenoppstå, fra en katastrofe. Hvis samfunnets helsebehov ikke blir oppfylt, er det lite sannsynlig at det vil være effektivt under en katastrofe, selv med potensiell tilstrømning av nasjonale, statlige og regionale ressurser [89]. Helsevesenet utfordres stadig til å dekke høyere krav til tjenesten. Mange sykehus opererer på eller nær 100% kapasitet, noe som kan negativt påvirke evnen til å håndtere katastrofer og akutte behov [128]. Her kan et resiliens-rammeverk vurdere helsevesenet som helhet i stedet for å fokusere bare på rollen sykehusene spiller i en nødssituasjon. Sammen med sterk mellommenneskelig brobygging, bidrar sosialt samhold mellom individer og organisasjoner til fellesskapets resiliens. Statlige og frivillige organisasjoner som f.eks. yter nødvendige sosiale tjenester, tjener samfunnet hver dag, og trengs ofte mest etter en krise.

Barnehage, skole og helsetjenester er viktige faktorer som bidrar til resiliens i lokalsamfunnet. I en studie om barnehager i Canada fant Borge [129] og Côté et al. [130] at det å gå i barnehage kan beskytte mot negative effekter av konflikter i hjemmet. Côté et al. [130] fant at barn som opplevde høy grad av risiko i hjemmet (dårlig økonomi, konflikter og psykiske problemer), men som begynte i barnehage i løpet av sitt første leveår, viste mindre aggresjon og emosjonelle vansker, enn de barna som ikke var i barnehage, men ble passet hjemme. Skoler av høy kvalitet har vist seg å fremme resiliens ved at barna overkommer ulike mangler ved hjemmet [131]. I tillegg viser studier at positive holdninger til skole, involvering i positive vennegrupper og økt støtte fra lærer bidrar til mindre fravær og økt grad av fullført skolegang [111, 132]. Videre har tilgang til barnehager av høy kvalitet vist seg å påvirke familier på ulike måter. For familier med lav sosioøkonomisk status er gode barnehager assosiert med bedre utfall hos barna, samt økt arbeidsdeltakelse blant foreldrene [133]. Barnehager med stabile og konsekvente ansatte, hadde også en beskyttende innvirkning, ved at de bidro til en videre utvikling av tilknytning mellom barn og voksne. Det er også funnet at gode barnehager eliminerte noen av de negative konsekvensene som er assosiert med lav sosioøkonomisk status [134, 135]. Tilgang til gode helsetjenester er viktig for å beskytte mot psykiske vansker og samtidig fremme psykisk helse. Mangel på evnen til å nyttiggjøre fordelene som er knyttet til gode helsetjenester og medisinsk behandling har vist seg å være forbundet med stress i familien og økonomisk usikkerhet, samtidig som hele familiens helse ble svekket [136, 137]. Motsatt, så gir effektiv benyttelse av tilgjengelige helsetjenester og andre tilbud relatert til psykisk helse beskyttelse til familier i høy risiko (for å utvikle psykiske problemer/lidelser og relaterte problem) og det bidrar til å stryke resiliens i familien [138].

5.3.5 "Community mental health promotion" - syv lokalsamfunn i Lofoten

Avslutningsvis vil vi trekke frem studier knyttet til psykisk helsefremmende arbeid i syv ulike lokalsamfunn i Lofoten, Norge. Bakgrunnen for prosjektet føres tilbake til sent 1960-tall hvor det ble gjennomført psykiatriske epidemiologiske undersøkelser i Oslo, primært med formål å kartlegge prevalensen av psykisk sykdom i gitte områder, eller lokalsamfunn [139]. Man så fort at det var ulikheter i helse mellom befolkningsgrupper. Av de mest interessante funnene fra en undersøkelse av Dalgard [140] var forskjellene i psykisk helse mellom ulike typer bomiljø. I nye drabantbyer, som typisk preges av sosial desintegrasjon, var prevalensen av psykisk sykdom høyest. Lavest prevalens ble funnet i veletablerte boligområder. Ved en oppfølgingsstudie 10 år senere [141] fant man at både boforholdene og den psykiske helsen hadde bedret seg i drabantbyene. Flere lignende undersøkelser er blitt gjennomført [142-144].

Etter inspirasjon fra Stirling County studiene [145] ble en rekke samfunnspsykiatriske studier initiert i Lofoten ("The Lofoten Mental health promotion studies"), Norge [146-149]. Studiene fra Sterling County brakte sosialpsykiatrien til et punkt hvor fremming av psykisk helse kunne linkes til samfunnsutvikling. Begrepet *sosiokulturell integrasjon* (sociocultural intergration) ble brukt for å beskrive egenskaper ved lokalsamfunn relatert til psykisk helse. Et viktig funn fra Sterling County

studiene var en sterkere effekt på psykisk helse ved sterkere sosiokulturell integrasjon i lokalsamfunnet enn ved høyere sosioøkonomisk status i de samme lokalsamfunnene [149, 150].

På bakgrunn av en krise i Lofot-fisket i 1989 ble et prosjekt for å fremme psykisk helse i regionen utviklet [149]. Blant funnene var at individuelle faktorer som opplevd stress, depresjon og uønskede livs-hendelser var relatert til en nedgang i sosial integrasjon i samfunnet. Dette viser at Lofoten prosjektets kombinasjon av innsats for å dempe byrden av stress med innsats for å styrke sosial integrasjon, er en lovende metode for fremming av psykisk helse i lokalsamfunn.

Virkningen av lokalsamfunn og relevansen av sosiokulturell integrasjon på levekår og psykisk helse kan best ses i samfunn som Lofoten. Her har folk mesteparten av sin kultur, sosiale liv, arbeid, og for noen, selv familie innenfor samme geografiske område. På godt og vondt, innbyggere i små samfunn som Lofoten påvirkes mer av nivået på sosiokulturell integrasjon. I mer urbaniserte områder vil folk vanligvis ha sitt arbeid og fritidsaktiviteter utenfor boligområdet eller nabolaget, og deres personlige nettverk vil ofte ha tilhold mange steder. Hvis det oppstår en krise, ville ikke nødvendigvis alle viktige støttende strukturer bli truffet på samme tid. På den annen side ville ikke insentivene for å endre lokalsamfunnet være like sterke. Derfor er generaliseringene fra Lofoten studiene mest relevante for mindre lokalsamfunn med en relativ høy overlapping av sosiale nettverkssektorer [149].

6 Konklusjon

Kunnskapsoppsummeringen om helsefremmende og resiliente lokalsamfunn baserer seg på en litteraturgjennomgang av fagfellevurdert forskningslitteratur om helsefremming, resiliens og beskyttende faktorer knyttet til psykisk helse, på lokalsamfunnsnivå og befolkningsnivå. Totalt 149 artikler inngikk i litteraturgjennomgangen, hvorav 120 var vitenskapelige artikler (kvantitative studier, oversiktsartikler, litteraturstudier og teoretiske artikler, samt noen kvalitative studier) og 29 var i kategorien grålitteratur. I kunnskapsoppsummeringen har vi undersøkt tre problemstillinger: (1) Hva vet forskningen om hvilke faktorer som virker helsefremmende i et befolkningsperspektiv? (2) Hvordan kan forståelsen av resiliensbegrepet brukes i lokalsamfunnsutvikling? (3) Hva er de viktigste beskyttelsesfaktorene i robuste lokalsamfunn?

Overordnet viser litteraturen at det er mye kunnskap om risikofaktorer og beskyttende faktorer knyttet til psykisk helse på individnivå, men det er sparsomt med litteratur som belyser beskyttende faktorer på lokalsamfunn- og samfunnsnivå. Community resilience ser ut til å være et lovende perspektiv som kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i når det gjelder utvikling av robuste, helsefremmende og resiliente lokalsamfunn. Litteraturgjennomgangen tyder på at et fokus på resiliens i lokalsamfunnsutvikling betyr at det i større grad legges vekt på hva ulike lokalsamfunn kan gjøre for seg selv og hvordan de kan styrke sin kapasitet, i tillegg til å konsentrere seg om sårbarhet eller behov i mer akutte situasjoner. Lokalsamfunnet kan legge opp til arenaer for meningsfylt aktivitet, og for aktiviteter som skaper opplevelse av mestring, selvtillit og sosial støtte. Det er imidlertid mer behov for forskning knyttet til hvordan den enkelte innbygger og ulike lokalsamfunn kan stimuleres igjennom tilrettelegging av sosial og fysisk aktivitet, mestring og utvikling av tilhørighet og hvilke konsekvenser dette har for psykisk helse. Videre vil det også være viktig å undersøke hvilken betydning større endringer i samfunnsutviklingen, som økt grad av urbanisering, innvandring og digitalisering, har for lokalsamfunnet- og befolkningens psykiske helse.

7 Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. 2015, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
2. World Health Organization, *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. 2007.
3. Folkehelseinstituttet, *Psykiske plager og lidelser hos voksne - hvordan forstå tallene for forekomst 2015*; Available from: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
4. Folkehelseinstituttet, *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv 2009*.
5. Dalgard, O.S. and H. Bøen, *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. 2008.
6. Lassemo, E. and I. Sandanger, *Potentially traumatic events as predictors of disability pension: A 10-year follow-up study in Norway*. Scandinavian journal of public health, 2017: p. 1403494817722925.
7. Lassemo, E., et al., *Predicting disability pension–depression as hazard: a 10 year population-based cohort study in norway*. International journal of methods in psychiatric research, 2016. **25**(1): p. 12-21.
8. Cuijpers, P., A.T.F. Beekman, and C.F. Reynolds, *Preventing Depression: A Global Priority*. Jama, 2012. **307**(10): p. 1033-1034.
9. Wagenaar, A.C., M.J. Salois, and K.A. Komro, *Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies*. Addiction, 2009. **104**(2): p. 179-90.
10. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Dokument 3. 11 (2014-2015)*. 2015, Riksrevisjonen: Oslo.
11. McCrea, R., A. Walton, and R. Leonard, *Developing a model of community wellbeing and resilience in response to change*. Social Indicators Research, 2016. **129**(1): p. 195-214.
12. Borge, A.I.H., *Resiliens: Risiko og sunn utvikling*. 2010: Gyldendal Akademisk.
13. Goldstein, S. and R.B. Brooks, *Handbook of Resilience in Children*. 2006, New York, NY: Springer.
14. Ramey, S.L., et al., *The Preconception Stress and Resiliency Pathways Model: a multi-level framework on maternal, paternal, and child health disparities derived by community-based participatory research*. Matern Child Health J, 2015. **19**(4): p. 707-19.
15. Masten, A.S. and M.G.J. Reed, *Resilience in Development*, in *Handbook of positive psychology*, C.R. Snyder and S.J. Lopez, Editors. 2005, University Press: Oxford.
16. Davoudi, S., et al., *Resilience: A Bridging Concept or a Dead End? "Reframing" Resilience: Challenges for Planning Theory and Practice Interacting Traps: Resilience Assessment of a Pasture Management System in Northern Afghanistan Urban Resilience: What Does it Mean in Planning Practice? Resilience as a Useful Concept for Climate Change Adaptation? The Politics of Resilience for Planning: A Cautionary Note*. Planning Theory & Practice, 2012. **13**(2): p. 299-333.
17. Antonovsky, A., *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. 1987: Jossey-bass.
18. Langeland, E., *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. Sykepleien Forskning, 2009. **4**(4): p. 288-296.
19. Helse- og omsorgsdepartementet, *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*, in *LOV-2011-06-24-29*. 2011, Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo.
20. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation, *Social determinants of mental health*. 2014, WHO: Geneva.
21. Khanlou, N. and R. Wray, *A Whole Community Approach toward Child and Youth Resilience Promotion: A Review of Resilience Literature*. Int J Ment Health Addict, 2014. **12**: p. 64-79.
22. Major, E.F., et al., *Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*, in *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*. 2011.
23. Merzel, C. and J. D'Afflitti, *Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential*. American journal of public health, 2003. **93**(4): p. 557-574.
24. Stokols, D., *Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion*. American journal of health promotion, 1996. **10**(4): p. 282-298.
25. Baum, F. and M. Fisher, *Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities*. Sociology of health & illness, 2014. **36**(2): p. 213-225.
26. Stoltenberg, C., et al., *Folkehelse rapporten 2014*. Helsetilstanden i Norge, 2015.

27. Hofstad, H., et al., *Helsefremmende lokalsamfunn–hva sier forskningen?* Plan, 2016. **47**(03-04): p. 32-37.
28. Schiefloe, P.M., *Mennesker og samfunn: innføring i sosiologisk forståelse*. 2011, Bergen: Fagbokforlaget.
29. Morgan, A. and B.J. Haglund, *Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study*. Health Promotion International, 2009. **24**(4): p. 363-372.
30. Crabtree, J.W., et al., *Mental health support groups, stigma, and self-esteem: positive and negative implications of group identification*. Journal of Social Issues, 2010. **66**(3): p. 553-569.
31. Lambert, N.M., et al., *To belong is to matter: Sense of belonging enhances meaning in life*. Personality and Social Psychology Bulletin, 2013. **39**(11): p. 1418-1427.
32. House, J.S., *Work stress and social support* 1981, Reading, Mass.: Addison-Wesley.
33. Forsman, A.K., et al., *Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions*. Aging Ment Health, 2012. **16**(6): p. 771-9.
34. Putnam, R.D., *Bowling alone: America's declining social capital*, in *Culture and politics*. 2000, Springer. p. 223-234.
35. Case, A., A. Fertig, and C. Paxson, *The lasting impact of childhood health and circumstance*. Journal of health economics, 2005. **24**(2): p. 365-389.
36. Kelly, Y., et al., *What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study*. Archives of Disease in Childhood, 2011: p. archdischild195917.
37. Viner, R.M., et al., *Adolescence and the social determinants of health*. The lancet, 2012. **379**(9826): p. 1641-1652.
38. Bond, L., et al., *The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours?* Journal of Epidemiology & Community Health, 2004. **58**(12): p. 997-1003.
39. Allen, J., et al., *Social determinants of mental health*. International Review of Psychiatry, 2014. **26**(4): p. 392-407.
40. Dalgard, O.S., *Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors*. International journal for equity in health, 2008. **7**(1): p. 27.
41. Major, E., et al., *Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2011.
42. Enns, J., et al., *Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews*. Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 2016. **87**: p. 70-80.
43. Ong, H.L., et al., *Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support*. BMC psychiatry, 2018. **18**(1): p. 27.
44. Tønnessen, M., A. Syse, and K. Aase, *Befolkningsframskrivinger 2014–2100: Hovedresultater*. Statistics Norway. <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-2014-2100-hovedresultater>. Accessed March, 2014. **10**: p. 2015.
45. Cohen-Mansfield, J., et al., *Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights*. Int Psychogeriatr, 2016. **28**(4): p. 557-76.
46. Golden, J., et al., *Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly*. International journal of geriatric psychiatry, 2009. **24**(7): p. 694-700.
47. Depp, C.A. and D.V. Jeste, *Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies*. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 2006. **14**(1): p. 6-20.
48. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study*. BMC Geriatrics, 2012. **12**.
49. Forsman, A.K., J. Nordmyr, and K. Wahlbeck, *Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults*. Health promotion international, 2011. **26**(suppl_1): p. i85-i107.
50. Kok, A.A.L., et al., *"Tough Times Have Become Good Times": Resilience in Older Adults With a Low Socioeconomic Position*. Gerontologist, 2018.
51. Forsman, A., et al., *Understanding the role of social capital for mental wellbeing among older adults*. Ageing & Society, 2013. **33**(5): p. 804-825.
52. Chaskin, R.J., *Resilience, Community, and Resilient Communities: Conditioning Contexts and Collective Action*. Child Care in Practice, 2008. **14**(1): p. 65-74.
53. Chaskin, R.J., *Perspectives on Neighborhood and Community: A Review of the Literature*. Social Service Review, 1997. **71**(4): p. 521-547.

54. Campbell, K.E. and B.A. Lee, *Sources of Personal Neighbor Networks: Social Integration, Need, or Time?* Social Forces, 1992. **70**(4): p. 1077-1100.
55. Norris, F.H., et al., *Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness.* American journal of community psychology, 2008. **41**(1-2): p. 127-150.
56. Fonagy, P., et al., *The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992 The Theory and Practice of Resilience.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1994. **35**(2): p. 231-257.
57. Bekkhus, M. *Resiliens - hvorfor klarer noen barn seg på tross av risiko?* 2012; Available from: <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Resiliens---hvorfor-klarere-noen-barn-seg-pa-tross-av-risiko/>.
58. Luthar, S.S., D. Cicchetti, and B. Becker, *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work.* Child development, 2000. **71**(3): p. 543-562.
59. Masten, A.S., et al., *Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence.* Development and psychopathology, 1999. **11**(1): p. 143-169.
60. Masten, A.S. and M.O. Wright, *Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation in Resilience in adults*, J.W. Reich, A.J. Zautra, and J.S. Hall, Editors. 2010: New York, NY: Guilford. p. 213-237.
61. Brown, D.D. and J.C. Kulig, *The concepts of resiliency: Theoretical lessons from community research.* 1996.
62. Sonn, C.C. and A.T. Fisher, *Sense of community: Community resilient responses to oppression and change.* Journal of community psychology, 1998. **26**(5): p. 457-472.
63. Paton, D. and D. Johnston, *Disasters and communities: vulnerability, resilience and preparedness.* Disaster Prevention and Management: An International Journal, 2001. **10**(4): p. 270-277.
64. Ganor, M. and Y. Ben-Lavy, *Community resilience: Lessons derived from Gilo under fire.* Journal of Jewish Communal Service, 2003. **79**(2/3): p. 105-108.
65. Ahmed, R., et al., *Discerning community resilience in disadvantaged communities in the context of violence and injury prevention.* South African Journal of Psychology, 2004. **34**(3): p. 386-408.
66. Kimhi, S. and M. Shamai, *Community resilience and the impact of stress: Adult response to Israel's withdrawal from Lebanon.* Journal of Community Psychology, 2004. **32**(4): p. 439-451.
67. Coles, E. and P. Buckle, *Developing community resilience as a foundation for effective disaster recovery.* Australian Journal of Emergency Management, The, 2004. **19**(4): p. 6.
68. Pfefferbaum, B.J., et al., *Building resilience to mass trauma events*, in *Handbook of injury and violence prevention.* 2008, Springer. p. 347-358.
69. Davidson, D.J., *The Applicability of the Concept of Resilience to Social Systems: Some Sources of Optimism and Nagging Doubts.* Society & Natural Resources, 2010. **23**(12): p. 1135-1149.
70. Rose, A., *Defining and measuring economic resilience to disasters.* Disaster Prevention and Management: An International Journal, 2004. **13**(4): p. 307-314.
71. McCrea, R., A. Walton, and R. Leonard, *A conceptual framework for investigating community wellbeing and resilience.* Rural Society, 2014. **23**(3): p. 270-282.
72. Wiseman, J. and K. Brasher, *Community wellbeing in an unwell world: trends, challenges, and possibilities.* J Public Health Policy, 2008. **29**(3): p. 353-66.
73. Walker, B. and D. Salt, *Resilience thinking: sustaining ecosystems and people in a changing world.* 2012: Island Press.
74. Folke, C., et al., *Resilience thinking: integrating resilience, adaptability and transformability.* Ecology and society, 2010. **15**(4).
75. Humphreys, J., *Resilience in sheltered battered women.* Issues in mental health nursing, 2003. **24**(2): p. 137-152.
76. Sorensen, L.G., et al., *Psychosocial adjustment over a two-year period in children referred for learning problems: risk, resilience, and adaptation.* Learning Disabilities Research & Practice, 2003. **18**(1): p. 10-24.
77. Olsson, C.A., et al., *Adolescent resilience: A concept analysis.* Journal of adolescence, 2003. **26**(1): p. 1-11.
78. Adger, W.N., *Social and ecological resilience: are they related?* Progress in human geography, 2000. **24**(3): p. 347-364.
79. Clauss-Ehlers, C.S. and L.L. Levi, *Violence and community, terms in conflict: An ecological approach to resilience.* Journal of Social Distress and the Homeless, 2002. **11**(4): p. 265-278.
80. Hernández, P., *Resilience in families and communities: Latin American contributions from the psychology of liberation.* The Family Journal, 2002. **10**(3): p. 334-343.

81. Conger, R.D., M.A. Rueter, and G.H. Elder Jr, *Couple resilience to economic pressure*. Journal of personality and social psychology, 1999. **76**(1): p. 54.
82. De Haan, L., D.R. Hawley, and J.E. Deal, *Operationalizing family resilience: A methodological strategy*. American Journal of Family Therapy, 2002. **30**(4): p. 275-291.
83. Oswald, R.F., *Resilience within the family networks of lesbians and gay men: Intentionality and redefinition*. Journal of Marriage and Family, 2002. **64**(2): p. 374-383.
84. Patterson, J.M., *Understanding family resilience*. Journal of clinical psychology, 2002. **58**(3): p. 233-246.
85. Schwartz, J., *Family resilience and pragmatic parent education*. Journal of individual Psychology, 2002. **58**(3): p. 250-262.
86. Walsh, F., *A family resilience framework: Innovative practice applications*. Family relations, 2002. **51**(2): p. 130-137.
87. Masten, A.S., *Ordinary magic: Resilience processes in development*. American psychologist, 2001. **56**(3): p. 227.
88. Schilling, T.A., *An examination of resilience processes in context: The case of Tasha*. The Urban Review, 2008. **40**(3): p. 296-316.
89. Wulff, K., D. Donato, and N. Lurie, *What Is Health Resilience and How Can We Build It?* Annual Review of Public Health, 2015. **36**(1): p. 361-374.
90. DFID. *From Promoting innovation and evidence-based approaches to building resilience and responding to humanitarian crises: A DFID strategy paper*. . 2012; Available from: <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/prom-innov-evi-bas-appr-build-res-resp-hum-cris.pdf>
91. Strand, A. *Robust, robust, robust*. 2017 [cited 2017 05.04.2018]; Available from: <https://samferdsel.toi.no/pa-veien/robust-robust-robust-article33748-1426.html>.
92. Awofeso, N., *The Healthy Cities approach: Reflections on a framework for improving global health*. Bulletin of the World Health Organization, 2003. **81**: p. 222-223.
93. Tengland, P.A., *Health promotion or disease prevention: a real difference for public health practice?* Health Care Anal, 2010. **18**(3): p. 203-21.
94. Friberg, O. *Resiliens*. 2010 [cited 2017 25.03.2018]; Available from: <http://uit-psyk.net/art10/Resiliens.pdf>.
95. Luthar, S.S., *Resilience in development: A synthesis of research across five decades*. Developmental psychopathology, 2006: p. 739-795.
96. Haines, A., et al., *Policies for accelerating access to clean energy, improving health, advancing development, and mitigating climate change*. Lancet, 2007. **370**(9594): p. 1264-81.
97. Pretty, J., et al., *Green exercise in the UK countryside: Effects on health and psychological well-being, and implications for policy and planning*. Journal of Environmental Planning and Management, 2007. **50**(2): p. 211-231.
98. Maller, C.J., C. Henderson-Wilson, and M. Townsend, *Rediscovering nature in everyday settings: or how to create healthy environments and healthy people*. Ecohealth, 2009. **6**(4): p. 553-6.
99. Barton, J., R. Hine, and J. Pretty, *The health benefits of walking in greenspaces of high natural and heritage value*. Journal of Integrative Environmental Sciences, 2009. **6**(4): p. 261-278.
100. Thompson Coon, J., et al., *Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review*. Environ Sci Technol, 2011. **45**(5): p. 1761-72.
101. Fraser, M.W., *The ecology of childhood: A multisystems perspective*. Risk and resilience in childhood: An ecological perspective. Vol. 2. 2004: NASW Press. 1-12.
102. Bassett, E. and S. Moore, *Social capital and depressive symptoms: The association of psychosocial and network dimensions of social capital with depressive symptoms in Montreal, Canada*. Social Science & Medicine, 2013. **86**: p. 96-102.
103. Kim, J. and C.E. Ross, *Neighborhood-specific and general social support: which buffers the effect of neighborhood disorder on depression?* Journal of Community Psychology, 2009. **37**(6): p. 725-736.
104. Lambert, N.M., et al., *To belong is to matter: sense of belonging enhances meaning in life*. Pers Soc Psychol Bull, 2013. **39**(11): p. 1418-27.
105. Jenkins, J.M. and M.A. Smith, *Factors protecting children living in disharmonious homes: maternal reports*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1990. **29**(1): p. 60-9.
106. Ziersch, A.M., et al., *Neighbourhood life and social capital: the implications for health*. Soc Sci Med, 2005. **60**(1): p. 71-86.

107. Vinson, T., E. Baldry, and J. Hargreaves, *Neighbourhoods, Networks and Child Abuse*. The British Journal of Social Work, 1996. **26**(4): p. 523-543.
108. Stafford, M., et al., *Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment*. Soc Sci Med, 2005. **60**(8): p. 1681-92.
109. Orthner, D.K., H. Jones-Sanpei, and S. Williamson, *The Resilience and Strengths of Low-Income Families*. Family Relations, 2004. **53**(2): p. 159-167.
110. Yeung, W.J., M.R. Linver, and J. Brooks-Gunn, *How money matters for young children's development: parental investment and family processes*. Child Dev, 2002. **73**(6): p. 1861-79.
111. Ou, S.-R., *Pathways of long-term effects of an early intervention program on educational attainment: Findings from the Chicago longitudinal study*. Journal of Applied Developmental Psychology, 2005. **26**(5): p. 578-611.
112. Snell-Johns, J., J.L. Mendez, and B.H. Smith, *Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families*. J Fam Psychol, 2004. **18**(1): p. 19-35.
113. Deater-Deckard, K., *Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions*. Clinical Psychology: Science and Practice, 1998. **5**(3): p. 314-332.
114. Hutchings, J. and E. Lane, *Parenting and the development and prevention of child mental health problems*. Curr Opin Psychiatry, 2005. **18**(4): p. 386-91.
115. Butcher, F., et al., *The impact of neighborhood disorganization on neighborhood exposure to violence, trauma symptoms, and social relationships among at-risk youth*. Soc Sci Med, 2015. **146**: p. 300-6.
116. Kawachi, I., et al., *Commentary: Reconciling the three accounts of social capital*. Int J Epidemiol, 2004. **33**(4): p. 682-90; discussion 700-4.
117. Putnam, R., *The prosperous community: social capital and public life*. Frontier issues in economic thought, 1997. **3**: p. 211-212.
118. Baum, F. and C. Palmer, *'Opportunity structures': urban landscape, social capital and health promotion in Australia*. Health Promot Int, 2002. **17**(4): p. 351-61.
119. Oldenburg, B., I.D. McGuffog, and G. Turrell, *Socioeconomic determinants of health in Australia: policy responses and intervention options*. Med J Aust, 2000. **172**(10): p. 489-92.
120. Voydanoff, P., *The Effects of Community Demands, Resources, and Strategies on the Nature and Consequences of the Work-Family Interface: An Agenda for Future Research*. Family Relations, 2005. **54**(5): p. 583-595.
121. Husk, K., et al., *Participation in environmental enhancement and conservation activities for health and well-being in adults: a review of quantitative and qualitative evidence*. Cochrane Database Syst Rev, 2016(5): p. Cd010351.
122. Thompson, S. and J. Kent, *Healthy Built Environments Supporting Everyday Occupations: Current Thinking in Urban Planning*. Journal of Occupational Science, 2014. **21**(1): p. 25-41.
123. Hand, C., et al., *Neighborhood Influences on Participation among Older Adults with Chronic Health Conditions: A Scoping Review*. OTJR: Occupation, Participation and Health, 2012. **32**(3): p. 95-109.
124. Szreter, S. and M. Woolcock, *Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health*. Int J Epidemiol, 2004. **33**(4): p. 650-67.
125. Aldrich, D.P., *Building resilience: Social capital in post-disaster recovery*. 2012: University of Chicago Press.
126. Poortinga, W., *Community resilience and health: the role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital*. Health Place, 2012. **18**(2): p. 286-95.
127. Cutter, S.L., et al., *Disaster resilience: A national imperative*. Environment: Science and Policy for Sustainable Development, 2013. **55**(2): p. 25-29.
128. Kaji, A.H., K.L. Koenig, and R.J. Lewis, *Current hospital disaster preparedness*. JAMA, 2007. **298**(18): p. 2188-2190.
129. Borge, A.I., et al., *Early childcare and physical aggression: differentiating social selection and social causation*. J Child Psychol Psychiatry, 2004. **45**(2): p. 367-76.
130. Cote, S.M., et al., *Nonmaternal care in infancy and emotional/behavioral difficulties at 4 years old: moderation by family risk characteristics*. Dev Psychol, 2008. **44**(1): p. 155-68.
131. Bennett, P., M. Elliott, and D. Peters, *Classroom and Family Effects on Children's Social and Behavioral Problems*. The Elementary School Journal, 2005. **105**(5): p. 461-480.
132. Reynolds, A.J. and J.A. Temple, *Priorities for a New Century of Early Childhood Programs*. Infants & Young Children, 2005. **18**(2): p. 104-118.

133. Mistry, R.S., et al., *Economic well-being and children's social adjustment: the role of family process in an ethnically diverse low-income sample*. Child Dev, 2002. **73**(3): p. 935-51.
134. Burchinal, M.R., et al., *Children's Social and Cognitive Development and Child-Care Quality: Testing for Differential Associations Related to Poverty, Gender, or Ethnicity*. Applied Developmental Science, 2000. **4**(3): p. 149-165.
135. Papero, A.L., *Is early, high-quality daycare an asset for the children of low-income, depressed mothers?* Developmental Review, 2005. **25**(2): p. 181-211.
136. Orthner, D.K., H. Jones-Sanpei, and S. Williamson, *The Resilience and Strengths of Low-Income Families*. Family Relations, 2004. **53**(2): p. 159-167.
137. Hyjer, D.P., *Complexity of Family Life Among the Low-Income and Working Poor: Introduction to the Special Issue*. Family Relations, 2005. **53**(2): p. 122-126.
138. Simon, J., B. J. Murphy, J. , and S. Smith, M. , *Understanding and Fostering Family Resilience*. The Family Journal, 2005. **13**(4): p. 427-436.
139. Dalgard, O.S., *Psykiatrisk epidemiologi i Norge—et historisk tilbakeblikk*. Norsk epidemiologi, 2002. **12**(3).
140. Dalgard, O.S., *Bomiljø og psykisk helse: en intervju-undersøkelse i Oslo*. 1980: Universitetsforlaget.
141. Dalgard, O.S. and K. Tambs, *Urban environment and mental health. A longitudinal study*. The British Journal of Psychiatry, 1997. **171**(6): p. 530-536.
142. Sørensen, T., *Miljø-skifte—psykiske lidelser. I: Medicinsk Årbog*. København: Munksgaard, 1981: p. 137-144.
143. Lavik, N.J., *Ungdoms mentale helse*. Universitetsforlaget, Oslo, 1976.
144. Kolstad, A., *Til diskusjon om sammenhengen mellom sosiale forhold og psykiske strukturer*. En epidemiologisk undersøkelse blant barn og unge, 1983.
145. Leighton, A.H., *My name is legion*. 1959: Basic Books.
146. Sørensen, T., et al., *Contribution of local community integration and personal social network support to mental health*. Vol. 12. 2002. 269-274.
147. Sørensen, T., et al., *Mental health promotion strategies and their effectiveness in local communities: sociocultural integration and multiple realities perspective*. International Journal of Mental Health Promotion, 2014. **16**(3): p. 141-190.
148. Sørensen, T., et al., *Local Community Mobilisation and Mental Health Promotion*. International Journal of Mental Health Promotion, 2004. **6**(4): p. 5-16.
149. Sørensen, T., et al., *From sociocultural disintegration to community connectedness dimensions of local community concepts and their effects on psychological health of its residents*. Psychiatry journal, 2013. **2013**.
150. Leighton, A.H., *Research directions in psychiatric epidemiology*. Psychological medicine, 1979. **9**(2): p. 235-247.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no