



Högskolan
Kristianstad

Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-250 30 00
www.hkr.se

Examensarbete, 15 hp
Kandidatexamen i folkhälsovetenskap
VT 2021
Fakulteten för Hälsovetenskap

“Jag tror vi behöver bli mer tränade i att prata om livet och döden och universum”

En kvalitativ studie om
betydelsen av den existentiella
hälsan inom kommunalt och
regionalt folkhälsoarbete bland
barn och unga

Johanna Flogstam & Lina Wernström Jensen

Författare

Johanna Flogstam och Lina Wernström Jensen

Titel

“Jag tror vi behöver bli mer tränade i att prata om livet och döden och universum”

En kvalitativ studie om betydelsen av den existentiella hälsan inom kommunalt och regionalt folkhälsoarbete bland barn och unga

Engelsk titel

” I think we need more practice when it comes to talking about life and death and the universe”

A qualitative study about the meaning of spiritual health in municipal and regional public health work among children and adolescents

Handledare

Sophie Schön Persson

Examinator

Ingemar Andersson

Sammanfattning

Inledning: Den psykiska ohälsoutvecklingen bland barn och unga är idag ett allvarligt folkhälsoproblem. Evidens påvisar att den existentiella hälsan har betydelse för psykisk hälsa och välbefinnande. Snacka om livet (SOL) är ett projekt som utformats för att främja barn och ungas existentiella hälsa. Ett fortsatt arbete med projektet är beroende av att det skapas förutsättningar för områdets implementering och att politiken och beslutsfattare prioriterar området.

Syfte: Att undersöka upplevelsen av den existentiella hälsan inom Skånes kommunala och regionala sektorsövergripande folkhälsoarbete i främjandet av barn och ungas psykiska hälsa.

Metod: Studien hade en kvalitativ ansats med tio deltagare med ledande befattning inom kommun och region. Informanterna selekterades utifrån ett strategiskt urval. Intervjuerna genomfördes med semistrukturerad metod och med ett genomgående etiskt beaktande. Empirin analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom att området är nytt, viktigt och aktuellt i relation till den psykiska ohälsan bland barn och unga. Begreppet upplevdes i viss mån komplext och tabubelagt men beskrevs även ha stora vinster för individ och samhälle. Den existentiella hälsan uppfattades kunna stärka och rusta barn och unga. En förutsättning för områdets implementering menades bland annat vara att begreppet inkluderas i folkhälsoarbetet.

Konklusion: Studien har kunnat bidra med ytterligare evidens och kunskap till detta relativt nya och outforskade område. Den existentiella hälsan är en resurs i såväl det förebyggande som främjande folkhälsoarbetet. Studien har identifierat att health literacy kan vara ett viktigt verktyg för områdets integrering inom folkhälsan. Begreppet behöver tydliggöras, medvetandegöras och få utrymme i det folkhälsovetenskapliga perspektivet.

Ämnesord

Existentiell hälsa, folkhälsoarbete, psykisk ohälsa, barn och unga, kommunal sektor, regional sektor

Author

Johanna Flogstam and Lina Wernström Jensen

Title

” I think we need more practice when it comes to talking about life and death and the universe”

A qualitative study about the meaning of spiritual health in municipal and regional public health work among children and adolescents

Supervisor

Sophie Schön Persson

Examiner

Ingemar Andersson

Abstract

Introduction: The development of mental illness among children and adolescents is a serious public health problem today. Evidence shows that spiritual health is important for mental health and well-being. Snacka om livet (SOL) is a project designed to promote the existential health of children and adolescents. Continued work on the project depends on creating the conditions for the area's implementation and on policymakers prioritizing the area.

Purpose: To investigate the experience of existential health within Skåne's municipal and regional cross-sectoral public health work in the promotion of children and young people's mental health.

Methods: The study had a qualitative approach with ten participants with senior positions within the municipality and region. The informants were selected based on a strategic selection. The interviews were conducted with a semi-structured method and with thorough ethical considerations. The empirics were analyzed based on qualitative content analysis.

Results: The results showed that the area is new, important and of current interest in relation to mental illness among children and adolescents. The concept was to some extent perceived as complex and taboo but was also described as having great benefits for individuals and society. Spiritual health was perceived to strengthen and equip children and adolescents. A prerequisite for the area's implementation was meant, among other things, to include the concept in public health work.

Conclusion: The study has been able to contribute additional evidence and knowledge to this relatively new and unexplored area. Spiritual health is a resource in both prevention and promotion of public health work. The study has identified that health literacy can be an important tool for the area's integration into public health. The concept needs to be clarified, made aware and given space in the public health perspective.

Keywords

Spiritual health, public healthwork, mental illness, children and adolescents, municipal sector, regional sector

Innehållsförteckning

Förord	9
Inledning	10
Litteraturgenomgång	12
Hälsa.....	12
Folkhälsa	13
<i>Folkhälsans styrning</i>	16
Existentiell hälsa	17
Teorier av relevans för det studerade området	20
<i>Health literacy</i>	20
<i>Känsla av sammanhang (KASAM)</i>	21
<i>Resiliens</i>	22
SOL – en resurs för den existentiella hälsan	23
Samhällets utveckling	24
Den psykiska hälsoutvecklingen hos barn och unga.....	26
Problemformulering	28
Syfte	29
Frågeställning	29
Metod	29
Studiedesign och metodval	29
Deltagare och verksamhet	30

Genomförande.....	31
Analys	32
Etiskt beaktande	33
Resultat	34
Hur existentiell hälsa förstås och upplevs.....	35
Varierad inblick och kännedom	35
Ett komplext men viktigt begrepp.....	35
Upplevda vinster med att främja barn och ungas existentiella hälsa	36
Tankar om att rusta och normalisera.....	37
Samhällets utveckling och ett ökat behov	38
Ett nytt och aktuellt område	38
Identifierade samhällsfaktorer.....	39
Pandemins effekter.....	40
Ett delat ansvar att möta behoven	41
Förutsättningar att implementera existentiell hälsa.....	42
Endast indirekta insatser och riktlinjer.....	42
Prioritet och samhällsnytta – en förutsättning.....	42
Upplevda hinder för implementering	43
Samverkan – en nödvändighet i alla led	44
Att medvetandegöra den existentiella hälsan	45
Skolan och den existentiella hälsan	45
Skolan som arena för det existentiellt hälsofrämjande arbetet.....	45

Kompetens att möta barn och ungas existentiella behov	46
Diskussion	47
Resultatdiskussion.....	47
<i>Ett komplext begrepp</i>	<i>47</i>
<i>Samhällsutveckling, psykisk ohälsa och ett existentiellt behov.....</i>	<i>48</i>
<i>Att rusta barn och unga</i>	<i>50</i>
<i>Den existentiella hälsan ur ett folkhälsoperspektiv</i>	<i>52</i>
Metoddiskussion	54
<i>Kvalitetskriterier</i>	<i>54</i>
Konklusion	57
Referenslista.....	58
Bilaga 1: Intervjuguide	69
Bilaga 2: Informationsbrev	72
Bilaga 3: Analyseringstabell.....	74

Förord

Den existentiella hälsan är ett område som idag är på frammarsch, men som fortfarande har ett relativt litet utrymme i dagens folkhälsoarbete. Ur ett folkhälsoperspektiv är den existentiella hälsan dock ett område av stor relevans, då den exempelvis har betydelse för den psykiska hälsan och välmåendet. Därav kan den beskrivas vara en pusselbit i kampen mot den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga. Således är det ett område som ur ett folkhälsoperspektiv behöver uppmärksammas och medvetandegöras och som behöver bli en integrerad del av det framtida folkhälsoarbetet.

I gott samarbete med PART och genom förenade resurser har denna C-uppsats kunnat ta form. Uppsatsens har skrivits och utformats ur en gemensam arbetsprocess, där vi båda studenter genomgående samarbetat och tagit oss an de olika områdena. Vi har genom uppsatsens alla delar varit samspelta, tagit del i processen på lika villkor och med likvärdig insats. Vi har även kunnat diskutera och utgöra varandras bollplank, vilket har varit mycket fördelaktigt på flera sätt.

Först och främst vill vi tacka vår handledare Sophie Schön Persson för hennes tålamod, stöd och uppmuntrande ord genom hela processen. Vi vill också tacka PART för att de genom sitt engagemang för barn och ungas existentiella hälsa också banar väg för att detta mycket viktiga område en dag ska kunna bli en integrerad del av folkhälsoarbetet. Vi vill även tacka dem för att vi fått chansen att få fördjupa våra kunskaper inom området och att vi fått vara en del av att skapa förutsättningar för deras framtida arbete inom detta viktiga och spännande område.

Vi vill även rikta ett stort tack till alla de informanter som ställt upp med sin dyrbara tid och delat med sig av sina intressanta tankar och reflektioner. Utan er hade det varit omöjligt! Ett extra stort tack till informanten som med sina kloka ord fått bidra med att utforma uppsatsens titel.

Sist men inte minst vill vi också tacka varandra för uthållighet, pepp och uppmuntran. Det har varit en fantastiskt spännande, rolig och utmanande resa!

Lina Wernström Jensen och Johanna Flogstam, Dalby/Malmö 2021-05-09

Inledning

Folkhälsan i Sverige har under senaste seklet kommit att utvecklats i en gynnsam riktning, vilket också bidragit till att de flesta svenskar idag lever långa, friska liv med en god självskattad hälsa (Folkhälsomyndigheten 2020; Pellmer, Wramner & Wramner 2012). Även om Sverige idag är ett land som kan beskrivas ha en generellt god välfärd och folkhälsa, finns det fortfarande stora utmaningar kvar. En av dessa folkhälsoutmaningar handlar om den oroande utvecklingen av psykisk ohälsa, som framför allt har kommit att drabba samhällets yngre individer (Folkhälsomyndigheten 2018, 2020; Forte 2015; Mind 2018; Myndigheten för Ungdoms och Civilsamhällsfrågor [MUCF] 2019; Socialstyrelsen 2017). Den psykiska ohälsan hos barn och unga är ett allvarligt folkhälsoproblem som har omfattande konsekvenser för både individ och samhället. På individnivå kan förutsättningarna att tillgodogöra sig studier försämrats, vilket kan ge konsekvenser på sikt då utbildning är en av de viktigaste determinanterna för hälsa (Pellmer, Wramner & Wramner 2012). Ur ett samhällsperspektiv medför den psykiska ohälsan stora kostnader (Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi [IHE] 2019).

Den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga innefattar såväl självrapporterade psykiska besvär, som diagnostiserade sjukdomstillstånd, där diagnoser som depression och ångestsyndrom beskrivs stå för den största ökningen (Socialstyrelsen 2017). Socialstyrelsens rapport visar att mellan 10–15 procent av alla unga kvinnor och män i Sverige lider av någon form av psykiska besvär. Även på regional nivå ses liknade rapportering, där Region Skånes folkhälsorapport från 2019, visar på samma utvecklingstrend av psykisk ohälsa som resterande rike (Region Skåne 2019). Det finns idag ingen som med säkerhet kan svara för varför denna ökning av ohälsotal har skett, men flertalet myndigheter och organisationer har de senaste åren genomfört analyser, kartläggningar och rapporter som försökt att ringa in möjliga orsaker bakom detta komplexa samhällsproblem (Folkhälsomyndigheten 2018; Mind 2018; MUCF 2015; Socialstyrelsen 2017).

Det finns idag stöd i forskningen för att den existentiella hälsan har betydelse för den psykiska hälsan och välmåendet (Lloyd 2018; Melder 2011). Exempelvis har ett starkt samband mellan positiv psykisk hälsa och existentiell hälsa identifierats (Hiebler- Ragger, Kamble, Aberer & Unterrainer 2020; Michaelson et al. 2019). Existentiell

hälsa beskrivs även vara en skyddande och kompensatorisk hälsotillgång under ungdomsåren (Brooks, Michaelson, King, Inchley & Pickett 2018; Hiebler-Ragger, Kamble, Aberer & Unterrainer 2020). Det finns ingen entydig beskrivning och förklaring av det existentiella hälsobegreppet (Whitehead 2003). En bild är att den innefattar beteenden och principer, personlig tro, att finna inbördes ro och ibland även religiös tro (Scriven 2013). Den berör också individens upplevelser, känslor och att kunna uppnå en helhet och mening med livet (Bramadat, Coward & Stajduhar 2013).

Den existentiella hälsan har aldrig inkluderats som en *egen* dimension i WHO:s holistiska hälsodefinition, men deras syn på hälsa har dock kommit att omfatta ett andligt eller existentiellt synsätt (Melder 2011; World Health Organization [WHO] 1986, 1991). Ur detta perspektiv beskrivs andlighet, religiositet och personlig tro skapa stödjande miljöer som främjar förutsättningar för hälsa. Vader (2006) beskriver den existentiella hälsans roll som marginell inom det europeiska folkhälsoarbetet, något som även stämmer med bilden av svenskt folkhälsoarbete (Melder 2011). Chirico (2016) menar att det generellt fortfarande saknas mycket kunskap om den existentiella hälsans betydelse för hälsan (Chirico 2016).

WHO utformade 2002 ett testinstrument för att mäta existentiell hälsa som bygger på åtta identifierade viktiga hälsofrämjande faktorer (WHO 2002). Dessa omfattar *andlig kontakt, mening, förundran, helhet, andlig styrka, harmoni, hoppfullhet, optimism* och *personlig tro*. Faktorerna har även översatts och vidareutvecklats inom svensk kontext av Melder (2011) och i Skåne legat till grund för projektet SOL Snacka om livet, som främjar barn och ungas existentiella hälsa. Bakom projekt står PART (Preventivt Arbete Tillsammans) en enhet inom Helsingborgs stad som genom verksamhetsöverskridande, resursintegrerad samverkan, mellan Helsingborg, Landskrona och Region Skåne arbetar mot visionen att främja barn och ungas utveckling och hälsa (PART 2021a). PART vill idag vidareutveckla arbetet med SOL för att nå ut till nya arenor och behöver där av underlag som kan beskriva och tydliggöra förutsättningarna för detta. Folkhälsoarbete styrs och planeras på strategisk nivå och är beroende av att politiken efterfrågar uppdrag och finansierar förslag (Pellmer, Wramner & Wramner 2012). Således är PART också beroende av att det på en övergripande nivå skapas förutsättningar för vidare implementering av SOL-projektet. PART vill därför undersöka hur personer i beslutsfattande position i kommun och region förstår och

uppfattar existentiell hälsa, samt hur de upplever att behoven och förutsättningarna ser ut för att främja barn och ungas existentiella hälsa. Deras önskemål ligger där av till grund för denna studies syfte och utformning.

Litteraturgenomgång

I detta avsnitt kommer forskning och litteratur av relevans för det studerade området att behandlas och förtydligas. Detta för att bredda förståelsen för områdena *hälsa* och *folkhälsa*, *existentiell hälsa*, *teorier av relevans för det studerade området*, *SOL en resurs för den existentiella hälsan*, *samhällets utveckling* och *den psykiska hälsoutvecklingen hos barn och unga*. Litteraturgenomgången avser att påvisa hur dessa områden i mångt och mycket samvarierar och har nära kopplingar till varandra. Relevanta och aktuella teorier som kan relateras till det studerade området kommer även att beskrivas, och avsnittet avslutas med en problemformulering.

Hälsa

Begreppet hälsa kan i regel inte kopplas till någon entydig definition då det över tid har utvecklats och förändrats i takt med att kunskap, förutsättningarna och villkoren för hälsa respektive ohälsa har ändrats (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2012). Inom hälsoarbete finns olika perspektiv på hälsa. Det ena benämns som patogenens och avser förebyggande åtgärder som handlar om sjukdomsprevention med fokus på att identifiera risker, förebygga, behandla och lindra symtom och sjukdom (Bringsén & Nilsson Lindström 2019). Patogenes utgår från det biomedicinska perspektivet där hälsa och sjukdom ses som något dikotomt där individen antingen anses frisk eller sjuk. Hälsoperspektivet har dock utvecklats till en holistisk syn där hälsobegreppet kopplas till flera samvarierande faktorer som samspekar och utgör en helhet (ibid). Utifrån det holistiska perspektivet utvecklades även hälsopromotion (eng. health promotion) som belyser hälsa som en subjektiv upplevelse, något positivt och som kan vara en resurs för individen (WHO 1986). Relationen mellan hälsa och sjukdom kan även betraktas genom det holistiska perspektivet, att det är möjligt att må dåligt utan att vara sjuk i medicinsk bemärkelse, tillika att må bra trots medicinsk sjukdom (Korp 2016). World Health Organization (WHO 1948, s. 1) definierar holistisk hälsa följande:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Antonovsky (1987; 2005) myntade teorin om salutogenes som har tonvikt vid vad som skapar hälsa, vilka resurser som finns och hur hälsa kan vidmakthållas. I motsats till det patogenes som identifierar risker och orsaker till sjukdom, fokuserar salutogenes på faktorer som bidrar till hälsa. Medin och Alexandersson (2000) belyser också hur holistisk hälsa kan kopplas till fyra betydelsefulla områden. Dessa innefattar hur kroppens organsystem samspelar, individers biologiska, sociala och psykiska funktioner, hur individen är i ett ständigt samspel med omgivningen och en andlig eller existentiell dimension (ibid). Den existentiella hälsan har inte tidigare inkluderats som en egen dimension i WHO:s holistiska hälsodefinition, dock har WHO stegvis innefattat även en andlig (eng. spiritual) eller existentiell dimension i sitt synsätt på hälsobegreppet (Melder 2011; WHO 1986, 1991).

Scriven (2013) framhåller hur hälsa numer betraktas ur flera dimensioner. Dels den fysiska hälsan som omfattar de fysiologiska funktionerna i kroppen, och den mentala hälsan som berör självuppfattning, hur individer tänker och uppfattar sig och omgivningen. Dels den emotionella som handlar om att känna och ge uttryck för känslor, och den sociala som berör relationer och hur individer samexisterar med andra. Dimensionen som berör folkhälsa omfattar hur samvarierande faktorer i samhället och omgivningen påverkar individers, grupper och befolkningens hälsa. Slutligen finns också den andliga hälsan som innefattar personlig tro, beteenden och principer, att finna inbördes ro och även religiös tro.

Folkhälsa

Begreppet folkhälsa skildrar hälsa, sjuklighet, dödlighet, levnadsvanor, hälsorisker och skyddsfaktorer för hälsa inom olika samhällspopulationer. Den mäter inte enbart summan av samhällelig hälsa utan redogör även för mönster av ojämlikhet i hälsa (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2012). Enligt Dahlgren och Whitehead (2007) finns det olika bestämningsfaktorer som har betydelse och inflytande för individers hälsa. Dessa faktorer illustreras genom olika nivåer av faktorer som samspelar. Faktorerna är individuella och utgår från ålder, kön och arv till mer strukturella och samhälleliga faktorer som miljömässiga, kulturella och socioekonomiska förutsättningar. Den nationella folkhälsopolitiken i Sverige har utformat åtta målområden utefter hälsans

bestämningsfaktorer (Socialdepartementet 2018) vilka avser omfatta de faktorer som påverkar folkhälsan. Målområdena är enligt Socialdepartementet (2018) utformade som vägledning i folkhälsoarbetet och för att det övergripande målet med hälsa ska kunna uppnås. Folkhälsomyndigheten (2021, s.1) definierar det övergripande målet;

Att skapa samhällseliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Den nationella folkhälsokommittén (Socialdepartementet 2002) betonade vikten av att fokusera på stödjande och sociala miljöer som ett eget mål i utformningen av dåvarande 11 nationella folkhälsopolitiska målområden. Stödjande miljöer innefattar både den fysiska och sociala omgivningen, hur individer bor, lever, arbetar och leker (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2012). Det avser även de förhållanden som avgör möjligheten för egenmakt och tillgång till levnadsresurser. Stödjande miljöer inkluderar sålunda en fysisk, social, ekonomisk, politisk och andlig dimension (ibid). Regeringen ansåg dock att dessa aspekter redan var inkluderade i målområdet som inrymmer delaktighet. Således kan nutida målområde 7, *Delaktighet, inflytande och kontroll* betraktas vara av extra betydelse i relation till den existentiella hälsan där stödjande miljöer anses vara en viktig aspekt som främjar hälsa (ibid). De 53 medlemsländerna inom WHO:s europeiska region tog gemensamt fram ett nytt evidensbaserat policyramverk 2012 som heter *Hälsa 2020* (Folkhälsomyndigheten 2012), vilket syftar till att märkbart förbättra hälsa och välmående i befolkningen, minska ojämlikhet och stärka folkhälsan. Policyn grundar sig på prioriterade områden som skall åtgärdas inom folkhälsan och innefattar bland annat att ge individer inflytande över sina liv, att skapa stödjande miljöer och att skapa samhällen som är motståndskraftiga. Policyn poängterar även vikten av självbestämmande och stödjande miljöer och hur dessa främjar hälsa och motverkar ohälsa.

Propositionen 2017/18:249 (Socialdepartementet 2018) påvisar hur samtliga sektorer i samhället måste bidra till insatser för att uppnå det övergripande målet för hälsa. Detta innebär att aktivt arbeta för folkhälsa och en hälsoutveckling i positiv riktning. Här innefattas regioner, kommuner och övriga aktörer i samhället. Organisationer inom civilsamhället utgör en viktig del i folkhälsoarbetet och möter upp och kompletterar det offentliga

arbetet. Kommunerna anses vara centrala aktörer för folkhälsoperspektivet då de innehar ansvar för verksamheter som har direkt påverkan på bestämningsfaktorerna för hälsa. Exempel på sådana verksamheter är skola och barnomsorg. Ramen för kommunernas mandat och rättigheter regleras inom kommunallagen (2017:725) och i särskilda föreskrifter som belyser befogenheter och skyldigheter. Sveriges kommuner och regioner (SKR) bidrar till att stödja och utveckla kommuners och regioners verksamheter inom folkhälsoområdet. För närvarande bedriver SKR utvecklingsarbetet *Kraftsamling för psykisk hälsa* som är en samlad arena där samhällets alla aktörer möter upp i ett tvärsektoriellt samarbete (SKR 2021). En av delarenorna i arbetet har dessutom sitt fokus på den existentiella hälsan.

Det övergripande folkhälsopolitiska målet för hälsa syftar till att tydliggöra samhällets ansvar för hälsa och påvisar samtidigt hur samhälleliga förutsättningar har nära relation till hälsoutvecklingen i Sverige. Dessa förutsättningar påverkas i sin tur av politiska beslut (Socialdepartementet 2018). Statens roll och ansvar för folkhälsoarbetet framhålls även av World health organization konstitution (WHO 1946, s. 1) som beskriver följande:

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

Folkhälsoarbete avser ett organiserat och målinriktat främjande och förebyggande arbete på samhällets alla nivåer (individ, grupp och samhälle). Det vill säga att skapa förutsättningar som främjar hälsa, förmedla kunskap och öka medvetenheten kring de komplexa sambanden som ryms inom hälsans bestämningsfaktorer (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2012). Folkhälsoarbetets grund och kunskap vilar på folkhälsovetenskap som är ett tvärsektoriellt område. En definition på folkhälsa har sitt ursprung i Folkhälsogruppen (1989; Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2012, s. 15):

Med folkhälsovetenskap avses det tvärvetenskapliga område som syftar till att studera arbetslivets, levnadsvanornas, miljöns, samhällsstrukturens och vårdsystemens betydelse för befolkningens hälsa samt hälso-och sjukvårdens effektivitet.

Folkhälsovetenskapens teoretiska bakgrund härstammar från flertalet samlade vetenskaper och kan därmed anses vara mångvetenskaplig. Området innefattar kunskap om hälsan i Höskolan Kristianstad | 291 88 Kristianstad | 044 250 30 00 | www.hkr.se

befolkningen och tillika vad som påverkar denna, samt att identifiera lämpliga åtgärder som kan bevara, främja och upprätthålla jämlik hälsa (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2012).

I Sverige verkar det som att folkhälsoarbetet är mer utvecklat och fått större spridning på vissa håll i landet än andra. Pellmer Wramner, Wramner och Wramner (2012) framhåller hur folkhälsans utveckling i Sverige i första hand tog form inom landstingen. Under 1970 var Skaraborgs läns landsting först ut med att anta en politisk hälsoplan med beskrivna mål och uppdrag på individ- och samhällsnivå. Senare under 1980-talet etablerades ett länsfolkhälsoråd i Skaraborg som hade en stor inverkan på samordningen av insatser. Detta historiska perspektiv gör det tillgängligt att dra paralleller till det faktum att Västra götalandregionen idag har ett gott utvecklat och implementerat folkhälsoperspektiv.

Folkhälsans styrning

Folkhälsoarbetet i Sverige styrs framför allt av regeringen men fördelas och sprids neråt på region- och kommunnivå (Herttig & Vedung 2009). Då individers förutsättningar för en god hälsa utgörs av flera strukturella faktorer på befolkningsnivå, blir folkhälsan en fråga för samhällsstyrning och politik (Montin & Hedlund 2009). Folkhälsoarbete och insatser ska innefatta mål och grunda sig på policyer och målformuleringar som är accepterade och godkända av politiken och övriga ledande instanser på internationell, nationell, regional och kommunal nivå (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2012). Internationella organisationer som WHO och Europeiska unionen (EU) lyfter fram principer som kan utgöra vägledning för samhällsstyrning och hälsoarbetet. Laverack (2016) menar att frågor som rör folkhälsa och vilka finansiella medel som ska resurssätta insatser, i princip alltid är top-downstyrt från politiken. Likaså menar Rostila och Toivanen (2012) att hälsoarbete i befolkningen främst är möjligt att påverka genom politiska riktlinjer och beslut på landsnivå. Kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2016:55) belyser hur politiska beslut ligger till grund för utfallet av det folkhälsopolitiska arbetet. Socialdepartementet och Folkhälsomyndigheten bär tillsammans ansvaret för att frågor som rör folkhälsa samordnas. Vidare ska de även vidta åtgärder inom politiska områden inom folkhälsopolitikens mandat. Ansvaret för måluppfyllelsen av åtgärderna för folkhälsan vilar sedan på det aktiva arbete som utförs på lokal och regional nivå inom kommuner, landsting och regioner.

Riksdag, regering och myndigheter tillämpar ofta styrmedel i form av handlingsplaner, statsbidrag och styrdokument (Montin & Hedlund 2009). Statens direkta styrning har över tid utvidgats till ett större samspel och samarbete mellan olika samhällsaktörer. I den offentliga sektorn har samverkan blivit allt mer aktuellt och kommit att betraktas som en förutsättning för att möta samhällets behov (Lindberg 2009). Montin och Hedlund (2009) menar att samlade resurser och kunskap genom samverkan kan generera större effekter i nytta och kostnadseffektivitet. Ur ett barnperspektiv är samhället idag även förpliktigt genom barnkonventionen som blev svensk lag 2020, att tillgodose barns behov (Regeringen 2020). Detta innefattar både rätten till bästa möjliga hälsa och rätten till en levnadsstandard som möjliggör en existentiell och andlig utveckling (SOU 2016:19). Barnkonventionen omfattar totalt 54 artiklar och artikel 6 är en av de fyra grundläggande principer som anses vara helhetsomfattande och vägledande. Denna artikel inkluderar samtliga delar av barns utveckling och berör såväl fysisk, mental, moralisk, psykologisk och social utveckling, som andlig. Vidare hör artikel 12 till de politiska och medborgerliga rättigheterna och handlar om barns rätt att uttrycka sina åsikter och att bli hörd, att få vara delaktig och ha inflytande över sitt liv. I relation till frihet och att fritt uttrycka sina åsikter belyser även artikel 13 rätten att ta del av information, att få reflektera och att få uttrycka sig både genom tal, skrift och annan uttrycksform (SOU 2016:19).

Existentiell hälsa

WHO (2002) definierar den existentiella hälsan med utgångspunkt i åtta teman vilka är: andlig kontakt, mening och syfte med livet, upplevelse av förundran över tillvaron, helhet, andlig styrka, harmoni och inre frid, hoppfullhet och optimism, en personlig tro. Andlig kontakt handlar om förbindelse med något större som inger trygghet och tillit. Mening och syfte med livet avser att uppleva att det finns ett högre och speciellt syfte med livet. Upplevelse och förundran innebär att känna inspiration och tacksamhet i relation till sin omgivning, som naturen, konst och musik. Helhet betyder att tanke, känsla, kropp, handling, psyke och det andliga är en gemensam enhet. Andlig styrka avser att finna sätt att ta sig igenom svårigheter och känna glädje i livet. Harmoni och inre frid handlar om att vara tillfreds, vara trygg i sig själv och känna ett inre lugn. Hoppfullhet och optimism handlar om att uppleva framtidstro även vid de svårare stunderna i livet. En personlig tro behöver

nödvärdigtvis inte vara av religiös karaktär, över lag handlar det om att det genererar en styrka i det vardagliga livet och bidrar till livsnöjdhet.

WHO har kritiserats för att de idag inte inkluderar andlig eller existentiell hälsa som en dimension i deras ursprungliga hälsodefinition (Chirico 2016). Inom denna debatt beskrivs att andlig eller existentiell hälsa inte ska förväxlas med mental hälsa och att det inte är synonymt med religiositet, utan att det även kan innefatta personlig tro. Så länge existentiella frågor anses vara bundna till religion menar Chirico (2016) att det också kommer vara ett tabubelagt område. Likväl poängterar Melder (2011) att det existentiella området inte nödvändigtvis behöver betraktas och förstås utifrån religion, och att det även kan handla om ett existentiellt sammanhang och delaktighet i en kontext som är större än individen själv. Vidare beskriver Melder (2011, s. 26) den existentiella hälsan som;

En individs fysiska, psykiska, sociala och ekologiska tillstånd i relation till hennes existentiella status.

Den existentiella hälsan har en individuell innebörd som berör individens upplevelse, känslor och att kunna uppnå en helhet och en mening med livet (Bramadat, Coward & Stajduhar 2013).

I Sverige benämns ofta begreppet som existentiellt (Melder 2011) men kan även kallas andlig som exempelvis omnämns i barnkonventionen. I internationella sammanhang används i regel andlig (eng. spiritual). Enligt Nationalencyklopedin (u.å) definieras begreppet andlig som en motsats till kroppslig, och att det är förenat med det som rör individens inre liv. Existentiell beskrivs som något som är avgörande för människans existens (ibid). Whitehead (2003) menar att det är svårt att urskilja någon entydig definition eller betydelse för det existentiella hälsobegreppet. Existentiell hälsa beskrivs ha fokus i humanistiska värderingar, övertygelser, principer och attityder och som har inverkan på det fysiska välbefinnandet, men har störst relation till sinnet och det emotionella (ibid).

Melder (2011) framhåller att den existentiella hälsan inte är någon klinisk bedömning utan snarare en fråga om självskattad hälsa och välbefinnande, som vidare kan relateras till såväl enskilda individer som större grupper. De fysiska, psykiska, sociala, ekologiska och

existentiella dimensionerna för hälsa utgör människors kroppsliga, mentala och andliga förhållande, i relation till omvärlden och inbegriper både det materiella och immateriella. Melder (2011) beskriver också att det existentiella behovet hos människan relaterar till en upplevelse om att någonting saknas som exempelvis kan beröra behovet av mening i livet och hopp om framtiden. Individer som upplever brist av meningsskapande i sitt liv riskerar att utveckla ohälsa och ett försämrat välbefinnande (DeMarini 2006 se Melder 2011, s. 24, 89). Detta kan vidare leda till existentiell dysfunktion som kan utvecklas till mental dysfunktion och därmed yttra sig i psykisk sjukdom. De grupper i samhället som kan anses socialt och kulturellt marginaliserade är extra utsatta när det kommer till att utveckla psykisk ohälsa (DeMarini 2006 se Melder 2011, s. 89). Rutz (2004) beskriver hur de folkhälsoutmaningar som rör den psykiska ohälsan runtom i Europa, behöver bemötas på nya sätt. Samhällen behöver fokusera på att skapa förutsättningar som stärker individers empowerment. Det framhålls även att psykiatrin behöver skifta synsätt och innefatta både psykosociala och existentiella faktorer som inverkar på mental och fysisk hälsa (ibid).

Det finns stöd i forskningen som påvisar att god psykisk hälsa och andlig hälsa har nära samband, och att den andliga hälsan därmed kan fungera som en motståndskraft mot psykisk ohälsa. Michaelson, King, Inchley, Currie, Brooks & Pickett (2019) belyser andlighet som ett viktigt begrepp för den psykiska hälsan och att den grundar sig i människans forntida rötter genom att den angränsar till jaget, till andra och omgivningen, till naturen och det transcendentia (bortom sinnevärlden). De kunde i en studie påvisa att en nära koppling till jaget korrelerar med en positiv psykisk hälsa hos ungdomar. Existentiellt meningsskapande kan även associeras till den upplevda förmågan att reglera känslor och upplevelse av psykisk ohälsa (Lloyd, Klintberg & DeMarinis 2016). Att reflektera och samtala om existentiella tankar kring död, rädsla, ensamhet och utanförskap, har en positiv inverkan och främjar således det psykiska välmåendet. Brooks, Michaelson, Inchley och Pickett (2019) poängterar att den existentiella hälsodimensionen kan vara särskilt betydelsefull under tonårstiden och fungera som en motståndskraft mot psykisk ohälsa. Genom att ungdomar upplever mening och syfte i livet ökar också hälsa och välbefinnande.

Teorier av relevans för det studerade området

Health literacy

Health literacy presenterades av WHO (1998) och beskrivs innefatta individers möjligheter att förstå och förvärva kunskap, personliga färdigheter och tillit till förmågan att förbättra den egna hälsan. Vidare innefattar detta individers personliga, sociala och kulturella utveckling. Health literacy har också en nära angränsning till empowerment som är ett mångtydigt begrepp med central koppling till hälsopromotion. Korp (2016) menar att den gemensamma förståelsen för begreppet utmynnar i att individer ska kunna förbättra sina förutsättningar för hälsa genom att ta kontroll över sitt liv och sin situation. Därmed anses kunskap och insikt vara betydelsefulla resurser när det kommer till individers motivation till att ansvara för den egna hälsan.

Health literacy ska betraktas som en tillgång för individen, i form av att ha förmågan att förstå och ta kontroll över vardagliga händelser (Nutbeam 2008). Vidare påvisar Nutbeam (2008) hur det ger individer större möjligheter att ta kontroll över den egna hälsans utveckling genom att förvärva verktyg och hjälpmedel som kan fungera som resurser för hälsa. Utifrån ett folkhälsoperspektiv anses health literacy som en stor tillgång för hälsa. Hälsoundervisning menas vara ett viktigt inslag i skolhälsovården och att det kan bidra till en bättre hälsoutveckling (Bjørnsen, Espnes, Eilertsen, Ringdal & Moksnes 2019). Att förse unga med användbar kunskap och påvisa viktiga och grundläggande aspekter för hälsa, uppvisade positiva resultat. Framför allt kunde kunskap avseende psykisk hälsa påvisa positiv inverkan på det mentala välbefinnandet (ibid).

Health literacy kan stärka barn och ungas förutsättningar för en god hälsa, men belyser även att det framför allt är av betydelse för att stärka de grupper som är extra utsatta (Bröder et al. 2017). En ökad medvetenhet och reflektion kring hälsa och hälsoval hos barn och unga i socialt marginaliserade grupper bidrar inte bara till att stärka individen utan leder till stora samhällsvinster (ibid). Likaså betonar Aluh, Anyachebelu, Anosike och Anizoba (2018) vikten av att införa health literacy med fokus på den mentala hälsan i skolans arena där ungdomar spenderar mycket av sin tid. De menar att ungdomar är i stort behov av ökad förståelse och kunskap för psykisk hälsa, och att lära sig nyansera vad som är psykisk ohälsa

respektive vad som är ett normalt mående i livet. Att stärka ungdomars medvetenhet och kunskap kan således rusta dem för att bättre kunna möta utmaningar i livet.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Aron Antonovsky introducerade till en början begreppet salutogenes som har fokus på att identifiera resurser som kan främja och skapa hälsa (Antonovsky 1987; 2005). Han utgick ifrån att livet och tillvaron medför utmaningar och svårigheter och i form av stressorer.

Individens förmåga att hantera stressorerna avgör hur personen rör sig i ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa. Vidare beskriver Antonovsky (2005) begreppet motståndskraft vilket avser förmågan att ta sig igenom påfrestande händelser, återhämta sig och till och med utvecklas.

Generella motståndsfaktorer (GMR) är de omständigheter och resurser som kan underlätta för individen och ge motståndskraft, som exempelvis socialt stöd, kunskap och ekonomisk trygghet. Dessa faktorer kan således göra stressorerna mer begripliga och hanterbara för individen.

Teorin om känsla av sammanhang (KASAM) bygger på tre komponenter; *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* som tillsammans bidrar till att upprätthålla hälsa.

Begriplighet (jag vet) handlar om att förstå och tolka intryck eller stimuli så att omvärlden, erfarenheter och reaktioner blir begripliga. Detta innefattar den kognitiva och intellektuella aspekten och förmågan att utläsa samband och mönster, det vill säga orsak och verkan. En individ med hög begriplighet blir därmed inte handfallen när oförutsägbara eller oväntade händelser inträffar. Motsvarande kan de med låg begriplighet uppleva sin tillvaro som rörig, utan struktur och förmår inte tolka sambanden mellan orsak och verkan, utan ser ofta sig själv som ett offer för omständigheterna. Hanterbarhet (jag kan) handlar om vilka resurser individer har att möta olika krav och vilka metoder och strategier som tillämpas. Dessa resurser kan finnas inom individen eller genom utomstående krafter som en partner, vän eller närstående. Att vara handlingskraftig innefattar delaktighet och en känsla av att ha inflytande över livet och de situationer som kan uppstå. Detta angränsar till empowerment och liknar en slags självkontroll. Individer med en hög hanterbarhet har förmågan att betrakta en händelse eller situation som något som är möjligt att påverka. Den sista komponenten meningsfullhet (jag vill) beskrivs som själva drivkraften i teorin och omfattar känslomässiga aspekter och inställningen till livet. Antonovsky (1987; 2005) kopplar detta till det andliga och till tro, hur

livet upplevs och i vilken utsträckning individer ser en djupare mening i livet. De som upplever hög meningsfullhet ser en mening med att ta sig an utmaningar och möta svårigheter. Dessa individer har en uppfattning om att det finns något att dra lärdom av även i svåra situationer och har förmågan att blicka framåt.

Antonovsky (1987; 2005) menar att samtliga byggstenar i teorin samvarierar och gör individer motståndskraftiga, detta trots att meningsfullhet anses vara en central del som betonar drivkraft och motivation. Begriplighet kan betraktas som en förutsättning för att kunna skapa hanterbarhet. Det blir svårt att möta krav i livet och vardagen om omvärlden upplevs ogripbar. Om individen samtidigt känner låg meningsfullhet försämras även motivationen till delaktighet och handlingskraft. Graden av KASAM avgör således förmågan att hantera utmanande och stressiga situationer och att bibehålla och upprätthålla hälsa (ibid). Antonovsky (1996) beskriver hur alla människor befinner sig i vad han benämner som "livets flod". Här handlar det om hur pass farlig floden är och hur väl individen kan simma. En upplevd känsla av sammanhang bidrar till att individer kan simma i både lugna vatten och farliga strömmar, det vill säga att individen klarar att bemöta stressorer. En person som upplever meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet tar sig igenom stressorer och strävar efter att finna ordning och sammanhang.

Resiliens

Begreppet resiliens (eng. resilience) har sitt ursprung i ekologin och systemtänkande. Det vill säga ett systems förmåga eller kapacitet att buffra de störningar som uppkommer och kunna återhämta sig på egen hand och samtidigt sträva efter att finna balans (Hollinger 1973 se Serrander 2018, s. 80). På liknande sätt kan den existentiella resiliensen beskriva hur en individ kan finna nya vägar och meningsfullhet efter att ha förlorat känslan av mening i livet. Att utveckla en sådan resiliens kräver att individen vågar blicka inåt och utveckla sin förmåga att reflektera. Detta kan vara både utmanande och smärtsamt, men insikten i vad som bidrar till stress eller oro i livet kan vidare vägleda individen mot förändring.

Joyce, Shand, Tighe, Laurent, Bryant och Harvey (2018) menar att resiliens innefattar individens förmåga att hantera stress, motgångar och trauma. Det kan dels innebära förmågan att anpassa sig i utmanande situationer och kunna utvinna något positivt från händelsen. Dels kan det innebära kapaciteten att återhämta sig och "studsas tillbaka" från motgångar. Höga

nivåer av resiliens innebär således att vara bättre rustad inför motgångar som kan vara psykiskt påfrestande och kan därmed ha en mildrande effekt på exempelvis ångest och depression. Resiliens kan även associeras till teorin om blomstrande (eng. flourishing) som påvisar förmågan att ta sig igenom en svår upplevelse med hjälp av buffrade resurser utifrån tidigare upplevda positiva händelser (Joyce et al. 2018).

Resiliens har visat sig ha skyddande effekt mot ångest och depression i relation till Covid-19 pandemin (Setiawati, Wahyuhadi, Atika, Joestandari & Maramis 2021). Det finns ett signifikant samband där lägre nivåer av motståndskraft påvisar högre nivåer av negativ psykisk påverkan. Motsvarande höga nivåer av motståndskraft indikerar på bättre psykisk hälsa.

SOL – en resurs för den existentiella hälsan

SOL-projektet avser att främja den existentiella hälsan bland barn och unga och har hittills vänt sig främst mot skolan där de har arbetet i samskapande processer med elever, pedagoger och elevhälsa. Rådande pandemi beskrivs i viss mån ha initierat projektet då den tydliggjort behovet hos barn och unga av att samtala kring existentiella frågor. SOL utgår från en tolkning av WHO:s åtta dimensioner för existentiell hälsa och lyfter fram fem dimensioner (PART 2021b). Den första är meningen i livet och handlar om vad som är meningsfullt här och nu, på sikt, samt i ett vidare perspektiv. Detta kan vidare ge motivation och drivkraft åt engagemang och att det vi gör har betydelse. Den andra är hopp som ger individer något att hålla fast vid, en bibehållen tro och förväntan om att bra saker ändå kan ske. Den tredje är sammanhang som handlar om upplevelsen att höra till, att kunna vara sig själv och bli accepterad och omtyckt. Dessa sammanhang ger en känsla av att vara en del av något större och kan utgöras av familj, intresse, vår historia eller tro, livsåskådning eller ideologi. Sammanhangen kan bidra till att känna gemenskap och samhörighet vilket är positivt för den personliga utvecklingen och för att möta utmaningar. Den fjärde är tillit som innebär tilliten till sig själv, till andra eller till något större som skapar trygghet att kunnat hantera utmaningar i livet. Tillit kan även bidra till att se en mening även i svårare händelser. Slutligen den femte som är helhet och handlar om hur våra tankar, känslor och handlingar hänger ihop.

SOL-projektets fem dimensioner utgjorde även denna studies teoretiska utgångspunkt och var således underlag och begreppsgrund för utformandet av frågorna i intervjuguiden.

Samhällets utveckling

Sverige beskrivs ofta vara ett av världens mest sekulariserade länder, något som dock bör sättas i relation till att begreppet också beskrivs vara omdebatterat och omtvistat (Belfrage 2018). Thurfjell (2015) beskriver svenskarna som *postkristna* och menar att graden av svenskarnas sekularisering kan diskuteras beroende på hur den mäts och beskrivs. Ur ett perspektiv beskrivs en krympande kristen aktiv religionsform, där färre svenskar tar del av kristna traditioner som dop och konfirmation, eller har kunskaper om de kristna grundberättelserna. Ur ett annat perspektiv menar Thurfjell (2015) att även om det finns ett minskat intresse för kyrkans religiösa form av tro har människors tro i stället tagit sig andra uttryck och funnit andra arenor där den kan uttryckas och utforskas (ibid). De sekulariserade svenskarna beskrivs idag ha ett växande intresse för andlighet i ett bredare perspektiv (Melder 2011). För att nå de sekulariserade svenskarnas existentiella dimension framhåller Thurfjell (2015) att området troligen behöver fränkopplas ett religiöst tema.

I den globala värderingsundersökningen World Value Survey (2020) toppar Sverige listan av länder i världen som anses ha mest sekulära värderingar. I dessa undersökningar påvisas att svenskarna globalt sett har de *minst* traditionsbundna värderingarna, vilket också synliggörs i låg gudstro och religiositet, respekt för auktoriteter och låga grad av nationalism (Thurfjell 2015). Icke-materialistiska värden som livskvalitet och självförverkligande värderas däremot högt, något som ses vara uttryck för det svenska samhällets starka individualistiska prägel. Svenskarna visar slutligen ett relativt lågt intresse för materiellt välstånd och säkerhet, något som förklaras genom ett religionssociologiskt antagande om att materiellt välstånd också styr människans värderingar, där fattigdom ses leda till ett uppvärderande av livets materiella delar (Thurefjell 2015). Även då svenska ungdomars attityder till tro och religion har undersökts syns liknande värderingar i förhållande till tro och religion (MUCF 2019). Majoriteten av dagens unga (6 av 10) är inte troende i den bemärkelsen att de tror på en gud, identifierar sig med en etablerad religion eller tror på någon högre makt eller andevärld.

Individualism är ett mångfacetterat begrepp som kan tolkas olika och omfattar ett mer flytande band mellan samhällets individer, där var och en förväntas ta hand om sig själv. Ur

ett positivt perspektiv kan detta tolkas som att individen tar ansvar för sig själv och sina handlingar (Beilmann, Kööts-Ausmees & Realo 2018). Däremot beskrivs ur ett negativt perspektiv hur avsaknad av tillit, isolering och individers egenintresse kan påverka det sociala kapitalet och samhället negativt. Socialt kapital och individualism på samhällsnivå har även ett nära och positivt samband god ekonomi, politisk frihet, hälsostatus och utbildning (ibid). Det finns dock inte tillräckligt med evidens för att styrka att en ökad individualisering skulle vara negativt för den psykiska hälsan (Folkhälsomyndigheten 2018; Socialstyrelsen 2009 se Melder 2011, s.53)

I forskningen har inte ett fullständigt orsakssamband kunnat påvisas mellan sekularisering och välbefinnande (Yu, Trier & Slama 2019). Dock har en stark korrelation mellan högre nivåer av länders religiositet och ekonomiska förutsättningar kunnat påvisas, där exempelvis det religiösa USA ses ha lägre nivåer av välbefinnande än det sekulariserade Europa (Yu, Reimer, Lee, Snijder & Lee 2017). Samhällen med social och ekonomisk trygghet tenderar även att minska behovet av övernaturlighet och andlighet, där ett välfungerande välfärdsland som Sverige således också ger uttryck för ett minskat andligt behov. Ur ett motsatt perspektiv finns även studier som påvisat samband mellan andlighet (religiositet) och hälsa, där Ahrenfeldt et al. (2017) visar att ett aktivt deltagande i en religiös organisation kan ge positiva effekter på såväl den fysiska som psykiska och sociala hälsan.

Då människans existentiella hälsa sätts i relation till det moderna sekulariserade samhället beskriver Draeby (2018) att människans avvisande av religiositet har bidragit till såväl en förlust, som en glömska av hennes andlighet. Även Jung (2003 se Draeby 2018, s.118) skildrar hur människan idag lever i ett andligt bristtillstånd som uppkommit genom frigörelsen från religionen och som oavsiktligt drivit henne bort från andligheten och placerat henne i tillvarons centrum. Frankel (2006) framhåller hur denna förlust av en andlig dimension har skapat ett tomrum i den moderna människans tillvaro, vilket Draeby (2018) menar har försvårat hennes möjligheter att finna mening i tillvaron. Konsekvenserna av detta andliga bristtillstånd är enligt Jung (2003 se Draeby 2018, s.118) att människan idag inte endast har tappat sin existentiella anknytning till en högre makt som hon tidigare fått från religionen, utan hon har också förlorat möjligheten att basera sitt liv på en andlig grund som överskrider det egna jaget och gör människan till en del av en större helhet. Människan har i

stället kommit att framhålla välmående, lycka och framgång som målet för sin existens och hälsa har blivit ett idealiserat och eftersträvansvärt tillstånd som kan ses vara ett uttryck för att försöka finna mening i en sekulär tid. Den moderna kulturen har även föranlett en hälsodyrkan som troligen aldrig kan tillfredsställa människans andliga behov av helhet (ibid).

Den psykiska hälsoutvecklingen hos barn och unga

Folkhälsomyndigheten (2018) påvisar hur barn och ungas psykiska ohälsa försämrats över tid och det har skett en markant ökning av psykosomatiska besvär sedan mitten av 1980-talet. På samhällsnivå medför den psykiska ohälsan stora kostnader och psykiska sjukdomar beskrivs vara den sjukdomsgrupp som står för den markant största andelen av samhällets kostnader för sjukdomar (IHE 2019).

Möjliga förklaringar till den ökade psykiska ohälsan är bland annat brister i skolan och i skolsystemet som bidrar till en alltmer utbredd skolstress samt sjunkande skolprestationer (Folkhälsomyndigheten 2018). Även högre krav från arbetsmarknaden menas resultera i att unga känner press att uppnå höga betyg som ger förutsättningar för framtida arbetsliv (ibid). BRIS rapport 2018:1 om psykisk ohälsa bland barn och ungdomar (BRIS 2019) påvisar också hur livsvillkor blivit tuffare och hur dagens betygssystem bidrar till ett försämrat mående. I slutändan kan det leda till att unga inte genomför gymnasiet med godkända betyg och riskerar att hamna i utanförskap och psykisk ohälsa. Resultatet av rapporten menar även att vård och omsorg inte lever upp till sina uppdrag och att de har svårt att möta de behov som finns.

Organisationen Mind (2018) menar att utöver bakomliggande samhällsfaktorer som bidrar till förändrade livsförutsättningar för dagens unga, finns det idag en större öppenhet för psykisk ohälsa i samhället. Mind (2018) beskriver att detta föranlett att symtom kan synliggöras och att unga idag har lättare att prata om hur de mår, men även att förstå och identifiera symtom på psykisk ohälsa vilket bidrar till att fler söker hjälp från vården. Vården har fått utvidgade diagnoskriterier, vilket också bidrar till att fler ohälsotal fångas upp i statistiken (ibid).

Folkhälsomyndigheten (2021, s. 1) definierar psykisk ohälsa som följande:

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd av olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör psykiatriska tillstånd, men även vissa psykiska besvär.

De diagnoser som främst har ökat hos barn och unga är olika ångestsyndrom och depression (Socialstyrelsen 2017). Ångest och depressioner kan ge mer eller mindre varaktiga symtom. De som vårdats för svårare tillstånd ligger dessutom i riskzonen för ett mer utdraget sjukdomsförlopp som kan resultera i en sämre hälsa och funktionsförmåga. Att insjukna i tidig ålder ökar också risken för försämrade funktionsförmåga och att exempelvis kunna tillgodogöra sig studier. Därav bedömer Socialstyrelsen (2017) att tidiga insatser är angeläget och nödvändigt för att kunna förebygga och förhindra allvarligare former av psykisk ohälsa.

Pojkar mår över lag bättre än flickor när det kommer till psykisk ohälsa och de yngre barnen mår bättre än de äldre, vilket framgår i Region Skånes folkhälsorapport om barn och unga – 2016 (Region Skåne 2016). Resultaten påvisar att det sker en märkbar försämring i flickors hälsa och välbefinnande mellan årskurs sex och årskurs nio, detta i form av psykiska och somatiska besvär som relaterar till livsnöjdhet, självskattning och vardaglig stress. Äldre pojkar och flickors hälsa har över lag försämrats men det är mest framträdande hos flickor. Framtidstro är någonting som minskat både bland pojkar och flickor men som är mer uttalat bland flickor i årskurs nio och på gymnasiet. Även tillit till andra, som har nära koppling till socialt kapital, har minskat bland både pojkar och flickor, speciellt i de äldre årskurserna.

Covid-19 pandemin framhålls ha inverkat på barn och ungas psykiska hälsa (Fegert, Vitello, Plener & Clemens 2020). Det belyses främst hur en förändrad psykosocial miljö påverkar barn och unga och menar att ångest, brist på social interaktion och sämre förutsättningar att hantera stress är oroande faktorer. Det finns också en risk att familjeförhållanden försämrats under pandemin, speciellt i de fall där det redan fanns en existerande psykisk ohälsa eller lägre socioekonomisk status. Vidare har den psykiatriska vården haft svårt att upprätthålla en kontinuerlig vård under pandemin, vilket också riskerar långsiktiga konsekvenser för barn och ungas psykiska hälsa (ibid).

Laslo-Roth, George-Levi och Margalit (2020) konstaterar att socialt stöd och deltagande är ytterst betydelsefullt för både fysisk och psykisk hälsa. Nära sociala relationer anses stärkande för känslan av att höra till och är därmed en avgörande determinant för hälsa. Det framgår även att socialt deltagande och engagemang är av stor vikt och stärker förmågan att hantera utmaningar i livet. Hopp anses vara en betydelsefull faktor och hoppfulla individer tenderar att utforma och sträva efter att uppnå egna personliga mål. De har även förmågan att

beräkna möjliga hinder på vägen och ser således alternativa lösningar och vägval. Hopp har även nära samband med att känna mening i livet, detta då känslan av hopp kan aktivera personliga eller interpersonella resurser mot ett lösningsorienterat beteende. Därav blir det möjligt att omvärdera en negativ situation och i stället sträva mot en lösning eller en alternativ väg. Vidare framhålls det sociala stödet som något nödvändigt för att kunna utveckla förtroende och tillit. Att kunna dela upplevelser och känslor med andra och få stöd och förståelse tillbaka, kan bidra till att individen finner nya perspektiv. Detta kan i sin tur leda till meningsskapande.

Problemformulering

Den existentiella hälsodimensionen skildras ur olika perspektiv, dock oftast i en indirekt kontext. Idag omnämns exempelvis inte existentiell hälsa i de folkhälsopolitiska målområdena, utan omfattas endast indirekt i målområde 7 *Delaktighet, inflytande och kontroll*. Folkhälsoarbete och insatser för hälsa är vanligen top-down styrta och om politiken och beslutsfattare inte är medvetna om den existentiella hälsans betydelse blir det svårt att implementera och anamma området.

Det finns stöd i forskningen som menar att existentiell hälsa är nära relaterat till en god psykisk hälsa, och att den utgör en motståndskraft mot psykisk ohälsa. Flertalet aspekter pekar på att framför allt unga individer har ett behov av att stärka sin existentiella hälsa för att uppnå en god psykisk hälsa. Nära sociala relationer anses vara betydelsefulla för hälsan och stärker känslan av tillhörighet. Likaså är socialt stöd en nödvändig komponent för att kunna utveckla tillit, där socialt deltagande kan stärka förmågan att hantera livets utmaningar. Individer som känner hopp tenderar att ha en större drivkraft och att känna mening i livet.

Det sekulära samhället har bidragit till att andra arenor tagit form där individer utforskar sin tro i ett bredare perspektiv som inte är religionsbundet. Flera studier poängterar hur människan troligtvis har svårt att fylla det andliga tomrummet och att detta leder till att det även blir svårt att uppleva helhet och mening i livet. Samtidigt tyder flera rapporter på att psykisk ohälsa bland barn och unga ökar och är således en stor folkhälsoutmaning. Att insjukna under unga år kan ge långvariga konsekvenser för hälsan som kan leda till en

försämrad funktionsförmåga i relation till skola och utbildning. Studier visar även på att Covid-19 pandemin haft inverkan på barn och ungas psykiska hälsa.

Det blir tydligt hur den existentiella hälsan är en resurs för barn och ungas psykiska hälsa och välmående. Områdets relevans är angeläget att medvetandegöra ur ett folkhälsoperspektiv, där synen på hälsa behöver breddas och inkludera den existentiella hälsan. En ökad medvetenhet för området kan även höja status och underlätta framtida folkhälsoarbete. Det är därmed av stor vikt att undersöka hur politiker och beslutsfattare förstår och upplever den existentiella hälsans betydelse i relation till att främja barn och ungas psykiska hälsa.

Syfte

Att undersöka upplevelsen av den existentiella hälsan inom Skånes kommunala och regionala sektorsövergripande folkhälsoarbete i främjandet av barn och ungas psykiska hälsa.

Frågeställning

Studien ämnar svara på hur personer i beslutsfattande position inom kommunal och regional sektor uppfattar begreppets betydelse, samt hur de upplever att behoven och förutsättningarna ser ut av att främja existentiell hälsa hos barn och unga.

Metod

Studiedesign och metodval

Kvalitativ ansats valdes då syftet är av subjektiv form och relaterar till att skildra individers upplevelser, tankar och känslor (Ahrne & Svensson 2015). Enligt Olsson och Sörensen (2011) är det mest karaktäristiska med kvalitativ studiedesign att den går in på djupet och försöker att fånga upp innebörd och tolkningar utifrån det valda ämnesområdet (ibid). Semistrukturerade individuella intervjuer blev det givna metodvalet då målet var att fånga individers förståelse kring ämnet (Widerberg 2002). Metoden möjliggjorde en öppenhet för följdfrågor där samtalen kunde bli mer djupgående. Intervjumetoden kunde sannolikt bidra till en större förståelse och en djupare inblick i informanternas upplevelser (ibid). Syftet och frågeställning utformades för att förklara hur individer i ledande befattning upplever begreppet existentiell hälsa, vilket bygger på tankar, erfarenhet och upplevelser. Eftersom

Högskolan Kristianstad | 291 88 Kristianstad | 044 250 30 00 | www.hkr.se

syftets utformning var relativt brett upplevdes det finnas ett behov av att komplettera med tillhörande frågeställning, detta för att avgränsa och tydliggöra vad studien skulle svara på. Det empiriska materialet som samlades in utgjorde underlag för slutsatser och överförbarhet, därav blev ansatsen av induktiv form (Svensson 2015).

Deltagare och verksamhet

Studien utfördes i samarbete med PART och var kopplad till deras projekt *Snacka om livet* (SOL). SOL startades som en del av deras hälsofrämjande uppdrag med syfte att främja barn och ungas existentiella hälsa (PART 2020). Samtliga informanter i studien hade koppling till PART och i viss mån kännedom om SOL-projektet. På grund av informanternas koppling till PART och SOL fanns en förförståelse om den existentiella hälsan. Det ska dock betonas att denna förförståelse var av varierande grad. Studien innefattade totalt tio informanter med anknytning till olika verksamheter. Deras gemensamma nämnare var dels en ledande befattning, dels att de tillhörde verksamheter där barn och unga var målgrupp. Informanterna tillhörde olika verksamhetsområden inom Skåne med spridning över flera kommuner, samt på kommunal och regional nivå. Några informanter arbetade i direkt anslutning till målgruppen och var operativa ute i verksamheten, andra arbetade mer indirekt på en mer strategisk nivå. Verksamheterna representerade en bred fördelning över olika områden inom skolans arena, och även förvaltningar inom miljö, kultur, utbildning, vård och omsorg, socialt arbete och service. Hälften av deltagarna hade en ledande befattning och hälften var politiker, och utan att vara förutbestämt föll sig urvalet på en jämn könsfördelning av både kvinnor och män. När det kom till att selektera ut lämpliga informanter till studien bistod PART med underlag och nätverksmöjligheter. Med tanke på att folkhälsoarbete över lag är beroende av att politiken efterfrågar och finansierar förslag och uppdrag, kändes valet av urval än mer angeläget (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2012).

Urvalet kom att bli ett strategiskt val (Svensson & Ahrne 2015) med avsikt att nå en helhetsförståelse, samt för att kunna dra generella slutsatser utifrån ett relativt litet urval. Syftet utformades utifrån vad som var intressant för samarbetsparten (PART) att undersöka och därmed föll sig urvalet även därefter. Strategin byggde på att komma i kontakt med individer som hade en beslutsfattande position inom verksamheter där barn och unga var målgrupp. Avsikten med ett strategiskt urval var att optimera möjligheterna att kunna besvara

syfte och frågeställning, och att urvalet av deltagare sannolikt kunde erbjuda de bästa förutsättningarna. Polit och Beck (2012) framhåller hur ett strategiskt urval lämpar sig när deltagare väljs ut på grund av att de förmodas ha specifik kompetens eller potential att kunna besvara frågor som berör det studerade området. I god tid togs den första kontakten med de tilltänkta informanterna då det beräknades att det kunde ta tid att lyckas få kontakt. Därmed fanns det en strävan efter att försöka att förebygga eventuella förseningar i processen.

Genomförande

Intervjuguiden utformades inledningsvis med brainstorming kring syftet där frågorna tog form i en strävan efter att besvara syftet och frågeställning (se intervjuguide bilaga 1). Enligt Widerberg (2002) är det viktigt att noga bearbeta intervjuguiden, för att frågorna med största sannolikhet kan ge en ökad förståelse och inblick i det studerade området (ibid). Då det handlade om att bilda en uppfattning utifrån subjektiva upplevelser, var vissa frågor återkommande lika för att återge så nyanserade svar som möjligt. De sorterades in i de olika temana *förståelse, betydelse och behov* och *förutsättning*. Dessa teman utformades utifrån syfte och frågeställning. Inledningsvis var frågorna enklare och öppnare för att senare gå in mer på djupet och av känsligare karaktär. Inför det avsnitt som avsåg frågor utformade utifrån *betydelse*, mottog informanterna en kort beskrivning över den teoretiska utgångspunkten för studien. Detta för att tydliggöra studiens utgångspunkt, men även för att eftersträva en gemensam begreppsgrund i den fortsatta intervjun. Med tanke på ovissheten om informanternas förkunskaper inom området, ansågs detta kunna underlätta. Vid ytterligare några tillfällen valdes det även att göra förtydliganden kring vissa frågor, och de sattes i relation till ett sammanhang för att underlätta för informanten. Dessa förtydliganden användes främst som ett komplement och stöd i de fall då informanten inte hade så uttömmande svar att ge. Vid de tillfällen då svaren inte blev tillräckligt utförliga eller förklarande omformulerades frågan. Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) kan detta bidra till att informanten ges utrymme att tänka efter och därmed ge ett mer nyanserat svar (ibid). Frågorna finjusterades ytterligare i samråd med samarbetspart och handledare.

Inför intervjuerna genomfördes även två pilotintervjuer (Eliasson 2013) vilket var till stor nytta i processen. Personerna som valdes ut motsvarade inte studiens urvalskriterier och valdes endast för att få en uppfattning om intervjuens tidsåtgång och att frågorna var

förståeliga. Det var också ett bra tillfälle att testa den tekniska utrustningen. Pilotintervjuerna tydliggjorde att intervjuguiden var användbar efter ett fåtal minder justeringar. Det utformades ett informativt e-mejl till informanterna som förklarade vilka vi var, vilka vi samarbetade med, studiens syfte och förmodad nytta. Här bifogades även ett informationsbrev (se bilaga 2) som mer utförligt informerade om detaljer kring studien, etiska aspekter och efterfrågade informanternas deltagande. E-mejlet med information och informationsbrevet var den första kontakten som togs med de berörda informanterna. En informant svarade omgående och visade sitt intresse att delta, men över lag var det en relativt utdragen process att få respons på förfrågan om deltagande och att kunna boka intervjutillfällen. Slutligen var tio informanter inbokade och samtliga intervjuer utfördes via den digitala plattformen Zoom (i både ljud- och bildupptagning) med hänsynstagande till rådande pandemi. Genomsnittligen tog varje intervju ca 50–60 minuter och endast en tog runt 35 minuter. Inledningsvis informerades respondenterna om syftet med studien i enlighet med informationskravet (Öberg 2015), och att deltagandet var frivilligt med hänsyn till den etiska principen om självbestämmande, autonomiprincipen (Bringsén & Nilsson Lindström 2019). De fick även ge sitt samtycke till ljud- och bildupptagning i enlighet med samtyckeskravet. Här förtydligades även kravet på konfidentialitet och att uppgifterna enbart skulle nyttjas i syfte för studien och att svaren inte skulle kunna härledas till specifik person (ibid). Det redogjordes även för att informanterna skulle få ta del av resultatets innehåll och citat, och godkänna dessa innan publicering. För att uppnå en så avslappnad och öppen miljö som möjligt genomfördes intervjuerna i avskildhet utan risk för störande inslag. Samtalen förflöt bra och avslappnat och det var tydligt att de öppna frågorna lämnade utrymme för följdfrågor som gav mer uttömmande svar. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) menar att det är av stor vikt att skapa en avslappnad och öppen atmosfär för att intervjun ska kunna utmynna i ett mer djupgående resonemang.

Analys

De data som samlats in avlyssnades och transkriberades som ett första steg i analyseringsarbetet. De utskrivna intervjuerna utgjorde det empiriska materialet och kunde därifrån sorteras upp och bearbetas. Detta gjordes med stöd av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004), där materialet kondenserades i olika steg och meningsbärande enheter togs ut och kondenserades ytterligare i enlighet med analysens

utförande. Temana som utformades för intervjuguiden, *förståelse, betydelse och behov* och *förutsättning*, blev ett fortsatt stöd för struktur när mönster och likheter skulle urskönjas ur empirin. I det första steget lästes materialet noggrant igenom flertalet gånger och sedan identifierades meningsbärande enheter. Försättningsvis kondenserades dessa med försiktighet ned till ett kortare textinnehåll. De kondenserade textenheterna kodades med en preliminär kod för att senare sorteras in under lämplig kategori. Även om analysen inledningsvis utgick från specifika teman blev det under processens gång tydligt att det infann sig nya mönster i materialet, vilket gjorde att de ursprungliga temana inte längre var av samma betydelse. Det utformades därav i stället nya kategorier som bättre kunde fånga essensen i empirin. Kategorierna var till stöd för att sortera och beskriva återkommande innehåll i materialet och enligt Graneheim och Lundman (2004) ger en sådan innehållsanalys uttryck för det manifesta innehållet. Detta fokuserar på att beskriva det som med tydlighet framkommer i materialet. Den latenta innehållsanalysen har sitt fokus i att tolka subjektiviteten och kontexten, samt att identifiera underliggande mening (ibid). Vid den slutliga kondenseringen strävade forskarna efter den underliggande meningen och materialet landade därav i en latent analys. (Se analyseringstabell bilaga 3).

Etiskt beaktande

Inom forskningsetiken finns det fyra grundläggande huvudkrav som har sitt ursprung från Helsingforsdeklarationen från 1964 (Andersson 2016), informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. För att möta dessa krav i den genomförda studien utformades bland annat ett informationsbrev till respondenterna med ett innehåll som innefattade information relaterad till dessa krav. Här presenterades studiens syfte, hur genomförandet var planerat, den uppskattade intervjuens tidsåtgång, att deltagandet var frivilligt samt kontaktuppgifter till de ansvariga för studien vid eventuella frågor. Det förtydligades även att studien följde kravet på konfidentialitet och att samtliga uppgifter kring deltagandet aidentifierades, att all insamlade data skyddades från obehöriga. Att informanterna sedan besvarade mailförfrågan motsvarade även godkännande om deltagande. Samtliga informanter var över 15 år och det fanns därmed ingen anledning att tillämpa samtyckesblankett. I informationsbrevet framgick att uppgifterna enbart skulle komma att nyttjas i studiesyftet och elimineras vid studiens slut. Med extra hänsyn till informanternas position eftersträvades högsta möjliga konfidentialitet i studiens genomförande.

Att betona ett frivilligt deltagande kan även sättas i relation till autonomiprincipen (Andersson 2016) och till individers rätt till självbestämmande. Denna princip är en av tre andra grundläggande principer som enligt Andersson (2016) är av vikt att beakta i genomförandet av forskningsstudier. Förhoppningsvis kan studiens resultat påvisa vikten av att arbeta med existentiell hälsa för att främja psykisk hälsa och motverka ohälsa hos barn och unga, och därmed vara till nytta i enlighet med nyttoprincipen. Enligt Olsson och Sörensen (2011) bör risk- och nyttoförhållanden alltid noga avvägas mot varandra. Det vill säga de kunskapsvinster som förväntas utvinnas ur studien i relation till eventuella etiska problem (ibid). I studien bedömdes dessa risker som ringa då undersökningen inte vilade på informanterna som person, eller innefattade något intresse i deras privatliv. Det handlade snarare om att bilda en uppfattning om deras förståelse och upplevelse kring området. Widerberg (2002) menar att detta perspektiv kan bidra till att studien kan betraktas som mindre känslig och kan på så sätt skapa en större trygghet hos båda parter i processen (ibid). Studien ansågs inte medföra någon förutsägbar komplikation eller risk. För övrigt utfördes förberedelsearbetet med så stor precision och hänsynstaganden som möjligt. Detta för att kunna säkerställa det etiska kravet på kvalitet (Andersson 2016) och för att minska risken för olika former av systematisk bias, det vill säga fel och brister. Vid varje intervjutillfälle informerades deltagarna inledningsvis om de fyra etiska forskningsprinciperna, för att tydliggöra det etiska beaktandet och förhållningssättet under studien.

Resultat

I följande avsnitt presenteras centrala delar av det empiriska materialitet som svarar till studiens syfte och tillhörande frågeställning. Genom den kvalitativa innehållsanalysen har fyra huvudkategorier, med flertalet tillhörande underkategorier, framträtt. Huvudkategorierna belyser *Hur existentiell hälsa förstås och upplevs*, *Samhällets utveckling och ett ökat behov*, *Förutsättningar att implementera den existentiella hälsan* och *Skolan och den existentiella hälsan*.

Hur existentiell hälsa förstås och upplevs

Varierad inblick och kännedom

Hur förtrogna informanterna upplevde sig vara med det existentiella hälsobegreppet varierade. För några få var begreppet nytt och okänt, medan andra upplevde sig vara relativt bekanta med området utifrån begreppets koppling till SOL. Den samlade bilden var att majoriteten upplevde sig förhållandevis förtrogen med begreppet, dock byggde kunskapen främst på en intuitiv upplevelse. De som saknade tidigare kännedom uppgav att de förmodade att begreppets innehåll hade koppling till människors hälsa och psykiska måendet. Kunskaperna om den existentiella hälsan kunde främst kopplas till områdets anknytning till psykisk ohälsa och till viss del deras kännedom om PART:s SOL-projekt. Någon beskrev också att de sedan tidigare var väl insatta i hälsobegreppet och WHO:s hälsodimensioner. Andra uppgav att de kommit i kontakt med området genom föreläsningar eller genom kontakter i arbetet. Begreppet beskrevs också ha förekommit i politiska sammanhang.

Det är egentligen ett helt nytt begrepp för mig. Det är ingenting som jag har stött på tidigare (I4)

Ett komplext men viktigt begrepp

Det existentiella hälsobegreppet upplevdes relativt nytt och många kände inte till det förrän det uppmärksammats genom PART. Ämne beskrevs som viktigt och intressant och att det idag inte uppmärksammas och lyfts tillräckligt, vare sig i det vardagliga livet eller ur ett samhällsperspektiv. Området kunde uppfattas lite "läskigt" men dock ansågs det vara viktigt att våga prata om. Det uttrycktes dessutom att de existentiella frågorna var viktiga att möta i vardagen, och att de inte borde behöva lämnas åt det professionella området. Existentiell hälsa skildrades som ett brett begrepp med ett stort spektrum. Det upplevdes också vara svårt att ringa in och att på ett "korrekt" sätt operationalisera och definiera. Därav uttrycktes att begreppet hade behövts brytas ner och göras mer förståeligt. SOL-modellen ansågs ha bidragit till att göra begreppet mer förståeligt och konkret.

Hade man sagt att nu ska jag prata om ungdomars hopp inför framtiden, så hade det blivit mycket enklare än att prata om existentiell hälsa, alltså det är någonting som låter lite svårt (I2)

Även om begreppet upplevdes komplext fanns en intuitiv uppfattning om dess innebörd och att det egentligen har en ganska basal grund. Den existentiella hälsan uppgavs vara en del av livet självt som sällan förs på tal i vardagen eller benämndes på detta sätt.

Varje gång man i fikarummet har haft fantastiska samtal om viktiga frågor så främjar ju det den existentiella hälsan (I8)

Det existentiella hälsobegreppets innehåll formulerades på olika sätt och utifrån olika perspektiv. Beskrivningarna gav dock en samlad bild av den existentiella hälsan som något som är kopplat till livet, det mänskliga varandet och reflektion kring måendet på insidan.

Det handlar om det som är inuti oss, alltså hur vi tänker och hur vi känner och kunna sätta ord på det och prata om det (I6)

Begreppet beskrevs också omfatta mänskliga behov av sammanhang, mening, hopp, tillhörighet, trygghet och hanterbarhet. Någon menade att den existentiella hälsan handlar om att utveckla en beredskap för livets utmaningar. Ur ett annat perspektiv lyftes att begreppet även handlar om hur individer förhåller sig till sig själva och sina medmänniskor. Den existentiella hälsan menades omfatta hela livsspännat, där exempelvis anknytningen tidigt i livet är förutsättning för att skapa trygga och motståndskraftiga individer. Begreppet ansågs ha koppling till andlighet och tro, men det uttryckets dessutom omfatta något större än personlig tro och trosfrågor. Det skildrades även olika hinder som var kopplade till begreppets utformning och innehåll. Det uppgavs finnas hinder då begreppet riskerar att förknippas med religion och tro och därmed blir tabubelagt. Detta kan medföra att människor räds att närma sig området då denna typ av frågor kan kännas obekväma.

När man börjar prata om existentiella frågor kommer vi gärna in i tro och andlighet, det känns nästan lite läskigt (I2)

Upplevda vinster med att främja barn och ungas existentiella hälsa

Att främja barn och ungas existentiella hälsa ansågs skapa vinster för såväl individen som samhället och demokratin. På individnivå beskrevs det ge förutsättningar för individens

möjlighet att påverka framtid och egenmakt. Det upplevdes ge individen ett sammanhang och hopp inför framtiden, men framhölls också kunna rusta och stärka barn och unga.

Det är både mänskligt och ekonomiskt, men det är ju inte det ekonomiska som är det viktiga här egentligen (I4)

Förutom altruistiska skäl att främja den existentiella hälsan uppgavs det även vara gynnande för samhällsekonomin. Preventiva insatser framlades medföra ekonomiska besparingar för samhället och ett skydd mot ohälsa. Främjande insatser beskrevs bidra till ringar på vattnet som därmed skapar exempelvis förutsättningar för utbildning och arbete. Att främja den existentiella hälsan ansågs även kunna skapa förutsättningar för en mer jämlik hälsa. Om alla barn och unga känner en mening i livet, tillit till samhället och ett hopp inför framtiden ansågs det kunna förebygga ohälsa. Ohälsa kan ta sig uttryck i sjukdom och droganvändning. Att främja den existentiella hälsan kan skapa förutsättningar för att ett kriminellt liv *inte* ska upplevas som ett tilldragande alternativ.

Tankar om att rusta och normalisera

Om den folkhälsopolitiska målsättningen ska kunna uppnås där barn och unga ska ges förutsättningar att må bra och lyckas i livet, ansågs det att samhället och politiken behöver möta upp barn och ungas existentiella behov. Barn och ungas behov framställdes som större än att bara lyckas med skolgång och betyg. Det menades handla om att ur ett större perspektiv skapa förutsättningar som rustar för att möta livets utmaningar och skapa trygga framtidsgenerationer. Behovet av existentiell hälsa och existentiella samtal förmodades vara stort och uppgavs som grundläggande. Dock var det svårt att uttala sig om behoven blivit större idag än tidigare. Det fanns en enighet om att det troligen behövs utrymme för att samtala och reflektera kring dessa frågor.

Majoriteten hade en föreställning om att det idag finns ett behov av att hjälpa barn och unga att normalisera måendet i relation till livets upp- och nedgångar. Upplevelsen var att unga kan ha svårt att finna gränsen mellan att känna sig låg och att vara deprimerad. Existentiella samtal uppgavs vara viktiga verktyg för att normalisera måendet och att det inte handlar om att professionen ska problematisera och diagnostisera.

Att normalisera att vad är det att må dåligt, när är man låg, när är man deprimerad (I3)

Många uttryckte att vuxna måste våga prata med barn och unga om livets svåra frågor, som exempelvis döden, då det är en del av vårt mänskliga sammanhang och livet. Vuxenvärlden beskrevs ha abdikerat från att möta barn och ungas svårigheter i livet. Om vuxna eller professionen inte vågar närma sig dessa frågor blir det också svårt att guida barnen i att göra det. Vuxna upplevdes vara en viktig resurs och stöd åt barn och unga, då de har upplevda erfarenheter utifrån livets utmaningar. De kan utgöra en trygg punkt som erbjuder stöd och förståelse samt bidra till att förmedla hopp.

Jag tänker att barn behöver ju ha många vuxna, man behöver prata med många olika vuxna (I8)

Samhällets utveckling och ett ökat behov

Ett nytt och aktuellt område

Ur ett politiskt perspektiv upplevdes området relativt nytt och att det tidigare förknippats med något som omfattar det personliga planet. Det uppfattades vara ett ämne som politiken mottagit väl och att det är positivt att det skapas förutsättningar för området.

Det nästan lyser i ögonen att äntligen har vi vågat tala om de här frågorna (I1)

Det framkom att den existentiella hälsan borde ha uppmärksammats tidigare. Trots att det förekommer inom de politiska diskussionerna ansågs det inte vara en så aktiv politisk dialog.

Det kanske inte har funnits så stort utrymme för de existentiella tankarna i den ibland lite fyrkantiga kommunala sektorn (I1)

Området påtalades även ha blivit aktuellt genom SOL-projektet. Denna typ av projekt upplevdes ha potential att ta plats i ännu fler sammanhang som exempelvis brukarråd för funktionshindergruppen och pensionärsorganisationer, samt inom vård och omsorg.

Identifierade samhällsfaktorer

I relation till samhällets utveckling menade många att det finns en rad faktorer som kan ha bidragit till ett eventuellt ökat behov av existentiell hälsa. En möjlig orsak till frågans aktualitet uppgavs vara att folkhälsan idag är ett mer prioriterat område inom politiken och att det finns både kunskap och vilja att arbeta mer med förebyggande och främjande insatser. Det fanns även en samlad upplevelse om att aktualiteten kunde kopplas till den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga. Den existentiella hälsan ansågs vara en viktig pusselbit för att skapa förutsättningar för den psykiska hälsan.

En möjlig förklaring till ökningen av psykisk ohälsa pönades vara samhällets sekularisering. Dagens sekulära samhälle beskrevs medföra en avsaknad av sammanhang eller ”tempel” som individen kan hänga upp sitt existentiella behov kring. Något som bidragit till att människor idag känner sig vilsna då det troligen finns ett religiöst behov. Detta behöver dock inte nödvändigtvis vara kopplat till någon transcendental metafysisk entitet.

Då kan man ju fundera på Sverige som sekulärt land, att vi inte längre har naturen som, vad ska vi säga, vårt tempel där vi hänger upp det här behovet eller ger det uttryck, jag upplever att det finns en vilsenhet (I8)

Samhällets organisering, struktur och kontext kopplades till ett ökat existentiellt behov. Detta då samhället går i ett allt mer uppväxlat tempo som inte möjliggör tid för familjeliv, umgänge eller sammanhang att mötas och samtala. Dagens samhälle beskrevs tuffare där nutida generationer lever med höga krav på att lyckas, att vara framgångsrika och att samhället inte ger utrymme för misslyckanden. Vidare poängterades att dagens unga lever i en tid då det är svårare att vidmakthålla ett hopp inför framtiden. Ur ett motsatt perspektiv beskrevs även att samhället har ett mer öppet samtalsklimat som bidragit till att behoven också lättare kommer upp till ytan och att de uppmärksammas mer.

Lyfter man på stenen så får man reda på mer (I4)

Samhällets utveckling uppgavs ha bidragit till att det sociala stödet professionaliserats. Något som föranlett en ökad diagnostisering och ett förlorat mellanmänskligt stöd.

Man har ju inte liksom den där vuxna i grannskapet som man tydde sig till utan idag är det ju i väldigt hög grad professionaliserat (I8)

Att tilliten antas ha sjunkit hos de unga i samhället ansåg vara oroväckande då tilliten är en grundförutsättning för demokratin. En minskad tillit antogs även medföra att barn och unga blir mer otrygga då världen kan komma att uppfattas mer hotfull.

Den existentiella hälsan beskrevs som ett område som berör många av dagens stora samhällsutmaningar. Här framkom att ungas upplevelse av tillit, framtidstro och mening också kan kopplas till frågor som integration, segregation och ojämlikhet i samhället. Det poängterades finnas ett starkt samband mellan tillit och jämlikhet och att en ojämlik hälsa troligen samvarierar med ojämlika förutsättningar för existentiell hälsa.

Om mamma inte har råd att betala hyran så har man inte tid eller utrymme till att prata om existentiell hälsa (I7)

Pandemins effekter

Dagens pandemi lyftes som en bidragande orsak till att den existentiella hälsan idag står högre på agendan och blivit mer aktuell.

Den existentiella hälsan är ju verkligen på tapeten i dessa tider av pandemi (I7)

Rådande pandemi upplevdes troligen ha ökat det existentiella hälsobehovet där barn och unga är en grupp som i detta sammanhang kanske påverkats mest. Detta motiverades genom att barn och unga saknar liknande erfarenhet eller referensram att utgå ifrån och situationen kan sålunda upplevas än mer skrämmande. Det fanns en stor oro för hur pandemin redan har kommit att påverka barn och ungas hälsa. Det framhölls som viktigt att redan nu vara observant på ungas mående och att det bör påbörjas en diskussion i hur frågan ska hanteras, och hur livet ser ut efter pandemin. Många upplevde att behoven utifrån pandemin troligen kommer att öka framöver och att det kan uppstå någon form av efterkrisarbete. Trots att pandemin bidragit till många negativa effekter på samhället har det även medfört att människor fått mer tid för eftertänksamhet, tid tillsammans och fått ett ökat behov av djupare samtal. Många beskrev att deras verksamheter inte kunnat utföra samma arbete och nytta som

tidigare och att möjligheterna till möten också blivit färre. Därav påpekades det även att det bidragit till en så kallad verksamhetsskuld eller hälsoskuld.

Vi har ju inte jobbat som vi brukar utifrån utilitarismen där man säger att mesta möjliga nytta till största möjliga antal, det har vi ju inte gjort i denna situationen (I10)

Ett delat ansvar att möta behoven

Det fanns en samstämmighet om att ansvaret för barn och ungas existentiella behov vilar både på samhälle och individ. Ur ett perspektiv menades alla individer vara en del av det gemensamma samhället där alla har ett gemensamt ansvar, en tanke som förtydligades med ett lånat citat ”*It takes a village to raise a child*”. Det uppgavs vara viktigt att inte negligera någons ansvarsroll i sammanhanget och det underströks att det dock ytterst handlar om vårdnadshavarnas förmåga att hantera ansvaret. Generellt fanns en bild av att ansvarsfördelningen troligen vilar tyngre på samhället men även att samhället har ett ansvar att följa forskningens riktning och vara lyhörd för nya perspektiv. Även skolan beskrevs ha ett ansvar att skapa förutsättningar för existentiella samtal och diskussioner.

En återkommande upplevelse var att det finns behov av att genomföra insatser tidigt i barn och ungas liv. Det lyftes att många hälsofrämjande insatser inleds först i skolåldern. Då den psykiska ohälsan kan debutera redan i mellanstadiet ansågs detta indikera på ett behov av att samtala kring existentiella frågor i tidig ålder. Att få lyfta existentiella frågor beskrevs som en del av att växa och bli vuxen. Flertalet menade också att insatser kunde genomföras exempelvis redan i föräldrautbildning, mödravård, barnhälsovården eller i förskolan.

Det fanns en enhällig bild gällande samhällets ansvar att främja jämlika förutsättningar för existentiell hälsa. Det lyftes att samhället har ett ansvar att främja existentiella hälsan för grupper i samhället som på strukturell nivå inte har likvärdiga förutsättningar för hälsa.

Vi alla är samhället och vi alla är liksom den här helheten och ja vi måste stötta upp de som är kanske de svagaste länkarna i den här kedjan för att det ska bära över huvud taget, annars rasar ju allting och det går inte (I10)

Förutsättningar att implementera existentiell hälsa

Endast indirekta insatser och riktlinjer

Förutom att SOL-projektet har testats och använts inom några av informanternas verksamheter, fanns inga andra insatser som på ett direkt sätt ämnade att främja barn och ungas existentiella hälsa. Det framkom däremot att merparten av verksamheterna genomförde projekt eller insatser som hade indirekt inverkan på den existentiella hälsan. Vanligen var dessa satsningar kopplade till arbetet kring psykisk hälsa, men det fanns också exempel på insatser som främjade barn och ungas fysiska och sociala hälsa. Inom ramen för skolans verksamhet belystes att det förebyggande och främjande elevhälsoarbetet, anti-mobbingsprogram och arbetet som främjade ett gott klimat med trygga relationer i skolan, var hälsobringande insatser som menades kunna överlappa den existentiella hälsan.

Där är det inte så att säga specificerat kring existentiell hälsa, utan vi pratar om att göra insatser som kan bidra till att stärka ungas psykiska hälsa ur ett bredare perspektiv (I5)

Det fanns generellt ingen kännedom om styrdokument som var specifikt kopplade till existentiell hälsa. Det lyftes dock att det finns andra riktlinjer och styrdokument som tangerar området, exempelvis handlingsplaner kopplade till den psykiska hälsan, barnkonventionen och läroplanen. Flera menade att det troligen kommer skrivas styrdokument med koppling till området, vilket även ansågs ge frågan status och kraft. Styrdokument upplevdes dessutom skapa förutsättningar för implementering genom att påvisa en riktning för arbetet. Den existentiella hälsan kommer troligen att inkluderas inom ramen för styrdokument, dock i en indirekt benämning. Generellt upplevdes det vara viktigt att den existentiella hälsoperspektivet inkluderas i styrdokument utifrån att kunna uppnå folkhälsopolitiska mål.

Prioritet och samhällsnytta – en förutsättning

En viktig förutsättning för att arbeta med området beskrevs vara att integrera den existentiella hälsan i det folkhälsovetenskapliga perspektivet. Det lyftes att detta perspektiv behöver omfatta mer än kostvanor och fysisk aktivitet. Det skildrades också att politiken har en nyfikenhet och intresse för området och att det politiska stödet är en viktig förutsättning för folkhälsoarbetet. Att området prioriteras i politiken beskrevs vara en avgörande förutsättning

för hur resurser kan komma att fördelas. Ur detta perspektiv ansåg flertalet informanter att det därav var viktigt att området uppmärksammades och att verksamheter som arbetar med barn och unga tar hänsyn till detta perspektiv då budgetutrymme planeras.

Har man politiken med sig på båten så blir det ju liksom lättare att kunna få igenom det (I4)

Det betonades att det emellertid inte finns politiskt prioriterade medel avsatta för att specifikt främja den existentiella hälsan, men att det finns resurser kopplat till det preventiva folkhälsoarbetet och arbetet för att främja psykisk hälsa.

En påvisad samhällsnytta uppgavs motivera implementering av existentiell hälsa och lyfter goda anledningar att arbeta med frågan. SOL-projektet beskrevs ha visat på att ett behov finns av att prata om existentiella frågor. Genom att tillämpa existentiell hälsa i projekt kan reella effekter i en population fastslås. Detta ansågs även stärka trovärdigheten för området vilket bidrar till förutsättningar för implementering. Bevisad effekt beskrevs således vara viktigt för att resurser ska fördelas och prioriteras till området. Då begreppet är svårt att avgränsa och är ”mjukt” ansågs detta bidra till svårigheter att mäta värde och nytta.

Upplevda hinder för implementering

Utifrån ekonomiska resurser onämndes ettåriga budgetperioder som ett möjligt hinder som försvårar områdets implementering. Utifrån detta upplevdes det finnas behov av generella statsbidrag som kan användas utifrån de behov som finns. Ett annat hinder som samvarierar med resursfrågan var kommunernas olika storlek som ansågs påverka förutsättningarna att arbeta med satsningar som denna. Det fanns en uppfattning om att mindre kommuner har färre resurser vilket försvårar möjligheterna att genomföra satsningar av mer hållbar karaktär.

Brist på ekonomiska resurser kunde också utgöra ett hinder för att bemanna upp skola och förskola som önskvärt. Ett annat hinder som var kopplat till personaltätheten i förskola och skola var att brist på tid och energi *inte* främjar ett önskvärt bemötande av barn och unga. Ett potentiellt hinder uppgavs vara om professionen som skulle arbeta med dessa frågor inte förstod begreppet, eller om de inte upplever mening eller nytta i att arbeta med frågan.

Då pandemin medfört att många andra områden blivit akuta att ombesörja förmodades också resursfördelningen bli mer komplex. Det framhölls likväl att det under rådande omständigheter är viktigt att den existentiella hälsan inte prioriteras bort. Ett ytterligare hinder vara att det generellt finns svårigheter i att påvisa vinster, då kostnaden hamnar i en del av organisationen, medan vinsten tas ut någon annanstans.

Fortfarande är det ju inte helt lätt att hitta den här modellen som visar på hur en tidig insats motverkar en senare kostnad (I9)

Samverkan – en nödvändighet i alla led

Det fanns en enighet om att samverkan var en nödvändig del för att lyckas implementera den existentiella hälsan i folkhälsoarbetet. Den sammantagna upplevelsen var att det idag finns många samhällsliga resurser och förutsättningar för att arbeta med området men att det främst handlar om hur dessa resurser samordnas i samhället. Själva ”huret” för implementeringen av den existentiella hälsan identifierades bland annat som samverkan mellan aktörer. Samverkan ansågs bidra till kunskapsdelning och att området får spridning. En viktig resurs för samverkan i arbetet för att främja psykisk hälsa kopplades till SKR:s *Kraftsamling för psykisk hälsa* som upplevdes vara en positiv kraft för samverkan. Mindre kommuner med färre resurser beskrevs än mer beroende av samverkan.

Det måste tas ett samhällsgrepp om detta och därför tänker jag att det är just samverkan mellan olika aktörer som är viktig, för vi har ju olika ansvarsområden (I5)

Civilsamhället, föreningslivet och den ideella sektorn identifierades som viktiga resurser när det kommer till barn och ungas existentiella hälsa. Den offentliga sektorn når sannolikt inte ut helt och fullt och det fanns en tanke om att civilsamhället troligen kan möta upp där offentliga myndigheter inte når ut. Yrkeskategorier som exempelvis hälsoutvecklare och verksamheter som PART identifierades också som viktiga resurser inom folkhälsoarbetet, och som kunde skapa förutsättningar för att arbeta med området. SKR:s *Kraftsamling för psykisk hälsa* lyftes som en viktig draghjälp för att synliggöra området och har bidragit med kunskap, metoder, modeller och direktiv för arbetet.

Jag tycker ändå att det finns mycket att bygga på, att det finns väldigt, väldigt bra kraft i det här med Kraftsamling för psykisk hälsa (12)

Att medvetandegöra den existentiella hälsan

Genom att föra området på tal så medvetandegjordes dess aktualitet och betydelse. Intervjun beskrevs ha bidragit till reflektion, inspiration och nya tankesätt. Många uttryckte ett intresse kring att undersöka den egna verksamhetens förutsättningar för vidare implementering och hur medarbetare inom verksamheten resonerade i frågan. Det framkom även att det finns intresse av att få utbyta erfarenheter och information med andra aktörer och verksamheter.

Det var väldigt intressant och viktiga frågor som ni belyser, och jag vill gärna höra vad andra som arbetar med det här tycker (15)

Flertalet informanter kände att detta var ett område som även andra politiker eller personer i beslutsfattande position borde få fundera och reflektera kring.

Det här väcker ju tankar som säkert kommer att få livsrum i den politiska diskussionen framöver. (11)

Skolan och den existentiella hälsan

Skolan som arena för det existentiellt hälsofrämjande arbetet

En viktig förutsättning för att implementera existentiell hälsa inom verksamheter som möter barn och unga påpekades vara att området vävs in i den befintliga verksamheten. Det framhölls att det inte krävs specialister och experter utan att det bör utföras av befintlig personal som barn och ungdomar redan har förtroende för. Detta ansågs kunna medföra att insatserna blir mer hållbara. Att implementera området uppgavs även kräva en förankring ute i verksamheterna och inte bara på ett politiskt plan, utan förankring menades området inte få fäste i verksamheterna. Många ansåg att även att området bör falla in i det vardagsnära arbetet och att samtalen bör ske med pedagoger som är bekväma med området.

Alltså att koppla ihop det i vardagen så att vi inte gör en sådan här påläggsgrupp liksom [...] det är lätt att det blir en sådan här dagslända och så kan man inte hålla i det (I2)

En viktig förutsättning framhölls vara att implementeringen bygger på en forskningsbaserad pedagogik, då det bidrar till mer hållbara och användbara insatser. Det poängterades att det troligtvis krävdes flertalet interventioner på området för att genomförandet skulle bli hållbart.

Att ge information eller att köra något gruppsnack för att höja barn och ungas kompetens i det, det tror inte jag håller, man måste göra flera interventioner samtidigt för att det ska bli bra (I2)

Personaltäthet kan skapa luft i systemet som gör utrymme för samtal. Det fanns en tanke om att många vuxna kan bidra till mindre stressade lärare som hinner identifiera och uppfatta när elever mår dåligt och det bidrar till lägre trösklar för samtal. Några informanter menade att det behövs många vuxna för att möta behoven och andra påpekade att det därför behövs fler kompetenser i skolan så att lärarna kan fokusera på sitt pedagogiska uppdrag.

Kompetens att möta barn och ungas existentiella behov

En viktig förutsättning för att implementera existentiell hälsa i verksamheter som möter barn och unga upplevdes vara att höja kunskapen och kompetensen på området. Detta beskrevs skapa förutsättningar genom att det dels ökar professionens förståelse för området, dels den upplevda nyttan. En gemensam kunskapsbas uppgavs skapa en samsyn i ämnet, vilket även kan väcka ett engagemang då området blir meningsfullt och värdefullt att arbeta med. Ur ett annat perspektiv framhölls att det finns ett stort intresse hos professionen att lära sig mer om dessa frågor. Vidare uppgavs att det eventuellt inte var en fråga om brist på kunskap inom området, utan att behovet i stället handlade om att höja kunskapen om *hur* denna fråga kan integreras och implementeras som ett naturligt inslag i verksamheten. Det fanns en återkommande reflektion om att det krävs kompetens i att lyfta barn och ungas existentiella tankar och funderingar. Det ställer sannolikt också krav på förmågan att ta hand om det samtalet utmynnar i. Samtal i grupp kräver en kompetent ledare som kan stödja ungdomarna, skapa en god gruppdynamik som inger trygghet. En trygg relation påtalades också främja förutsättningar för existentiella samtal.

Jag tänker att om man har en trygg relation där barnen har knutit an och känner förtroende och tillit då kommer också de existentiella frågorna upp (I8)

Vidare ansågs det viktigt att existentiella samtal sker på barn och ungas villkor och i ett naturligt sammanhang. Ett annat återkommande hinder som lyftes var att det eventuellt finns en rädsla hos professionen att existentiella samtal kan väcka känslor som de inte vet hur de ska hantera, eller att det inte finns resurser att tillgå från exempelvis BUP om ytterligare behov av stöd och hjälp skulle identifieras.

Det kan ju vara så att man väcker någonting och sedan kan man ändå inte få hjälp (I3)

Att förstå ungas existentiella behov och att bemöta det på ett bra sätt ansågs viktigt. Sålunda är en uppmuntrande attityd till ungas existentiella behov och frågor betydelsefullt.

Så jag tänker att vi som människor i vår konstitution vi har en önskan, vi söker det och om vi inte finner det eller möts av oförstående eller plattityder så är det ju klart att det inte främjar den typen av samtal (I8)

Diskussion

Detta avsnitt kommer dels innefatta en diskussion om studiens övergripande och mest relevanta resultat i relation till syftet och frågeställning. Det metodologiska kommer att diskuteras i en separat del, där bland annat studiens styrkor och respektive svagheter kommer beröras. Avslutningsvis kommer konklusion lyfta fram viktiga aspekter av studien i relation till ett folkhälsovetenskapligt perspektiv.

Resultatdiskussion

Ett komplext begrepp

Det finns en tydlig samstämmighet om att existentiell hälsa upplevs komplext och svårdefinierat. Många upplever att det är ett brett område som inkluderar flera olika aspekter, något som även bekräftas av Whitehead (2003) som påvisar att det är svårt att peka ut någon entydig definition av begreppet. Majoriteten av informanterna är dessutom eniga om att begreppet behöver bli mer användarvänligt och förståeligt, samt att det behöver brytas ner på

en mer pedagogisk nivå. Flera påvisar att SOL-modellen är ett bra exempel på hur detta kan åstadkommas. Resultatet visar att många har en uppfattning om att begreppet är kopplat till mänskligt varande, måendet på insidan, att känna tillhörighet, sammanhang, mening, hopp, trygghet och hanterbarhet. Begreppet tolkas som något relativt grundläggande, att det berör livet och människan samt att det är en naturlig del av livet. Likaså visar Bramadat, Coward och Stajduhar (2013) att det existentiella hälsobegreppet inbegriper individuella upplevelser, känslor och en strävan mot en helhet och en mening med livet. Melder (2011) understryker även att det handlar om en självskattad hälsa och välmående och innefattar således den fysiska, psykiska, sociala, ekologiska och existentiella dimensionen av hälsa. Vidare belyser Melder (2011) hur den existentiella hälsan har en nära koppling till behovet av mening i livet och att känna hopp inför framtiden.

Resultatet styrker bilden om hur begreppet å ena sida kan uppleva som "läskigt" att beröra, men att det å andra sidan är viktigt att våga bemöta. Det finns också en samlad upplevelse av att begreppet kan förknippas med religion och tro, vilket riskerar att bli ett hinder för att ta sig an området. Det finns dock en föreställning om att begreppet är vidare än religion och trosuppfattning. Vader (2006) påpekar att det kan vara svårt att anamma begreppet då andlighet ofta betraktas vara i nära relation till det religiösa. Därtill menar Vader (2006) att individer ofta väljer att ta avstånd från det religiösa området då det finns en rädsla för att trampa in i något tabubelagt och riskera att hamna i konflikt (ibid). Det poängteras att den existentiella/andliga hälsan inte ska betraktas som synonymt med religiositet, men att det dock kan innefatta en personlig tro (Chirico 2016)

Samhällsutveckling, psykisk ohälsa och ett existentiellt behov

Samhällets utveckling upplevs ha ökat behovet av existentiell hälsa. En samhällsfaktor som anses ha bidragit är sekulariseringen där individen inte ges samma utrymme att uppfylla sina existentiella behov. Detta överensstämmer med bilden av Sverige som ett av de mest sekulariserade länderna i världen (World Value Survey 2020). Jung (2003 se Draeby 2018, s.118) beskriver hur sekulära samhällen också kan bidra till att individer hamnar i ett bristtillstånd av andlighet. I empirin framgår att det sekulära samhället troligen har bidragit till en avsaknad av sammanhang och en ökad vilshenhet. Informanterna anser att människan har ett andligt behov men att det inte behöver vara kopplat till ett religiöst perspektiv. Det

finns också studier som poängterar att en brist av meningsskapande kan leda till utvecklande av ohälsa och ett försämrat välmående som kan utmynna i psykisk sjukdomsutveckling (DeMarini 2006 se Melder 2011, s. 24, 89).

I relation till psykisk ohälsa menar även Socialstyrelsen (2017) att en sjukdomsdebut i unga år även kan ge upphov till en försämrad funktionsförmåga och därmed svårigheter att tillgodogöra sig studier. Utifrån hälsans bestämningsfaktorer och ur ett folkhälsoperspektiv är utbildning en av de mest avgörande determinanterna för hälsa och utveckling (Dahlgren & Whitehead 2007). Dessutom påvisar resultatet att barn och unga lever idag i ett samhälle som går på högvarv och i ett uppväxlat tempo, som bidrar till höga krav. Informanterna upplever att barn och unga har svårt att leva upp till samhällets förväntningar och ideal som inte ger utrymme för misslyckanden. Rapporter påvisar hur dagens höga krav på att lyckas i livet bland annat har bidragit till en lägre framtidstro och tillit bland barn och unga (Region Skåne 2016; BRIS 2019). Folkhälsomyndigheten (2018) lyfter också att den ökade psykiska ohälsan har nära samband med brister i skolan och i skolsystemet. Ytterligare framkommer hur kraven från arbetsmarknaden och en ökad press att uppnå höga betyg är ytterligare faktorer som påverkar framtida förutsättningar (ibid). De grupper i samhället som kan anses socialt och kulturellt marginaliserade är extra utsatta för att utveckla psykisk ohälsa (DeMarini 2006 se Melder 2011, s. 89). Likaså anser många informanter att en ojämlik hälsa troligtvis samvarierar med ojämlika förutsättningar för existentiell hälsa. Flertalet kopplar ett ojämlikt samhälle till brist på tillit, framtidstro och mening i livet, genom att stärka tillit och hopp hos utsatta grupper kan troligtvis en mer jämlik hälsa främjas i samhället. Vidare anses detta sannolikt förebygga en ohälsosam utveckling av riskfaktorer som kan föranleda exempelvis utanförskap, droganvändning och kriminalitet.

Flera informanter framhåller ur ett perspektiv att samhällsklimatet blivit mer öppet och tillåtande, och att det är en fördel att barn och unga vågar prata om hur de känner och mår. Ur ett annat betonas att vuxenvärlden måste möta upp barn och ungas behov av att samtala och reflektera där exempelvis personaltäthet i skolan menas vara av betydelse. I resultatet skildras en upplevelse av ett förlorat mellanmänniskt stöd i det högpresterande samhället, vilket föranlett en utveckling där samhället i stället fokuserar på att sätta diagnoser. En avgörande faktor för hälsa har visat sig vara nära sociala relationer, vilka anses stärka känslan av

tillhörighet (Laslo-Roth, George-Levi & Margalit 2020). Socialt deltagande och engagemang kan även vara stärkande för förmågan att möta livets utmaningar. Likaså beskrivs hopp som en betydelsefull faktor för drivkraft som står i nära relation till att känna mening i livet.

Pågående Covid-19-pandemi har påverkat barn och ungas existentiella behov och bidragit till att området fått mer uppmärksamhet. Empirin påvisar att barn och unga upplever pandemin som extra skrämmande då de saknar tidigare erfarenheter att jämföra med. Detta bekräftas även av Fegert, Vitello, Plener och Clemens (2020) som belyser hur pandemin haft en negativ inverkan på barn och ungas psykiska hälsa i form av ångest, brist på social interaktion och sämre förutsättningar att hantera stress. Studien framhåller även att vård och omsorg har haft svårt att möta upp behoven som skapats under pandemin (ibid). Detta är även något som berörs i resultatet, där det finns en oro för vad de existentiella samtalen mynnar ut i och en rädsla för att professionen inte har nog med resurser att möta upp behov. Ur ett ytterligare perspektiv anses pandemin också ha bidragit till positiva effekter. Detta i form av att samhället tvingats sakta ned och givit utrymme för eftertänksamhet och mer tid tillsammans.

Att rusta barn och unga

Den existentiella hälsodimensionen ska betraktas som en resurs för hälsa då den stärker individers empowerment (Vader 2006). Det finns tydliga samband mellan en god psykisk hälsa och andlig hälsa, där andlighet bidrar till en motståndskraft mot psykisk ohälsa (Michaelson et al. 2019). Även resultatet visar på att existentiell hälsa upplevs vara en viktig resurs för den psykiska hälsan hos barn och unga, där en god existentiell hälsa kan stärka, rusta och utgöra en viktig motståndskraft. I forskningen kan detta relateras till begreppet *resiliens* som beskriver förmågan att stå emot livets prövningar och återhämtning från motgångar (Hollinger 1973 se Serrander 2018, s. 80). Det har även visat sig finns ett signifikant samband mellan en hög resiliens och psykiskt välmående (Setiawati, Wahyuhadi, Atika, Joestandari och Maramis 2021). Utifrån ett salutogent perspektiv kan den existentiella hälsan bidra till resiliens och vara en resurs för att främja och vidmakthålla hälsa.

Den existentiella hälsan upplevs vara aktuell både i ett preventivt och promotivt perspektiv. Informanterna menar att det finns ett behov av att skapa samhälleliga förutsättningar så att barn och unga kan möta livets utmaningar och vidmakthålla hälsa och välmående. Således finns det en uppfattning om att både de patogena och salutogena perspektiven är nödvändiga.

Högskolan Kristianstad | 291 88 Kristianstad | 044 250 30 00 | www.hkr.se

Detta är något som ytterligare illustreras i Modellen The European Community Health Promotion Indicator Development Model [EUPHID] (Bauer, Davies & Pelikan 2006) vilken är en hälsoutvecklingsmodell som inkluderar båda dessa perspektiv. Framför allt tydliggör modellen hur dessa samvarierar för att uppnå positiv hälsa och identifiera risker för ohälsa. Enligt Bauer, Davies och Pelikan (2006) är båda perspektiven viktiga vid folkhälsoarbete.

Den existentiella hälsan skapar bättre förutsättningar för barn och ungas utveckling och bidrar till tryggare framtidsgenerationer. Flera informanter menar att den existentiella hälsan kan ge barn och unga förutsättningar att påverka sin framtid och hälsa, vilket stärker egenmakten. Detta kan även sättas i relation till Antonovskys teori om känsla av sammanhang (KASAM) (1987; 2005). Genom att barn och unga ges förutsättningar och utrymme att utveckla existentiella kompetens, kan troligtvis även deras begriplighet stärkas. De kan således ta emot och tolka både inre och yttre information, och därmed även kunna tyda orsakssamband (ibid). Gemensamt bidrar dessa komponenter sannolikt till meningsfullhet, att livet har en mening oavsett vad som drabbar en. Detta ger troligen stöd för att möta framtida utmaningar.

I resultatet framkommer att barn och unga har ett behov av att normalisera och nyansera sitt mående. Det vill säga att se skillnaden i att vara låg utifrån vad som kan betraktas som en naturlig del av livet, och vad som faktiskt indikerar på ett behov av professionellt stöd. I empirin beskrivs existentiella samtal som ett verktyg som kan bidra till att normalisera måendet. Ur ett folkhälsoperspektiv visar forskning dessutom på att health literacy kan stärka individers egenmakt då viktig kunskap förvärvas som vidare ökar förutsättningarna att påverka den egna hälsan och välmåendet (WHO 1998a). Barn och unga har ett stort behov av en ökad förståelse för vad psykisk hälsa innebär och att kunna lära sig att särskilja psykisk ohälsa respektive förväntat normaltillstånd (Aluh, Anyachebelu, Anosike & Anizoba 2018). Health literacy framhålls därtill som en viktig komponent att inkludera inom skolans arena där barn och unga också tillbringar en stor del av sin tid (ibid). Forskningen har påvisat positiva resultat i de fall då health literacy då implementerats inom skolhälsovården (Bjørnsen, Espnes, Eilertsen, Ringdal & Moksnes 2019).

Socialt stöd är en viktig aspekt som anses kunna stärka barn och ungas psykiska hälsa. Informanterna anser att de vuxna besitter möjligheter att stärka barn och unga genom egna upplevda livserfarenheter och på så vis kan de förmedla hopp och framtidstro när livet känns

motigt. Studier har även kunnat påvisa att det sociala stödet är en avgörande faktor för att kunna bygga upp tillit (Laslo-Roth, George-Levi & Margalit 2020). Att få samtala och reflektera med stöd och förståelse som respons kan även leda till meningsskapande (ibid). Utifrån empirin blir det tydligt att det är viktigt med ett bemötande som bygger på förståelse och närvaro. Antonovsky (2005) förklarar hur socialt stöd kan utgöra motståndskraft att ta sig genom utmaningar i livet, och att samtidigt finna återhämtning och personlig utveckling.

Den existentiella hälsan ur ett folkhälsoperspektiv

Utifrån ett folkhälsovetenskapligt perspektiv menar Korp (2016) att hälsa och välmående kan betraktas och förstås som ett helhetsperspektiv där den existentiella hälsodimensionen också ingår (ibid). Således är det betydelsefullt att vidmakthålla detta perspektiv när det kommer till barn och ungas hälsa och välmående. Dessutom framhålls att den existentiella hälsan är särskilt betydelsefull att beakta under den känsliga tonårstiden (Brooks, Michaelson, Inchley och Pickett 2019). Utifrån empirin finns det en samstämmighet i att den existentiella hälsan är ett aktuellt och betydelsefullt område. Det anses även finnas behov av tidiga insatser då den psykiska ohälsan kan debutera redan i mellanstadieåldern. Detta resonemang får stöd av Socialstyrelsen (2017) som beskriver behovet av tidiga insatser för att förebygga barn och ungas psykiska ohälsa. Flera informanter anser att den existentiella hälsan borde ingå i folkhälsoperspektivet som en tydlig del. Dessutom framhåller Vader (2006) att om denna dimension ignoreras inom folkhälsoarbetet så försämras förutsättningarna att stärka individers egenmakt och möjligheter att uppnå en god fysisk, social och psykisk hälsa. Empirin visar dock på att folkhälsa är ett prioriterat område och att det idag finns resurser inom det preventiva arbetet mot psykisk ohälsa, där även den existentiella hälsan kan inkluderas. Det upplevs också finnas stora samhällsvinster i att stärka barn och ungas existentiella kompetens då det bidrar till mänsklig hållbarhet, friskare befolkning och är därav positivt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Folkhälsomyndigheten (2018) bekräftar hur den psykiska ohälsan ökar bland barn och unga och ger upphov till den största andelen av samhällets kostnader för sjukdom (IHE 2019).

Idag saknas utarbetade styrdokument eller specifika riktlinjer med avseende på existentiell hälsa. Flera informanter upplever dock att det finns andra övergripande dokument eller handlingar som lyfter områdets relevans. Några påvisar hur exempelvis barnkonventionen

kan utgöra ett viktigt underlag och stöd för området. Mycket riktigt belyser en av de fyra grundläggande principerna i barnkonventionen barns utveckling ur ett helhetsperspektiv och inkluderar också den andliga utvecklingen (SOU 2016:19). Förutom barnkonventionen blir det också tydligt i enlighet med *Hälsa 2020* (Folkhälsomyndigheten 2012) att den existentiella hälsan är ett viktigt område. När regeringen utformade det nationella folkhälsopolitiska målområdet 7, *delaktighet, inflytande och kontroll*, framhölls vikten av stödjande och sociala miljöer (Socialdepartementet 2002), vilket anses kunna främja och skapa förutsättningar för existentiell hälsa. Dessa styrdokument tydliggör å ena sidan att den existentiella hälsan är betydelsefull, å andra sidan är det ett område som enbart låter sig tolkas indirekt och mellan raderna. Resultatet påvisar också att politiken och beslutsfattare har en avgörande roll när det kommer till att skapa förutsättningar för barn och ungas psykiska hälsa och välmående. Det poängteras att politiken måste prioritera området för att uppnå målsättningen om att kunna ge barn och unga förutsättningar att lyckas i livet. När det kommer till hur den existentiella hälsan prioriteras indikerar empirin att det är beroende av hur folkhälsan styrs och hur resurser fördelas. Rostila och Toivanen (2012) menar att ojämlikhet i hälsa och livsvillkor främst kan påverkas utifrån den politiska nivån. Detta blir även tydligt i *Kommissionen för jämlik hälsa* (SOU 2016:55) som framhåller hur politiska beslut grundlägger det folkhälsopolitiska arbetet.

Projekt som SOL kan påvisa nytta med existentiell hälsa och bidra till stöd i evidensen. Flera informanter framhåller att det befintliga SOL-projektet redan har påvisat ett tydligt behov hos barn och unga med en positiv respons och en ytterligare efterfrågan av fler insatser. Uppmärksamheten som SOL-projektet fått kan därmed utgöra goda förutsättningar för vidare implementering av området. Generellt anser informanterna att påvisad nytta och effekt är avgörande aspekter för att existentiell hälsa ska kunna prioriteras och resurssättas. Ur detta perspektiv framkommer även att det finns svårigheter i att just mäta värde och nytta då begreppet är svårt att avgränsa och upplevs ”mjukt”. Även Vader (2006) instämmer i att begreppet är svårdefinierat och svårt att mäta. Han menar dock att det moderna samhället med vetenskapens hjälp borde kunna lösa detta problem.

Samverkan är en viktig resurs och förutsättning för att kunna arbeta med existentiell hälsa. Flera informanter menar att SKR:s *Kraftsamling för psykisk hälsa* är en bra drivkraft som

också tydligt påvisar områdets aktualitet i relation till psykisk hälsa och erbjuder samverkan åt samhällets alla aktörer. Många anser att samverkan kan utgöra en viktig arena för kunskapsutbyte och för att medvetandegöra områdets relevans. Flera menar även att mindre kommuner med färre resurser skulle kunna använda samverkan som en förutsättning för att implementera området. Vikten av samverkan illustreras tydligt i Modellen Supportive EnvironmentS Action Model (SESAME). Denna lyftes fram i handboken *We can do it* och presenterades på WHO-konferensen i Sundsvall 1991 (WHO 1991). Modellen beskriver hur ett tvärsektorielt folkhälsoarbete kan ske på ett strukturerat sätt. Genom att tillämpa modellen är det möjligt att göra samhällsanalyser som kan utmynna i hälsokonsekvensbeskrivningar. Dessa kan utgöra viktiga underlag för bland annat kommuner i avseende att mäta och bedöma befolkningens hälsa i relation till planering av hälsoarbete (Pellmer Wramner, Wramner och Wramner 2012). Enligt Haglund, Finer, Tillgren och Pettersson (1996) avser modellen dessutom att främja stödjande miljöer och att samverka på alla nivåer inom organisation och samhälle.

Metoddiskussion

Kvalitetskriterier

När det kommer till kvalitativa studier och att beskriva kvalitet anses begreppen trovärdighet och tillförlitlighet lämpa sig bäst framför validitet och reliabilitet, som vanligen används vid kvantitativa studier (Thornberg & Fejes 2015). Trovärdighet och tillförlitlighet innefattar forskarens noggrannhet och systematik under forskningsprocessen, samt hur resultatet följaktligen kan anses leva upp till dessa kriterier. Svensson och Ahrne (2015) menar att ett transparent förhållningssätt inverkar på studiens trovärdighet och att det vidare är viktigt att synliggöra forskningsprocessen.

Vid planeringen av studiens genomförande hade forskarna en tydlig plan att arbeta utefter, och detta i beaktande av den lägre graden av förförståelse. Forskarnas förförståelse för det studerade området var relativt vag då deras befintliga kunskap om existentiell hälsa var begränsad. Dock fick de viss inblick i området initialt genom samarbetsparten PART och genom projektet SOL. Enligt Westlund (2015) kan en mer öppen och nyfiken hållning göra att forskaren kan närma sig en djupare kunskap av det studerade området (ibid). En lägre grad

av förförståelse var troligtvis en fördel. Dels i analyseringsarbetet, där tolkningen genomfördes med öppenhet och objektivitet, dels i förhållningssättet i intervjustunden, där det sannolikt bidrog till ett mer inlyssnande sätt. Det inverkade troligtvis även på vår flexibilitet i forskarrollen där vi sannolikt blev mer flexibla och nyfikna i att gå utanför ramen av de förutbestämda frågorna. Westlund (2015) menar att en mindre förförståelse generellt leder till en ökad reflektionsförmåga och möjligheten att utforska det okända på djupet (ibid). Eftersom området var relativt nytt och utforskat för båda forskarna, bedömdes det rimligt att först bearbeta det empiriska materialet för att sedan kunna urskönja mönster som kunde påvisa vad inledning och litteraturgenomgång skulle innehålla. På ett tidigt stadiet fanns det dock primära idéer och tankar kring innehållet i inledning och litteraturgenomgång, och det samlades även in tänkbart underlag och material. I studiens tidiga skede utformades syfte och frågeställning som bestämde studiens inriktning och metod. Widerberg (2002) menar att det är viktigt att synliggöra hur studien utformats och ge en inblick i forskarnas resonemang och reflektioner, detta för att kunna öka kvaliteten på studien.

Analyseringsprocessen utfördes genomgående strukturerat och nogsamt av båda forskarna, vilket även kan anses stärka kvalitet och trovärdighet. Det empiriska materialet bearbetades med försiktighet för att kunna urskönja det som var av relevans utifrån syftet och att det samtidigt inte förlorades något viktigt. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det av stor vikt att ta hänsyn till risken med fragmentering av resultatet och att kondenseringen sker på ett sådant sätt att innehållet inte förloras (ibid). Analyseringsprocessen har genomgående utförts av båda forskarna och kan därmed tillskriva trovärdighet och kvalitet, då analysen bearbetats och tolkats av fler än en person (Widerberg 2002). Den kvalitativa innehållsanalysens olika steg följdes nogsamt och genom att tydligt redogöra för detta kunde studiens trovärdighet och transparens troligtvis stärkas. Att eftersträva tydlighet och synliggöra forskningsprocessen kan enligt Ahrne och Svensson (2015) bidra till transparens och en högre trovärdighet (ibid). Att intervjuerna gjordes med både ljud- och bildupptagning bidrog vidare till möjligheten att i efterhand granska och tolka informanternas kroppsspråk och ansiktsuttryck. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) menar att det finns fördelar i att notera kroppsspråk och ansiktsuttryck i relation till frågorna när det kommer till analyseringsprocessen (ibid). Samtliga intervjuer gav ett djupgående resonemang och respons från informanterna. Endast en intervju blev något kortare då informanten inte hade så

uttömmande svar att ge. Innan materialet publicerades fick informanterna även ta del av såväl textinnehåll från resultatet som citat, och godkänna dessa. Att på detta sätt återkoppla till fältet kan enligt Ahrne och Svensson (2015) anses stärkande för studiens trovärdighet.

Ahrne och Svensson (2015) menar att generaliserbarhet har nära samband med studiens trovärdighet och ifall resultatet kan överföras på andra liknande studerade miljöer eller personer (ibid). Urvalet av informanter gjordes i beaktande av att uppnå en spridning och variation inom olika professionsgrad, verksamhetsområde och nivå. Detta för att resultatet skulle kunna anses vara överförbart och representativt även inom andra liknande grupper/verksamheter. Antalet informanter utgjorde ingen större grupp till antalet, dock var avsikten med intervjuguidens utformning att ringa in så många relevanta områden som möjligt utifrån syftet. Enligt Olsson och Sörensen (2011) är det vanligt förekommande vid kvalitativ design att gå in på djupet med ett större antal frågeområden och ett mindre antal informanter (ibid). Urvalet omfattade tio informanter totalt och motsvarar således vad som rekommenderas inom ramen för C-uppsats. Trots att samarbetsparten bistod med kontakter och nätverk till selektering av urvalet, valde forskarna slumpartat ut möjliga kandidater utifrån den lista som presenterades. Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) kan detta minska risken för att urvalet kan ses vara manipulerat eller styrt reduceras.

Intervjuguiden innefattade ett brett spektrum av frågeområden och kan sannolikt anses ringa in en bred förståelse av det studerade området. Det kan dock vara svårt att motivera överförbarhet till större sammanhang då metoden enbart är kvalitativ. För att hävda överförbarhet även i större och vidare sammanhang krävs det enligt Eliasson (2013) även ett mätbart resultat i form av siffror likt den kvantitativa metoden. Att kombinera metoder, det vill säga triangulering, kan därmed tillföra mer information och sannolikt ge en mer samlad bild av området (ibid). Studiens deltagare hade en viss förförståelse och insikt i området genom sin koppling till PART och SOL. Deltagarnas förförståelse var dock inte en förutsättning för urvalet, då studien syftade till att kartlägga deltagarnas upplevelse av den existentiella hälsans betydelse inom kommunalt och regionalt folkhälsoarbete. Deltagarnas förförståelse kan emellertid utgöra begränsningar i relation till resultatets överförbarhet. För att studien ska kunna anses leva upp till överförbarhet och representativitet behöver urvalet sannolikt utökas geografiskt och ha ett större antal informanter. Om studien skulle

genomföras på nytt med ett liknade urval men i annan kontext, kommer resultatet sannolikt skilja sig något från nuvarande studie. Likväl skulle en ny studie dock bidra till att kartlägga deltagarnas upplevelser, oavsett förförståelse. Avslutningsvis är området abstrakt och många gånger svårt att konkretisera, för övrigt har det också varit tidskrävande och utmanande att söka ut relevant stöd i evidensen.

Konklusion

Studien visar att det finns en samstämmighet i att den existentiella hälsodimensionen upplevs som intressant och högaktuell i relation till samhällets utveckling och rådande pandemi. Beslutsfattare betraktar den existentiella hälsan som en betydelsefull resurs för den psykiska hälsan, vilket också är en viktig förutsättning för att kunna arbeta med området.

Resultatet påvisar att skolan är en viktig arena som kan främja barn och ungas existentiella hälsa, där exempelvis elevhälsan och personaltäthet utgör viktiga förutsättningar. Att främja barn och ungas existentiella hälsa kan bidra till health literacy som vidare ökar egenmakt och handlingsutrymme över den egna hälsan. Det finns dock utmaningar och hinder kopplat till begreppets komplexitet. Där av finns ett behov av att tydliggöra begreppet och påvisa hur den existentiella hälsan omfattar ett bredare perspektiv än religion och trosfrågor.

Det anses finnas förutsättningar och resurser att arbeta med existentiell hälsa, där samverkan är en nödvändig resurs som möjliggör implementering och kunskapsutbyte. Folkhälsa beskrivs vara ett prioriterat område där det går att inkludera existentiell hälsa i befintliga insatser. Dock är detta ett område som idag endast låter sig tolkas indirekt i styrdokument och i folkhälsopolitiska målområden. Den existentiella hälsodimensionen behöver således tydliggöras i folkhälsopolitiska sammanhang då det är ett relativt nytt och utforskat område. Denna studie är därav ett viktigt led i att medvetandegöra och uppmärksamma områdets betydelse och nytta i folkhälsoarbete. Studien visar även på vikten av att göra kartläggningar som kan ge en uppfattning om nyckelpersoners perspektiv på området. Detta då kunskap bidrar till engagemang som skapar förutsättningar för framtida arbete. Det finns ändock ett vidare behov av ytterligare studier på området då den existentiella hälsan bland annat är ett viktigt redskap i kampen mot den psykiska ohälsan bland barn och unga.

Referenslista

Ahrenfeldt, L.J., Möller, S., Andersen-Ranberg, K., Vitved, A.R., Lindahl-Jacobsen, R. & Hvidt, N.C. (2017), "Religiousness and health in Europe", *European journal of epidemiology*, vol. 32, no. 10, pp. 921-929. <https://rd-springer-com.ezproxy.hkr.se/article/10.1007%2Fs10654-017-0296-1> [Hämtad 21-02-03].

Ahrne, G., Ahrne, G. & Svensson, P. (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I Ahrne & Svensson (red.) (2015). *Handbok i kvalitativa metoder. 2.*, [utök. och aktualiserade] uppl. Stockholm: Liber, ss. 8–15.

Aluh, D.O., Anyachebelu, O.C., Anosike, C. & Anizoba, E.L. (2018), "Mental health literacy: what do Nigerian adolescents know about depression?", *International journal of mental health systems*, vol. 12, no. 1, pp. 8-8. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13033-018-0186-2> [Hämtad 21-04-18].

Andersson, I. (2016). *Epidemiologi för hälsovetare: en introduktion. 2.*, [utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Antonovsky, A. (1996), "The salutogenic model as a theory to guide health promotion", *Health promotion international*, vol. 11, no. 1, pp. 11-18. <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748> [Hämtad 21-04-19].

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium. 2.* utg. Stockholm: Natur och kultur.

Barnrättighetsutredningen. (2016). *Betänkande om barnrättighetsutredningen. Barnkonventionen blir svensk lag* (SOU 2016:19). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. https://www.regeringen.se/49315c/contentassets/7bcd0fe8815345aeb2ff0d9678896e11/barnkonventionen-blir-svensk-lag-sou-2016_19.pdf [Hämtad 21-04-18].

Bauer, G., Davies, J.K. & Pelikan, J. (2006), "The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators", *Health promotion international*, vol. 21, no. 2, pp. 153-159. <https://academic.oup.com/heapro/article/21/2/153/671950> [Hämtad 21-04-19].

Beilmann, M., Kööts-Ausmees, L. & Realo, A. (2018), "The Relationship Between Social Capital and Individualism–Collectivism in Europe", *Social indicators research*, vol. 137, no. 2, pp. 641-664. <https://rd-springer-com.ezproxy.hkr.se/article/10.1007/s11205-017-1614-4> [Hämtad 21-02-28].

Belfrage, L. (2018). Existentiell hälsa, andlighet och sökandet efter mening – exemplet sårbarhet i prästämbetet. I Stiwne, D. (red.) (2018). *Existens och psykisk hälsa: om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa*. Upplaga 1 Lund: Studentlitteratur, ss. 133–158.

Bjørnsen, H.N., Espnes, G.A., Eilertsen, M.B., Ringdal, R. & Moksnes, U.K. (2019), "The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services", *The Journal of school nursing*, vol. 35, no. 2, pp. 107-116. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1059840517732125?utm_source=summon&utm_medium=discovery-provider [Hämtad 21-04-17].

Bramadat, P., Coward, H. & Stajduhar, K.I. (2013). Introduction. I Bramadat, P. & Coward, H. (red.) (2013). *Spirituality in hospice palliative care*. Albany, N.Y.: State University of New York Press, ss. 1-13.

Bringsén, Å. & Nilsson Lindström, P. (2019). Hälsopromotion -teoretiska begrepp och utgångspunkter. I Bringsén, Å. & Nilsson Lindström, P. (red.) (2019). *Hälsopromotion i teori och praktik: olika arenor och målgrupper*. Första upplagan Stockholm: Liber, ss. 13–50.

BRIS (2019). *Fokus psykisk ohälsa*. Stockholm: BRIS. <https://www.bris.se/om-bris/press-och-opinion-old/fokus-psykisk-ohalsa/> [Hämtad 21-04-23].

Brooks, F., Michaelson, V., King, N., Inchley, J. & Pickett, W. (2018), "Spirituality as a protective health asset for young people: an international comparative analysis from three countries", *International journal of public health*, vol. 63, no. 3, pp. 387-395. <https://rd-springer-com.ezproxy.hkr.se/article/10.1007/s00038-017-1070-6> [Hämtad 21-02-11].

Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T.M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G.S., Bittlingmayer, U.H., LevinZamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P., Thomas, M., Kessl, F. & Pinheiro, P. (2017), "Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models", *BMC public health*, vol. 17, no. 1, pp. 361-361. <https://search-proquest-com.ezproxy.hkr.se/docview/2348402352?pq-origsite=summon> [Hämtad 21-04-18].

Chirico, F. (2016), "Spiritual well-being in the 21st century: It is time to review the current WHO's health definition", *Journal of health and social sciences*, vol. 1, no. 1, pp. 11-16. <http://journalhss.com/wp-content/uploads/JHHS1111-16.pdf> [Hämtad 21-02-28].

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe* (Arbetsrapport, nr 14). Stockholm: Institutet för Framtida Studier. <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf> [Hämtad 21-04-23].

Draeby, A. (2018). Existentiell vilshenhet i teknologins tidsålder – om andlig sjukdom och dess läkning. I Stiwne, D. (red.) (2018). *Existens och psykisk hälsa: om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa*. Upplaga 1 Lund: Studentlitteratur, ss. 111–132.

Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. 3., uppdaterade uppl. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson-Zetterquist, U., Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I Ahrne & Svensson (red.) (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. [Utök. och aktualiserade] uppl. Stockholm: Liber, ss. 34–53.

Fegert, J.M., Vitiello, B., Plener, P.L. & Clemens, V. (2020), "Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality", *Child and adolescent psychiatry and mental health*, vol. 14, no. 1, pp. 20-20. <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-020-00329-3> [Hämtad 21-04-23].

Folkhälsomyndigheten (2012). *Hälsa 2020 ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO: s Europaregion*. Östersund:

Folkhälsomyndigheten.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0dd4f55131d5443d9b8efd36d8d7de4c/halsa-2020-sektorsovergripande-policyramverk-insatser-halsa-valbefinnande-15008.pdf>

[Hämtad 21-05-03].

Folkhälsomyndigheten (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*. Östersund: Folkhälsomyndigheten.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/628f1bfc932b474f9503cc6f8e29fd45/var-for-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-2-webb-rapport.pdf> [Hämtad 21-04-23].

Folkhälsomyndigheten (2020). *Folkhälsans utveckling Årsrapport 2020*. Östersund:

Folkhälsomyndigheten.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9fd952e9014642249164352cd5a3eb50/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2020.pdf> [Hämtad 21-02-11].

Folkhälsomyndigheten (2021). *Livsvillkor & levnadsvanor -Vad är psykisk hälsa?* Östersund:

Folkhälsomyndigheten. [https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-](https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/)

[levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/](https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/) [Hämtad 21-05-25].

Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Forte- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

<https://forte.se/app/uploads/2014/12/kunskapsoversikt-begrepp.pdf> [Hämtad 21-04-23].

Frankel, V. E. (2006). *Livet måste ha en mening. Erfarenheter från koncentrationslägren. Logoterapiens grundbegrepp*. Stockholm: Natur och Kultur.

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004), "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness", *Nurse Education Today*, vol.

24, no. 2, pp. 105–112. <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.hkr.se/science/article/pii/S0260691703001515> [Hämtad 21-01-25].

Haglund, B. J. A., Finer, D., Tillgren, P. & Pettersson, B. (1996). *Creating supportive environments for health – stories from the Third international Conference on Health Promotion*, Sundsvall, Sweden. Geneva: WHO.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41861/WHO_PHA_3_%28part1%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Hämtad 21-05-03].

Hertting, N. & Vedung, E. (2009). *Den utvärderingstäta politiken: styrning och utvärdering i svensk storstadspolitik*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Hiebler-Ragger, M., Kamble, S.V., Aberer, E. & Unterrainer, H.F. (2020), "The relationship between existential well-being and mood-related psychiatric burden in Indian young adults with attachment deficits: a cross-cultural validation study", *BMC Psychology*, vol. 8, no. 1, pp. 21-21. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-020-0388-7> [Hämtad 21-01-28].

Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) (2019). *Samhällskostnader för sjukdomar år 2017* (IHE Rapport 2019:6). Lund: IHE https://ihe.se/wp-content/uploads/2019/09/IHE-Rapport-2019_6_.pdf [Hämtad 21-04-23].

Institutet för framtidsstudier (2021). *World Values Survey*. [World Values Survey | Institutet för Framtidsstudier | Institutet för Framtidsstudier är en självständig forskningsstiftelse som främjar framtidsperspektiv i forskning och samhällsdebatt \(iffs.se\)](https://www.iffs.se/) [Hämtad 21-02-11].

Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S.J., Bryant, R.A. & Harvey, S.B. (2018), "Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions", *BMJ open*, vol. 8, no. 6, pp. e017858-e017858.
<https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e017858#ref-13> [Hämtad 21-03-04].

Kommissionen för jämlik hälsa. (2016). *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande* (SOU 2016:55). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2016/08/sou-201655/> [Hämtad 21-01-27].

Korp, P. (2016). *Vad är hälsopromotion?* (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Laslo-Roth, R. George-Levi, S & Margalit, M. (2020), "Social participation and posttraumatic growth: The serial mediation of hope, social support, and reappraisal", (2020), *Journal of community psychology*. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.hkr.se/doi/10.1002/jcop.22490> [Hämtad 21-02-08].

Laverack, G. (2016). *Public health: power, empowerment, and professional practice*. 3. ed New York: Palgrave Macmillan.

Lindberg, K. (2009). *Samverkan*. 1. uppl. Malmö: Liber.

Lloyd, C., Klintberg, B. & DeMarinis, V. (2016), "Emotion regulation and existential meaning-making in young women with mental ill-health concerns- A qualitative study", *Psychology and Behavioral Science International Journal*, vol 1. no. 1. [Emotion Regulation and Existential Meaning-Making in Young Women with Mental Ill-Health Concerns—A Qualitative Study \(juniperpublishers.com\)](https://www.juniperpublishers.com/emotion-regulation-and-existential-meaning-making-in-young-women-with-mental-ill-health-concerns-a-qualitative-study) [Hämtad 21-03-08]

Lloyd, C. (2018). *Moments of meaning – Towards an assessment of protective and risk factors for existential vulnerability among young women with mental ill-health concerns: A mixed methods project in clinical psychology of religion and existential health*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1163769/FULLTEXT01.pdf> [Hämtad 21-02-08].

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Melder, C. (2011). *Vilsenhetens epidemiologi – en religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. [Vilsenhetens epidemiologi – en religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa \(diva-portal.org\)](https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1163769/FULLTEXT01.pdf) [Hämtad 21-02-11].

Michaelson, V., King, N., Inchley, J., Currie, D., Brooks, F. & Pickett, W. (2019), "Domains of spirituality and their associations with positive mental health: a study of adolescents in Canada, England and Scotland", *Preventive medicine*, vol. 125, pp. 12-18.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743519301513?via%3Dihub>

[Hämtad 21-04-20].

Mind (2018). *Unga mår allt sämre - eller? Kunskapsöversikt om ungas psykiska hälsa i Sverige 2018*. Stockholm: Mind [mind-rapport-unga-mar-allt-samre-eller-2018-hela-rapporten.pdf](#) [Hämtad 21-03-08]

Montin, S. & Hedlund, G. (2009). Governances om interaktiv samhällsstyrning - gammalt eller nytt i forskning och politik? I Hedlund, G. & Montin, S. (red.) (2009). *Governance på svenska*. Stockholm: Santérus Academic Press Sweden, ss. 7–36.

Myndigheten för ungdoms och civilsamhällsfrågor (MUCF) (2015). *När livet känns fel Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*. Växjö: Myndigheten för ungdoms och civilsamhällsfrågor.

https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/sammanfattning-nar-livet-kanns-fel.pdf [Hämtad 21-02-08].

Myndigheten för ungdoms och civilsamhällsfrågor (MUCF) (2019). *Unga med attityd. Hälsa, fritid, framtid* (3: 3). Växjö: Myndigheten för ungdoms och civilsamhällsfrågor. [unga_med_attityd_2019_del_3.pdf \(mucf.se\)](#) [Hämtad 21-01-27].

Nationalencyklopedin (u.å.). Andlig. Tillgänglig: Nationalencyklopedin. [21-04-21]. <https://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=andlig>

Nationalencyklopedin (u.å.). Existentiell. Tillgänglig: Nationalencyklopedin. [21-04-21]. <https://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk&q=existentiell>

Nutbeam, D. (2008), "The evolving concept of health literacy", *Social science & medicine* (1982), vol. 67, no. 12, pp. 2072–2078. <https://www-sciencedirectcom.ezproxy.hkr.se/science/article/pii/S0277953608004577> [Hämtad 21-03-02].

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3. uppl. Stockholm: Liber.

PART (2020). *Projektplan: SOL – ett koncept för att lyfta fram och främja existentiell hälsa* [internt material]. Helsingborg: PART.

PART (2021a). *Part info om oss*. <https://www.partinfo.se/om-oss/> [Hämtad 21-02-11]

PART (2021b). *Snacka om livet*. <https://www.snackaomlivet.se/our-story/> [Hämtad 21-02-11]

Pellmer Wramner, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. (3., kompletterade uppl.) Stockholm: Liber.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringen (2020). *Idag blir barnkonventionen svensk lag*. Stockholm: Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/01/idag-blir-barnkonventionen-svensk-lag/> [Hämtad 21-02-01].

Region Skåne (2016). *Folkhälsorapport barn och unga i Skåne 2016 -en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa*. Region Skåne: Region Skåne. https://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/folkhalsorapport-barn-och-unga-i-skane-2016.pdf [Hämtad 21-01-29].

Region Skåne (2019). *Region Skånes Folkhälsorapport 2019*. Region Skåne: Region Skåne. [Region Skånes Folkhälsorapport: Psykisk ohälsa \(skane.se\)](https://www.region-skane.se/region-skånes-folkhalsorapport-2019) [Hämtad 21-01-29].

Rostila, M. & Toivanen, S. (2012). Väger mot en rättvis hälsa. I Rostila, M. & Toivanen, S. (red.) (2012). *Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. 1. utg. Stockholm: Liber, ss. 361-372.

Rutz, W. (2004), "A need to rethink social psychiatry in Europe", *The Lancet (British edition)*, vol. 363, no. 9421, pp. 1652-1652. [https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1016/S0140-6736\(04\)16224-7](https://doi-org.ezproxy.hkr.se/10.1016/S0140-6736(04)16224-7) [Hämtad 21-04-21].

Scriven, A. (2013). *Ewles & Simnett Hälsoarbete*. 3., rev. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Serrander, E. (2018). När kroppen visar vägen. I Stiwne, D. (red.) (2018). *Existens och psykisk hälsa: om hur liv och levnad förhåller sig till hälsa och ohälsa*. Upplaga 1 Lund: Studentlitteratur, ss. 65–87.

Setiawati, Y., Wahyuhadi, J., Atika, A., Joestandari, F. & Maramis, M.M. (2021), "Anxiety and Resilience of Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Indonesia", *Journal of multidisciplinary healthcare*, vol. 14, pp. 1-8.

<https://doaj.org/article/df6985107e214d4aaa236d6bf3a8a690> [Hämtad 21-03-04].

Socialdepartementet (2002). *Mål för folkhälsan*. (Regeringens proposition 2002/03:13). Stockholm: Regeringskansliet. <https://data.riksdagen.se/fil/4324E0A2-E80C-4D2A-B1A4-6951B487E7FE> [Hämtad 21-04-21].

Socialdepartementet (2018). *God och jämlik hälsa -en utvecklad folkhälsopolitik*. (Regeringens proposition 2017/18:249). Stockholm: Regeringskansliet. <https://data.riksdagen.se/fil/7DFAC6CD-6BBC-476E-BB21-740C5A575867> [Hämtad 21-02-21].

Socialstyrelsen (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen. [Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se) [Hämtad 21-01-29].

Svensson, P., Ahrne, G. (2015). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Ahrne & Svensson (red.) (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. [Utök. och aktualiserade] uppl. Stockholm: Liber, ss. 17–31.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2021). *Kraftsamling för psykisk hälsa*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner. [Kraftsamling för psykisk hälsa - SKR](https://www.skr.se/kraftsamling-for-psykisk-halsa) [Hämtad 21-02-11].

Thornberg, R. & Fejes, A. (2015). Kvalitet och generaliserbarhet I kvalitativa studier. I Fejes, A. & Thornberg, R. (red.) (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. 2., utök. uppl. Stockholm: Liber, ss. 256-276.

Thurfjell, D. (2015). *Det gudlösa folket: de postkristna svenskarna och religionen*. Stockholm: Molin & Sorgenfrei.

Vader, J. (2006), "Spiritual health: the next frontier", *European journal of public health*, vol. 16, no. 5, pp. 457-457. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ck1234> [Hämtad 21-02-11].

Westlund, I. (2015). Hermeneutik. I Fejes, A. & Thornberg, R. (red.) (2015). *Handbok i kvalitativ analys*. 2., utök. uppl. Stockholm: Liber, ss. 71-88.

Whitehead, D. (2003), "Beyond the metaphysical: health-promoting existential mechanisms and their impact on the health status of clients", *Journal of clinical nursing*, vol. 12, no. 5, pp. 678-688. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.hkr.se/doi/full/10.1046/j.1365-2702.2003.00770.x> [Hämtad 21-02-03].

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

World health organization (WHO) (1946). *Constitution*. New York: World Health Organization. Genève: World health organization. [who constitution en.pdf](http://www.who.int/about/constitution-en.pdf) [Hämtad 21-04-21].

World health organization (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Genève: World Health Organization. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf [Hämtad 21-02-03].

World health organization (WHO). (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health, Third International Conference on Health promotion, Sundsvall, Sweden*. Genève: World Health Organization. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/> [Hämtad 21-02-11].

World health organization (WHO). (1998). *Health promotion-Health literacy*. Genève: World health organization. <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/> [Hämtad 21-04-17].

World health organization (WHO) (2002). *WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument*. Department of Mental Health and Substance Dependence. Genève: World health organization. http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf [Hämtad 21-02-28].

World Value Survey (WVS). (2020). *Findings and insights –Inglehart-Welzel Cultural map*. Österrike: WVS.

<https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp?CMSID=Findings&CMSID=Findings>
[Hämtad 21-02-28].

Yu, C.H., Reimer, D., Lee, A., Snijder, J. & Lee, H.S. (2017), "A Triangulated and Exploratory Study of the Relationships Between Secularization, Religiosity, and Social Wellbeing", *Social indicators research*, vol. 131, no. 3, pp. 1103-1119. <https://rd-springer-com.ezproxy.hkr.se/article/10.1007%2Fs11205-016-1290-9> [Hämtad 21-02-03].

Yu, C.H., Trier, H. & Slama, M. (2019), "A Data Mining and Data Visualization Approach to Examine the Interrelationships Between Life Satisfaction, Secularization and Religiosity", *Journal of religion and health*, vol. 58, no. 1, pp. 271-288. <https://rd-springer-com.ezproxy.hkr.se/article/10.1007%2Fs10943-018-0737-5> [Hämtad 21-02-03].

Öberg, P. (2015). Livshistorieintervjuer. I Ahrne & Svensson (red.) (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2., [utök. och aktualiserade] uppl. Stockholm: Liber, ss. 55–66.

Bilaga1: Intervjuguide

Information som delges informanterna innan intervjun startar;

- Vi presenterar oss och samarbetet med mellan oss (Kristianstad högskola) och PART
- Vår C-uppsats och studiens syfte: *Att undersöka vilken roll den existentiella hälsan har inom kommunalt sektorsövergripande folkhälsoarbete i främjandet av barn och ungas psykiska hälsa.* Studien ämnar svara på hur personer i ledande position inom kommunal sektor uppfattar begreppet, samt hur de upplever att förutsättningarna och behoven ser ut av att främja existentiell hälsa hos barn och unga.
- Inom forskningen finns det etiska principer att ta hänsyn till och som är viktiga att lyfta. Dels informationskravet – syftet med intervjun det vill säga studien som vi gör, och att samtliga uppgifter enbart nyttjas för studiens syfte. Samtyckeskravet – i detta fall handlar det om ditt samtycke till deltagandet i studien och även samtycke till ljudinspelning och eventuellt bild om vi också får spela in via zoom. Kravet på konfidentialitet - vi försäkrar att samtliga uppgifter kommer att skyddas från obehöriga, svaren kommer inte att kunna härledas till specifik person. För att bäst efterleva detta kommer vi att erbjuda Dig att ta del av citat och textinnehåll i resultatet, och godkänna dessa innan publicering sker. Avslutningsvis vill vi informera om att enligt autonomiprincipen så är ditt deltagande frivilligt och Du har rätt att när som helst kan välja att avbryta.
- Då studien har ett folkhälsovetenskapligt perspektiv så är också våra frågor grundade på att det strategiska arbete som utförs inom kommunal verksamhet är av folkhälsovetenskaplig karaktär- detta kan vara av viktigt för dig att känna till då du själv kanske inte alltid definierar att ditt arbete som folkhälsoarbetet. Frågorna i intervjun är utformade efter tre olika teman som relaterar till studiens frågeställning vilka berör *förståelse, betydelse och behov och förutsättningar.*
- Om någon fråga skulle vara otydlig för dig så är det bara att säga till så ska vi försöka omformulera oss. Detta är inget kunskapsförhör och det finns inga rätt eller fel svar, vi är bara intresserade av att veta dina upplevelser i relation till frågorna som ställs.

Om du inte har några frågor till oss nu och du är redo så kan vi starta intervjun och börja spela in.

Introduktion

Innan vi börjar med frågorna så ska du få börja berätta lite kortfattat om ditt arbete och ditt verksamhetsområde och hur du möter/ arbetar mot målgruppen barn och unga.

Förståelse

1.) Hur förtrogen/bekant är du utifrån din position med begreppet existentiell hälsa?

-Vad tänker du att existentiell hälsa är eller vad begreppet innefattar?

2.) Hur aktuellt är området ur ett mer folkhälsopolitiskt perspektiv? Hur skulle du beskriva områdets aktualitet inom ditt arbete (verksamhetsområde)? Hur diskuteras området eller hur hör du talas om det?

Betydelse och behov

För att våra frågor och dina svar ska få en någorlunda gemensam begreppsgrund så vill vi i detta skede gärna tydliggöra hur vi har definierat begreppet *existentiell hälsa* i vår studie och i våra frågor. Vår teoretiska utgångspunkt bygger på de viktiga hälsofrämjande dimensioner som WHO (2002) identifierade som viktiga faktorer för människors existentiella behov. Ur dessa faktorer har PART lyft fem viktiga aspekter för den existentiella hälsan som även har kommit att utgör grunden för SOL-modellen inom projektet "Snacka om livet". Dessa dimensioner är *mening, hopp, sammanhang, tillit och helhet*.

3.) Hur tror du barn och ungas behov av att prata om existentiella frågor så som mening i livet, hopp och känsla av sammanhang ser ut?

- Upplever du att behovet har förändrats eller blivit mer aktuellt? (*Utifrån en ökad psykisk ohälsa bland barn och unga som kan kopplas till samhällsfaktorer, som ett mer sekulariserat samhälle och en arbetsmarknad med högre kompetenskrav. Region Skånes rapport om barn och ungas hälsa -2016 påvisar även en lägre framtidstro och tillit bland både pojkar och flickor än tidigare år*).

4.) Utifrån ett eventuellt behov av att stärka den existentiella hälsan hos barn och unga, hur arbetar ni idag med området inom din verksamhet? Hur skulle ditt verksamhetsområde kunna arbeta för att stärka meningsskapande sammanhang för barn och unga?

-Finns det exempelvis forum för barn och unga samtala/reflektera om existentiella frågor?
Andra exempel?

5.) Hur ser samhällets ansvar ut i frågan om att främja den existentiella hälsan? Behöver samhället tillgodose ungas behov av existentiell hälsa och meningsskapande eller vilar ansvaret på den egna individen och vårdnadshavare?

6.) Vilka vinster skulle du kunna se med att främja barn och ungas existentiella kompetens?

Förutsättningar

7.) Vad finns det för förutsättningar och resurser ur ett folkhälsopolitiskt perspektiv att främja barn och ungas existentiella hälsa? (*SKR's Kraftsamling för psykisk hälsa lyfter tex meningsskapande i en sekulär tid som ett viktigt hälsofrämjande område att arbeta inom*).

-Finns det utformade styrdokument som belyser den existentiella hälsan? Eller är det upp till varje kommun att välja hur området implementeras i verksamheterna? Hur fria tyglar har ni att implementera detta område?

8.) Beskriv förutsättningar och/eller eventuella hinder som skulle kunna finnas/finns, eller vad som skulle behövas för att kunna arbeta med området?

9.) Har intervjun väckt några tankar eller reflektioner hos dig, som du tror kommer att påverka eller bidra till att existentiell hälsa eventuellt kommer att implementeras på något sätt?

- Finns det något du vill tillägga eller kommentera innan vi avslutar intervjun? Eller är det något som du känner att vi borde ha frågat dig om?

Önskar du ta del av den färdiga studien? I så fall hur-via mail?

Bilaga 2: Informationsbrev

Hej,

Vi är två studenter, Lina Wernström Jensen och Johanna Flogstam och studerar vid Högskolan Kristianstad, folkhälsovetenskapliga programmet. Vi skriver vår c-uppsats i samarbete med PART (preventivt arbete tillsammans), Helsingborg. Med detta brev vill vi informera Er om vår studie och dess genomförande.

Vad handlar studien om?

Snacka om livet (SOL) är ett av PART:s pågående projekt som syftar till att öka den existentiella hälsan hos barn och unga genom att lyfta fram ett existentiellt perspektiv på hälsa, välmående och livskvalitet och skapa forum för existentiella samtal. Ett av projektets mål är att kartlägga de förutsättningar som idag finns för att kunna främja den existentiella hälsan hos barn och unga. Utifrån detta mål ämnar vi således att i samarbete med PART genomföra en studie med syftet att *undersöka vilken roll den existentiella hälsan har inom kommunalt sektorsövergripande folkhälsoarbete i främjandet av barn och ungas psykiska hälsa.*

Ur ett folkhälsoperspektiv börjar den existentiella hälsan få en allt större och mer betydelsefull roll, men generellt beskrivs det fortfarande saknas kunskaper om den existentiella hälsans betydelse för välmåendet. Det svenska samhället beskrivs vara ett av världens mest sekulariserade och individualistiskt präglade länderna i världen, vilket kanske kan ses utgöra ett incitament för behovet av att skapa förutsättningar för att främja den existentiella hälsan. Ett annat incitament utgörs av den psykiska ohälsan som ökat idag bland barn och unga. WHO har identifierat existentiell hälsa som en viktig främjande faktor för framför allt den psykiska hälsan och det finns idag stöd i forskningen för den existentiella hälsans positiva påverkan på individers hälsa och välmående. Vår teoretiska utgångspunkt för den existentiella hälsan är kopplad till de dimensioner som WHO har identifierat som viktiga för att främja existentiell hälsa. Dessa dimensioner har PART vidareutvecklat i sin SOL-modell och har där kommit att omfatta *mening, hopp, sammanhang, tillit och helhet.*

Varför görs studien?

Det sammanställda resultatet kommer att utgöra en nulägesbeskrivning över hur existentiell hälsa inkluderas i de olika verksamheterna. Resultatet kan sannolikt återge en uppfattning om hur uppmärksamman den existentiella dimensionen av hälsa är. Framför allt kan studien belysa vikten att arbeta med existentiell hälsa ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv.

Hur går det till?

Studiens resultat kommer att bygga på material som samlas in genom intervjuer. Vi kommer att göra en intervju som uppskattningsvis tar cirka 30–45 minuter att genomföra, men vi avsätter totalt en timmes tid. I samråd om samtycke från Dig som deltagare kommer intervjun att spelas in. Urvalet av deltagare till studien avgjordes utifrån syftets formulering, och i samråd med PART Helsingborg valdes samtliga informanter ut.

Konfidentialitetskravet

Största möjliga konfidentialitet eftersträvas i studien och deltagarna kommer att aidentifieras så att resultatet inte kan kopplas till specifik person. Ingenting kommer att publiceras utan ditt samtycke och godkännande. Du kommer således att få ta del av både textinnehåll och eventuella citat före publicering. För övrigt kommer inte någon obehörig att ta del av materialet, och det kommer vid studiens slut att förstöras.

Frivillighetskravet

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt, och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Ytterligare upplysningar om studien kan lämnas av Lina Wernström Jensen och Johanna Flogstam. Du når oss via mejl:

Lina.wernstrom_jensen0064@stud.hkr.se

Johanna_isabell.flogstam0025@stud.hkr.se

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning

Bilaga 3: Analyseringstabell

Analyseringsprocessen enligt Graneheim och Lundman (2004), exempel från samtliga huvudkategorier.

Meningsbärande enhet	Meningskondensering	Meningskondensering och tolkning av underliggande mening	Kategori
Existentiell hälsa känns som ett nytt begrepp som varit förknippat med det personliga planet och det har inte funnits så stort utrymme att prata om det (I1).	Nytt begrepp som tidigare förknippats med det personliga planet och inte fått så stort utrymme.	Nytt begrepp, har förknippats med det personliga och ej fått utrymme.	Förståelse för begreppet och dess betydelse
Det är bekymmersamt att tilliten sjunker för det är ju det viktigaste i samhället och för demokratin, och att känna tillit till sina medmänniskor (I7).	Bekymmersamt med lägre tillit, viktigt att känna tillit till varandra, i samhället och för demokratin.	Att tillit minskar är oroande för samhället och demokratin.	Samhällets utveckling och ett ökat behov
Jag tror att vi behöver se över vilka förutsättningar som finns, men att vi samtidigt ska vara	Se över vilka förutsättningar som finns och vara strategiska och väva	Se över förutsättningarna, väva in i befintliga satsningar.	Förutsättningar att implementera existentiell hälsa

strategiska och väva in det i de satsningar som vi redan har (I6).	in i befintliga satsningar.		
Man skulle kunna jobba mycket med mentorerna och koppla ihop det i vardagen så att det inte blir en påläggsgrej (I2).	Man kan jobba med mentorerna och få in det i vardagen så att det inte blir en påläggsgrej.	Genom mentorerna få in det i vardagen och i verksamheten.	Skolan och den existentiella hälsan