



Kilde: <https://www.madforlivet.com/viden-og-forskning/danskernes-sundhed/>

Sundere liv for alle?

Sundhedsbegreber i politik og social praksis

Speciale i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier

Institut for Mennesker og Teknologi

Roskilde Universitet

Sidsel Bach Asmussen

Marte Tømte Sletten

Sundere liv for alle?

Sundhedsbegreber i politik og social praksis

Speciale i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier

Institut for Mennesker og Teknologi

Roskilde Universitet

2. juni 2020

Forfattere

Sidsel Bach Asmussen

Marte Tømte Sletten

Vejleder

Heidi Lene Myglegård Andersen

Forord

Dette speciale er udarbejdet som afslutning på vores kandidat i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier & Socialvidenskab. Vi har begge en baggrund som sygeplejersker og interessen for at udarbejde dette speciale, tager dele af sit udgangspunkt i de erfaringer, vi har haft i det danske sundhedsvæsen. Her har vi oplevet hvordan social ulighed i sundhed kommer til udtryk, og hermed hvordan de sociale forhold kan fremme, eller være til hinder for sundheden. Dette ønsker vi at sætte fokus på som fremtidige sundhedsfremmere.

Vi vil rette en stor tak til vores informanter, uden dem var specialet ikke blevet til. Desuden skal vores vejleder Heidi have en stor tak for eminent vejledning på emnet og støtte gennem de indledende uger af coronakrisen.

Derudover er specialeprocessen blevet langt bedre med støtte, opbakning og konstruktive kommentarer fra nogle særlige personer. Derfor vil vi med dette sende en tak til dem, der de sidste fem måneder har været en større eller mindre del af vores specialeproces fra sidelinjen.

Tak til Sofie for kyndig korrekturlæsning og sproglige rettelser.

Tak til Bjørn for gode indspark til vores engelsksprogede abstract.

Tak til vores medstuderende Heidi og Katrine for mange konstruktive diskussioner, både med og uden øl.

Tak til Mads, Martin, Maja og Alice for moralsk opbakning, lækre måltider og udbringning af snacks.

Sidst, men ikke mindst, en tak til hinanden for at have is i maven og et smil på læben hele vejen.

Abstract

Inequality in health has been on the rise in Denmark for the past 30 years. Therefore, the aim of this master's thesis is to examine the 'concepts of health' in Danish public health policy and of social workers in the social housing area of Tingbjerg in Copenhagen, and its implications for reduction of health inequalities through health promotion. In order to shed light on the matter, we conducted a policy analysis of the national health strategy in Denmark, using Carol Bacchi's What's the problem represented to be? approach, and performed interviews with social workers and a senior researcher in the field of health promotion. To investigate this, we have chosen the determinants of general health and the determinants of inequities in health by Göran Dahlgren and Margaret Whitehead, and the open concept of health (det åbne sundhedsbegreb) by Steen Wackerhausen as our theoretical framework. In conclusion, we found two opposing discourses in the different concepts of health, both used by the national Danish health strategy and the social workers. The Danish health strategy is affected by the biomedical discourse, with the responsibility for behaviour and lifestyle choices being placed on the individuals. This results in the biomedical discourse becoming most legitimate in Danish society, causing production and reproduction of health inequities. The social workers are affected by a broader concept of health directing the main responsibility on society and taking into consideration the societal affections on the individual. This discourse was seconded by the research environment. Thus, the social work promotes health, whereas the Danish national health strategy focuses on biomedical disease prevention.

Specialets opbygning

Kapitel 1 *Baggrund og problemformulering*

Dette kapitel har til formål at give en overordnet introduktion til emnet, og præsenterer specialets problemformulering.

Kapitel 2 *Problemfelt*

Kapitlet skal ses som en yderligere uddybning af baggrunden for problemformuleringen, hvor vi præsenterer de sociale determinanter for sundhed, samt udvalgte perspektiver fra nyere forskning der bevæger sig i det sundhedsfremmende felt. Disse afsnit skal ses som baggrundsviden i forhold til specialets emne, og vil senere blive anvendt i analyse og diskussion. For at sikre overblik og fokus igennem specialet, har vi foretaget nogle afgrænsninger. Disse valg vil ligeledes blive præsenteret i dette kapitel.

Kapitel 3 *Metodiske valg og refleksioner*

Kapitlet giver en indføring i specialets videnskabsteoretiske ramme, samt hvilke metodiske valg og refleksioner vi har foretaget i udarbejdelsen af policyanalyse og gennemførelsen af semistrukturerede interviews.

Kapitel 4 *Teori*

Kapitlet præsenterer den socio-økologiske model og det åbne sundhedsbegreb. I afsnittene foreligger desuden en argumentation for teoriernes relevans og hvordan disse skal anvendes i specialet.

Kapitel 5 *Analyse*

Kapitlet indeholder vores analyse af den nationale danske sundhedspolitik *Sundere liv for alle - nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, efter analysemetoden *What's the problem represented to be?*. Derefter følger en analyse baseret på vores interviews, hvor vi fremanalyserer sundhedsbegreber hos vores informanter, hvordan sundheden er til stede i det sociale arbejde, samt informanternes syn på partnerskaber i det sundhedsfremmende arbejde.

Kapitel 6 *Diskussion*

I dette kapitel vil vi diskutere analysens fund, samt hvilke implikationer dette har for reduktion af social ulighed i sundhed gennem sundhedsfremmende arbejde. Derudover rummer kapitlet en diskussion af partnerskaber politik og praksis, specialets relevans og den valgte videnskabsteori og metode.

Kapitel 7 *Konklusion*

Dette kapitel indeholder en konklusion af specialets fund.

Kapitel 8 *Perspektivering*

Kapitlet indeholder en perspektivering til vores andet fag, socialvidenskab, og perspektiver herfra, som kunne have været relevante at inddrage.

Indholdsfortegnelse

1.0 Baggrund.....	4
1.1 Sundhed, forebyggelse og sundhedsfremme.....	6
1.1.1 Viden og evidens i forebyggelse og sundhedsfremme	7
1.2 Sundhedsfremme som forebyggelsesstrategi	8
1.3 Problemformulering	9
2.0 Problemfelt.....	10
2.1 De sociale determinanter for sundhed.....	10
2.1.1 Den sociale gradient	11
2.1.2 Stress.....	11
2.1.3 Starten på livet	11
2.1.4 Social eksklusion	11
2.1.5 Job.....	12
2.1.6 Arbejdsløshed.....	12
2.1.7 Social støtte.....	12
2.1.8 Misbrug.....	12
2.1.9 Kost.....	13
2.1.10 Transport.....	13
2.2 Forskningens bidrag til sundhedsfremme som forebyggelsesstrategi.....	14
2.2.1 Supersetting: Integreret social sundhedsfremme i lokalsamfund	16
2.3 Afgrænsning	17
3.0 Metodiske valg og refleksioner.....	19
3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	19
3.1.1 Kritisk teori.....	19
3.1.2 Kritisk hermeneutik	20
3.1.3 Diskursteori	21
3.1.4 Specialets ontologiske og epistemologiske ståsted	22

3.2 Specialets metode	23
3.2.1 Policyanalyse	25
3.2.1.1 Valg af politik	25
3.2.1.2 What's the problem represented to be?	26
3.2.2 Semistrukturerede interviews med boligsociale medarbejdere og seniorforsker Paul Bloch.....	30
3.2.2.1 Interviewguide	32
3.2.2.2 Interviewsituationen.....	33
3.2.2.3 Transskription	35
3.2.2.4 Analysestrategi.....	35
3.2.2.5 Verifikation	36
3.2.2.6 Rapportering	37
3.2.2.7 Ethiske overvejelser i specialet	37
4.0 Teori.....	40
4.1 Den socio-økologiske model.....	40
4.1.1 Determinanter for social inequity	42
4.2 Wackerhausens åbne sundhedsbegreb	44
5.0 Analyse	46
5.1 Analyse af <i>Sunder liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år</i> ..	46
5.1.1 Spørgsmål 1. Hvordan bliver problemet fremstillet i den konkrete politik?	46
5.1.2 Spørgsmål 2. Hvilke formodninger eller antagelser ligger til grund for denne fremstilling af problemet?	47
5.1.2.1 Nøglebegreber.....	47
5.1.2.2 Dikotomier	51
5.1.2.3 Kategorier	52
5.1.3 Spørgsmål 3. Hvordan er denne fremstilling af problemet opstået?	53
5.1.3.1 Fremvæksten af sundhedsfremme.....	54
5.1.3.2 Dansk forebyggelsesudvikling og danske folkesundhedsprogrammer	56
5.1.3.3 Statistisk fundament for <i>Sunder liv for alle</i>	59
5.1.3.4 Sammenfatning af 'Hvordan er denne fremstilling af problemet opstået?'	61

5.1.4 Spørgsmål 4. Hvad ses som uproblematisk ved denne fremstilling af problemet? Hvad bliver der tiet omkring? Kan problemet fremstilles anderledes?.....	61
5.1.5 Spørgsmål 5. Hvilke effekter producerer denne fremstilling af problemet?	64
5.1.6 Spørgsmål 6. Hvordan og hvor er denne fremstilling af problemet produceret, formidlet og forsvaret? Hvordan kan der sættes spørgsmålstejn ved fremstillingen, hvad kan forstyrre den eller erstatte den?	65
5.2 Delkonklusion	68
5.3 Analyse af interviews med boligsociale medarbejdere og seniorforsker Paul Bloch	69
5.3.1 Sundhedsdiskurser	69
5.3.2 Sundhed gennem det sociale arbejde	74
5.3.3 Partnerskaber	79
5.4 Delkonklusion	82
6.0 Diskussion.....	83
6.1 Sundhedsbegrebernes implikationer for sundhedsfremmende arbejde og reduktion af social ulighed i sundhed	83
6.1.1 Partnerskaber	86
6.2 Relevansen af at kritisere ‘verdens bedste velfærdssamfund’	87
6.3 Retrospektiv refleksion	89
7.0 Konklusion.....	92
8.0 Perspektivering	94
Litteraturliste.....	97
Bilagsliste.....	103

1.0 Baggrund

Samfundets interesse for sammenhængen mellem menneskers sundhedstilstand og deres sociale og materielle vilkår går langt tilbage i historien. I Danmark blev forholdene tydelige, da indflytningen til byerne tog fart. I 1850'erne blev der derfor sat fokus på boligforholdenes ødelæggende indvirkning på de fattiges helbred, og de første initiativer til at forbedre forholdene blev taget (Engberg, 1999). I 1891-92 kom Danmarks første egentlige velfærdslovgivning, som førte til økonomisk støtte til handicappede og tilskud til private sygekasser, som garanterede medlemmerne fri lægehjælp og sygedagpenge. Således havde man allerede i sidste del af 1800-tallet opmærksomhed på at reducere de sociale og økonomiske følger, som sygdom og ulykker havde for de ramte og deres familier (Diderichsen et al. 2011: 12f). I 1930'ernes Danmark bekymrede man sig om stagnerende folketal og dermed om børnefamiliernes materielle vilkår, fødselstallene og børnenes høje og socialt skævt fordelte dødelighed. Bekymringerne ledte til lovgivning om sundhedsplejersker og mødrehjælp. Disse historiske eksempler viser, at allerede inden den egentlige velfærdsstat blev skabt, var der opmærksomhed på sociale problemstillinger som årsag til udvikling af sygdom. Ligeledes var der opmærksomhed på, at sygdom medførte en række sociale konsekvenser. Sociale årsager til og konsekvenser af sygdom har hermed været et centralt politisk emne i Danmark i mange år (ibid.).

Springer vi frem i tiden til 2007, skete der med kommunalreformen en gennemgribende ændring af den offentlige sektor i Danmark. Reformen ændrede ansvars- og opgavefordelingen på sundhedsområdet mellem stat, regioner og kommuner. Kommunerne overtog et stort ansvar i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme, og det fremgår af Sundhedsloven, at:

“Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlig for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient.” (Sundhedsloven, LBK nr. 903, 2019, §3)

Alligevel ved vi, at adgangen til sundhed ser anderledes ud i praksis for mange borgere. Både den sociale ulighed i sundhed og uligheden i dødelighed været stigende gennem de sidste 30 år i Danmark (Andersen et al., 2020; Diderichsen et al., 2011: 7). Internationalt gælder det, at lande

med lav økonomisk ulighed har lav gennemsnitlig dødelighed. Danmark er dog en undtagelse fra denne tendens. I Danmark er den økonomiske ulighed lav, mens uligheden i dødelighed er bemærkelsesværdig høj (Diderichsen et al., 2011: 7). Dette paradoks var formentlig medvirkende til sundhedsmæssig og samfundsmæssig marginalisering af ca. 20 pct. af befolkningen, for første gang blev italesat af det offentlige i Middellevetidsudvalgets analyser fra 1994 (Kamper-Jørgensen, 2011: 54f). Ligeledes har problemstillingen været medvirkende til, at Danmark gennem mange år har formuleret sundhedspolitiske mål om både at forbedre folkesundheden og at reducere den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen et al., 2011: 7). Sundhedsstyrelsen har arbejdet med sidstnævnte ved blandt andet at gå i dialog med myndigheder og målrette informationsmateriale, der kan få social ulighed i sundhed på den kommunalpolitiske dagsorden (ibid.). Men trods både politisk opmærksomhed gennem 30 år og sundhedsmyndighedernes bestræbelser, viser den nationale sundhedsprofil for 2017, at det fortsat er de lavest uddannede borgere, der ryger mest, er mindst fysisk aktive og er mest overvægtige i forhold til borgere med en lang videregående uddannelse (Jensen et al., 2018: 5ff). I det hele taget lever socialt udsatte i Danmark betydelig kortere og er langt mere syge end resten af befolkningen (Sandø et al., 2013: 10; Vilhelmsen, 2016: 1). Årsagerne hertil skal findes i en række problemstillinger. Hverdagen som udsat er ofte forbundet med utryghed og stress. Ofte har udsatte borger nedsat evne til egenomsorg og for lidt overskud i hverdagen til at løse sociale og sundhedsmæssige problemstillinger. Som konsekvens af dette, lider de ofte af en eller flere sygdomme. Samtidig bidrager helbredsproblemerne til, at overskuddet til at forbedre den sociale situation forsvinder (Sandø et al., 2013: 10).

Skal man lykkes med at knække kurven for social ulighed i sundhed i Danmark, peger forskningen på, at det er nødvendigt med kombinerede indsatser, der retter sig mod sundhedsfaglige problemstillinger såvel som mod de bredere sociale, miljømæssige, økonomiske og kulturelle determinanter for sundhed. Således bør indsatser med henblik på at reducere social ulighed i sundhed faciliteres i skoler, hjemme, på arbejdspladser og i lokalsamfundet. Kort sagt der hvor hverdagslivet foregår, fordi det er disse arenaer, som er bestemmende for livsstil og derfor også sundhedsadfærd (Bak et al., 2020; Diderichsen et al., 2011; WHO, 1986). Alligevel

har danske sundhedsstrategier gennem årene hovedsageligt haft fokus på at minimere risiko for biomedicinske sygdomsfaktorer (Andersen, 2015: 131). Der lader til at være et gab mellem forskningen på de sociale faktoreres betydning for ulighed i sundhed og hvilke sundhedsstrategier og sundhedsfremmende indsatser, der bliver ført ud i livet i Danmark. Modsætningsforholdet tegner et billede af, at sundhedspolitikken, og dermed sundhedsindsatserne i Danmark, er styret af andre værdier og rationaler end dem, der kom på tegnebrættet gennem Ottawa-charteret allerede i 1980'erne, og som siden har været en del af sundhedspolitikken. Vi vil som følge af dette præsentere en række begreber indenfor sundheds- forebyggelses- og sundhedsfremmefeltet og vidensparadigmer indenfor sundhedsfeltet og sundhedsfremme som strategi, før vi endelig vil skitsere vores problem og præsentere specialets problemformulering.

1.1 Sundhed, forebyggelse og sundhedsfremme

Allerede i 1946 definerede World Health Organization (WHO) sundhed som *”a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”* (WHO, 1946: 1). I denne definition omfatter sundhed både livskvalitet, velvære samt fravær af sygdom og er påvirket af både livsstil og levevilkår. Det er denne forståelse af sundhed, som et positivt og bredt begreb, specialet tager afsæt i. I modsætning til dette sundhedsbegreb findes den biomedicinske forståelse af sundhed, som er funderet i risikotænkning, hvor man ønsker at undgå faktorer, som fører til sygdom (Andersen, 2015: 105f). Når vi i specialet tilslutter os det brede sundhedsbegreb, betyder det ikke, at vi afviser det biomedicinske sundhedsbegreb. Derimod ønsker vi at nuancere forståelsen af sundhed samt argumentere for et udvidet sundhedsbegreb. I tæt relation til sundhedsbegreberne ligger forståelser af hvordan folkesundheden bedst forbedres. I den forbindelse skelnes der mellem (sygdoms-)forebyggelse og sundhedsfremme. Begge begreber blev defineret i dansk kontekst af Sundhedsstyrelsen i 2005:

Forebyggelse defineres her som sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre udviklingen af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden (Sundhedsstyrelsen, 2005: 14).

Sundhedsfremme defineres som sundhedsrelaterede aktiviteter, rammer og processer, der fremmer den enkeltes sundhed og folkesundheden (Sundhedsstyrelsen, 2005: 17). Den faglige diskussion om sundhedsfremme har i høj grad været præget Ottawa-charteret om health promotion fra 1986, der fokuserer på sundhed og rammer og forudsætninger for, at sundhed kan fremmes (WHO, 1986).

1.1.1 Viden og evidens i forebyggelse og sundhedsfremme

Når der tales vidensdannelse indenfor sundheds- forebyggelse- og sundhedsfremmefeltet, sondres der gerne mellem to begreber. Først et patogenetisk begreb, der orienterer sig imod forebyggelse samt reduktion af sygelighed og dødelighed. Dette begreb knytter an til det biomedicinske sundhedsbegreb præsenteret i forrige afsnit. Det andet begreb er det salutogenetiske, der retter sit fokus på styrkelse af sundhed og livsduelighed. Dette kan sættes i sammenhæng med det brede sundhedsbegreb og sundhedsfremme, også beskrevet i forrige afsnit. Det patogenetiske begreb lægger op til dokumenteret, evidensbaseret viden, hvor der henvises til statistiske sandsynligheder og risikokalkuler på befolkningsniveau. Denne form tager ikke i sit grundlag hensyn til sociale faktorer, som levevilkår og arbejdsforhold. Hvorimod det salutogenetiske perspektiv har fokus på at fremme udviklingen af individers sundhedsadfærd, blandt andet gennem at tage hensyn til den enkeltes ressourcer, muligheder og lyst til at leve et sundt liv. Netop derfor er det svært at påvise statistisk dokumentation for den konkrete kliniske praksis og afgørelse når det kommer til sundhedsfremme (Kristensen, 2014: 30). Det er således omstridt, hvad der er sikker viden om sundhed, og hvad der bestemmes om sundhed. Dette fordi sundheden har mange facetter, blandt andet en videnskabelig, moralsk og æstetisk værdi. Dermed opstår kamp om hvilke former for viden, der bliver brugt som baggrund for en bestemmelse af sundhed og derfor også forebyggelse og sundhedsfremme (Kristensen, 2014: 36).

1.2 Sundhedsfremme som forebyggelsesstrategi

Som strategi fungerer sundhedsfremme både som en kritik af de tidligere forebyggelsesstrategier og en fortsættelse af dem. Denne tvetydighed har resulteret i, at de to begreber, patogenese og salutogenese, kan anskues som to strategiske perspektiver på sundhedsfremme, og derigennem reproduceres spændingsforholdet mellem forebyggelse og sundhedsfremme (Kristensen, 2014: 34). En patogenestisk sundhedsfremme bliver imidlertid beskyldt for, i selve sit perspektiv og i sin vidensform, at være *“alt for fixeret på dét, der gør folk syge”* (ibid.). Dette perspektiv har derfor ikke blik for, hvad der fremmer og styrker individers sundhed, robusthed og livskvalitet og bliver i sin søgen efter kvantitative data og evidens, blind for de kvalitative momenter, der holder mennesker sunde, raske og livsduelige. Ligeledes mangler denne form sans for hvad, der kan mobilisere eksistentielle eller fysiologiske modstandsressourcer, i bestemte situationer over for bestemte usunde påvirkninger (Kristensen, 2014: 34ff).

Idéhistoriker Jens Erik Kristensen fremsætter i sit kapitel *Forebyggelse og sundhedsfremme i vidensamfundet – om grænser for evidensbaseret forebyggelse* en påstand om, at sundhedsfremme tænkes i et patogenetisk perspektiv i de danske sundhedsstrategier. Her vil man 'forebygge gennem sundhedsfremme' og håber at gøre det gennem en stadig bedre dokumenteret viden om risici, hvor evidens i sig selv er handlingstilskyndende (Kristensen, 2014: 34ff). Det er blandt andet denne påstand, vi ønsker at undersøge i indeværende speciale. Derudover ønsker vi at sætte fokus på det nævnte forhold mellem dansk sundhedspolitik og tilgængelig viden om de sociale faktorerens betydning for sundhed, og ikke mindst dets betydning for ulighed i sundhed. Vi ønsker at belyse, hvordan forskellige forståelser af sundhedsbegrebet får indflydelse på sundhedsfremmende indsatser. Herigennem ønsker vi ligeledes at diskutere, hvilke implikationer sundhedsbegreberne har for den stadig voksende sociale ulighed i sundhed.

Undersøgelsen skal udføres med udgangspunkt i en policyanalyse af sundhedspolitikken *Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år* efter Carol Bacchis' model *What's the problem represented to be?*. Denne er gældende fra 2014 til 2024 og er Regeringens forebyggelsespolitik, der skal bidrage til *”at danskerne får mulighed for at leve flere gode leveår*

og at mindske den øgede ulighed i sundhed” (Regeringen, 2014: 4). I udformningen af denne defineres et bestemt problem, hvorpå politikken skal fungere som løsningen. På denne måde er politikken rammesættende for samfundsdiskursen om, hvad sundhed er, og hvordan dette opnås (Béland, 2019: 282), hvilket gør den relevant at undersøge i vores speciale. Med henblik på nuancere denne diskurs, samt indhente et blik på sundhedsfremmende arbejde fra en social vinkel, inddrages boligsociale medarbejdere, der udfører socialt arbejde i Tingbjerg i København. Disse arbejder således ikke direkte med sundhed, men deres arbejde taler i høj grad ind i det brede sundhedsbegreb og de bredere sociale, miljømæssige, økonomiske og kulturelle determinanter for sundhed, hvilket gør dem relevante i vores speciale. Der er et forskningsbaseret samarbejde mellem parter fra boligområdet og Steno Diabetes Center Copenhagen (herefter Steno), hvorfor ovenstående suppleres med et interview med seniorforsker Paul Bloch fra Steno. På denne måde ønsker vi, at indhente syn på sundhed og sundhedsfremme både fra det politiske felt, det sociale praksisfelt og forskningsfeltet.

I det nedenstående kapitel, *Problemfelt*, vil vi uddybe en række perspektiver fra forskningen med relevans for problemstillingen. Forinden vil vi dog præsentere problemformuleringen, for på den måde at klargøre vores retning i specialet.

1.3 Problemformulering

Hvilke sundhedsbegreber konstrueres, i henholdsvis *'Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år'* og af boligsociale medarbejdere i Tingbjerg? Hvilke implikationer får disse sundhedsbegreber for sundhedsfremmende arbejde og reduktion af social ulighed i sundhed i Danmark?

2.0 Problemfelt

Der er indenfor det forskningsbaserede sundhedsfremmende felt en retning for, hvilken tilgang der bør være i sundhedsstrategier og -politikker. Dermed er der også en bestemt holdning til begrebet sundhed, og hvad begrebet betyder. I følgende afsnit præsenteres de sociale determinanter for sundhed, samt nogle udvalgte perspektiver fra nyere forskning, der bevæger sig i det sundhedsfremmende felt. Denne forskning har bl.a. fokus på hvilken betydning de sociale determinanter for sundhed har, samt hvilke strategier der bør anvendes i udarbejdelsen af de politikker, der skal lægge til grund for sundhedsarbejde i en kommunal kontekst.

2.1 De sociale determinanter for sundhed

Sociale, økonomiske samt miljømæssige forhold og forandringer er af stor betydning for befolkningens sundhed og har stor betydning for den sociale ulighed i sundhed. I rapporten *The Solid Facts* (2003) fra World Health Organization (WHO), demonstreres det, hvordan de sociale determinanter for sundhed spiller ind på individets sundhed og synliggør samtidig årsagssammenhænge bag sundhedsadfærd. Der fastlægges ti sociale determinanter for sundhed, som dækker over *den sociale gradient, stress, starten på livet, social eksklusion, job, arbejdsløshed, social støtte, misbrug, kost og transport* (Wilkinson & Marmot, 2003: 7ff). WHO's Social Determinants of Health Commission arbejdede videre med årsagssammenhænge i rapporten *Closing the Gap in a Generation* fra 2008 og etablerer i den forbindelse begrebet *the causes of the causes*. Årsagerne til årsagerne et konceptuelt rammeværk for en fundamental global og national struktur i det sociale hierarki og i de betingelser for individets hverdagsliv, der er bestemt af de sociale determinanter (WHO, 2008: 42). Årsagerne til årsagerne skal findes i de følger, der kan opstå, hvis ikke de sociale determinanter for sundhed er opfyldt tilfredsstillende. Sundhed er i høj grad influeret af de strukturer, der er i et samfund. De strukturer ses desuden som fundamentet for de generelle socioøkonomiske forhold. Disse er under indflydelse af et bredt spektrum af politiske områder, men relevante at inkludere på det sundhedspolitiske område. Det at være fattig, arbejdsløs, socialt ekskluderet eller stigmatiseret har indvirkning på, om individet har et liv med komplet fysisk, mental og social trivsel og ikke udelukkende et liv med fravær af sygdom. De sociale determinanter for sundhed har dermed indvirkning på individets liv og den ulighed i sundhed, der ses i den brede befolkning. Individet

er desuden afhængigt af sociale relationer hele livet igennem, og følelsen af at være værdsat og anerkendt er essentiel (Wilkinson & Marmot, 2003 7ff). De sociale determinanter for sundhed og deres forskellige betydninger for sundhedsadfærd og sundhedstilstand bliver med dette relevante faktorer for indeværende speciale, hvorfor de vil blive skitseret kort i det følgende.

2.1.1 Den sociale gradient

Jo længere nede på den socioøkonomiske skala man befinder sig, jo kortere er ens forventede levetid, og jo større er risikoen for at blive ramt af alvorlig sygdom eller dø for tidligt sammenlignet med dem, der befinder sig længere oppe på den socioøkonomiske skala. Den sociale gradient er blandt andet betinget af boligforhold og økonomiske forhold (Wilkinson & Marmot, 2003: 10f).

2.1.2 Stress

Stress hænger oftest sammen med sociale og psykiske omstændigheder og defineres ud fra individets følelse af at høre til, være en del af noget og blive værdsat. Jo lavere man befinder sig på den socioøkonomiske skala, jo mere udbredt er stressfulde situationer. Kroppen er i stand til at klare midlertidig stress, mens langvarig stress har sociale og sundhedsmæssige konsekvenser for individet og dermed samfundet (Wilkinson & Marmot, 2003: 12f).

2.1.3 Starten på livet

Fundamentet for sundhedsadfærd og sundhed i voksenlivet lægges under graviditeten og i den tidlige barndom. Dårlige forhold under graviditeten, eksempelvis ikke-varieret kost, stress, rygning, alkohol- eller stofmisbrug og inaktivitet kan føre til underudvikling af fosteret, hvilket udgør en risiko for sundheden senere i livet. I barndommen udvikles kognitive, følelsesmæssige samt sensoriske evner og dårlig stimulering heraf kan have konsekvenser for uddannelsesniveaue gennem livet. Desuden er der højere risiko for social marginalisering i voksenalderen (Wilkinson & Marmot, 2003: 14).

2.1.4 Social eksklusion

Social eksklusion kommer ofte af fattigdom og relativ deprivation og har en stor indvirkning på individets sundhed og konsekvenser, der kan føre til for tidlig død. Social eksklusion påvirker livskvaliteten og er ofte forårsaget af diskrimination samt stigmatisering, derfor gælder dette især for minoritetsgrupper i samfundet (Wilkinson & Marmot, 2003: 16).

2.1.5 Job

Det at have et job er vigtigt for sundheden, da det medfører en række positive konsekvenser for individet. Herunder blandt andet lønindtægt og en følelse af at have kontrol over sit liv. Samtidig er det at have et job identitetsskabende og har en positiv indflydelse på individets psykosociale miljø, som videre har en betydning for den sociale gradient. Ydermere kan manglende kontrol over sin arbejdssituation medføre arbejdsrelateret stress, der øger risikoen for sygdom (Wilkinson & Marmot, 2003: 18f).

2.1.6 Arbejdsløshed

De sundhedsmæssige virkninger af arbejdsløsheden er knyttet både til psykologiske faktorer og de økonomiske problemer arbejdsløshed medfører. Negative effekter på sundhedstilstanden starter allerede, når individet føler, at deres job er truet og således allerede før, arbejdsløsheden rammer. Den angst og usikkerhed, der ligger i ikke at have et job, har konsekvenser, der rækker ind i både de sociale og sundhedsmæssige aspekter i livet (Wilkinson & Marmot, 2003: 20f).

2.1.7 Social støtte

Det at have et socialt netværk eller føle et gensidigt tilhørsforhold til sit samfund giver følelsen af at være værdsat og anerkendt. Gode sociale netværk kan være med til at præge og opmuntre til sundere adfærd og har dermed en omfattende indvirkning på individets sundhed. Individet, der ikke oplever særlig meget social kontakt, har blandt andet større risiko for at udvikle komplikationer i forhold til fysisk og mental sundhed. Desuden medfører manglende social støtte og manglende tiltro til ens omgivelser social eksklusion og isolation (Wilkinson & Marmot, 2003: 22).

2.1.8 Misbrug

Misbrugs årsagssammenhæng går to veje. Misbrug kan være en måde at dulme smerter, der er forårsaget af dårlige sociale og økonomiske betingelser, og omvendt fører misbrug samtidig til, at individet bevæger sig længere ned på den socioøkonomiske skala og dermed sættes i en yderligere dårlig social og økonomisk situation. Misbrug har dermed konsekvenser for den sociale gradient. Misbrug inkluderer her både alkohol, cigaretter og hårdere stoffer (Wilkinson & Marmot, 2003: 24f).

2.1.9 Kost

Sund og varieret kost, samt adgangen til dette, er centralt for at fremme en sund krop og god velvære. For meget og for usund kost kan føre til fedme og udvikling af livsstilssygdomme, hvorimod en ikke tilstrækkelig mængde mad fører til underernæring. God økonomi og kendskab til den rigtige sammensætning af kost er en forudsætning for kvaliteten af den kost, man indtager (Wilkinson & Marmot, 2003: 26).

2.1.10 Transport

Fysisk aktivitet og øget bevægelse som transport i hverdagen fører til en bedre social- og sundhedsmæssig tilstand. Fysisk aktivitet er medvirkende til at bremse udvikling af fysisk og psykisk sygdom og samtidig fremme en følelse af velvære. Adgangen til områder, hvor det er muligt at være fysisk aktiv eller bevæge sig, er, i lokale boligområder, med til at øge de sociale interaktioner mellem mennesker, der i sidste ende kan bidrage til en reduceret følelse af isolation og ensomhed (Wilkinson & Marmot, 2003: 29).

The Solid Facts forsøger med ovenstående at synliggøre kompleksiteten og udfordringerne, der ligger i at skulle arbejde med de sociale determinanter for sundhed. Samtidig synliggøres udfordringerne i at udforme politikker, som lykkes med at reducere social ulighed i sundhed. I den forbindelse er det ikke tilstrækkeligt, at dette arbejde kun sker på det sundhedspolitiske område. Hensyntagen til de sociale determinanter for sundhed er i lige så høj grad et vigtigt element i f.eks. finansielle- og sociale politikker. Vi vil præsentere nogle blikke på, hvordan der kan tages hensyn til dette i sundhedspolitik, samt nogle centrale pointer om målgruppen for sundhedspolitikker, og hvordan det påvirker social ulighed i sundhed. Slutteligt vil vi præsentere en tilgang til at integrere de nævnte overvejelser i det konkrete sundhedsfremmende arbejde. I

afsnittet vil der løbende blive argumenteret for og reflekteret over, hvordan dette relaterer sig til vores speciale.

2.2 Forskningens bidrag til sundhedsfremme som forebyggelsesstrategi

WHO er fortalere for brugen af flerstrengede strategier indenfor sundhedsarbejdet i den offentlige sektor og i særdeleshed den kommunale sektor. Flerstrengede strategier er en aktiv måde at arbejde ud fra det brede sundhedsbegreb og inkludere de sociale determinanter for sundhed i sundhedstiltag, for derved at kunne omsætte disse til handlinger. Ved at adressere de grundlæggende årsager til forringet sundhed kan den sociale ulighed i sundhed på den måde reduceres. De flerstrengede strategier beror sig på at skabe en ramme for samarbejde på tværs af sektorer og mellem sektor, borger og civilsamfund. Dette skal ske gennem inddragelse af og samarbejde mellem mange aktører. Dette kan ses som et integreret og dynamisk samarbejde mod et fælles mål om at gøre sundhed relevant i alle områder af politik (Kickbusch & Gleicher, 2012: 51). Det brede sundhedsbegreb kalder således på mangefacetterede og brede løsningsmuligheder i mange dele af den offentlige sektor, der skal ske gennem tværdisciplinære og horisontalt orienterede tilgange (Kickbusch & Gleicher, 2012: ix).

Professor i sundhedsfremme, Elisabeth Fosse, mener, at den bedste måde at reducere social ulighed i sundhed på er at tage udgangspunkt i og hensyn til den sociale gradient i udformningen af sundhedspolitik og i selve sundhedsarbejdet. Som nævnt, refererer den sociale gradient i ulighed i sundhed til det forhold, der er mellem sundhedsmæssige og sociale omstændigheder og medvirker til at påvise, hvordan sundheden bliver forringet jo længere ned af den socioøkonomiske skala, man bevæger sig (Fosse et al., 2018: 47). Fosse argumenterer for, at gradienttilgangen kombinerer brede universelle mål med strategier, der er tilpasset dårligt stillede befolkningsgrupper. Udover dette gør gradienttilgangen det også nødvendigt, at have fokus på upstream determinanterne for social ulighed i sundhed i sundhedspolitik. Upstream determinanterne er bl.a. indkomst, uddannelsesbaggrund samt leve- og arbejdsforhold. Disse vil blive uddybet i specialets teorikapitel (jf. 4.1). Fosse mener, at strategier, der er rettet specifikt og udelukkende mod borgere med lavere socioøkonomisk status, medfører, at den sociale ulighed i sundhed paradoksalt nok stiger. Dette fordi, der fokuseres på gabet mellem de socioøkonomiske grupper og ikke gradienten (ibid.). Derudover tydeliggøres behovet for at arbejde ud fra

tilgangen *Health in All Policies* for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Dette er en strategi, der på et organisatorisk plan søger at tage højde for samfundets kompleksitet. Der fokuseres på samarbejdet mellem sektorerne, offentlige og private, for at skabe positive rammer for de sociale determinanter for sundhed (Fosse et al., 2018: 48). Indenfor *Health in All Policies* varetages ansvaret for folkesundheden ikke kun af sundhedssektoren, men der påpeges, at interventionerne skal finde sted på et overordnet samfundsmæssigt plan. Samfundet har dermed et stort ansvar for borgernes sundhed, ansvaret ligger ikke alene på borgeren selv.

Professor på Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet, Signild Vallgård, er også interesseret i idéen om den sociale gradient. Gennem undersøgelse af, hvordan social ulighed i sundhed takles i forskellige sundhedspolitikker, kommer Vallgård frem til to fremtrædende typer af tilgange. Der findes *universal policies*, der har hele befolkningen som mål for de præsenterede tiltag, dette ved at sikre at velfærdsservicer og fordele heraf er tilgængelige for alle borgere. En anden tilgang er *residual policies*, der har en udvalgt del af befolkningen, en minoritet, som det primære mål. Sidstnævnte type af politikker baseres på en beslutningstagen om hvem, der skal være mål for tiltagene og dermed får gavn af tiltagene. Oftest vil det være dem, der er placeret lavt på den socioøkonomiske skala. Dette trækker tråde tilbage til Fosses pointe om, at der i sundhedsfremmende tiltag bør tages hensyn til den sociale gradient, da også Vallgård argumenterer for, at social ulighed i sundhed påvirkes af alle socioøkonomisk klasser, ikke kun dem med en lavere socioøkonomisk status. Dermed skal indsatser, der forsøger at reducere den sociale ulighed i sundhed, være rettet mod hele befolkningen og hele den socioøkonomiske skala. Samtidig pointerer Vallgård dog vigtigheden af et fortsat forøget fokus på dem, der er lavest på den socioøkonomiske skala (Vallgård, 2010: 495). Strategier som udelukkende henvender sig til borgere, der er langt nede på den socioøkonomiske skala, omtaler Vallgård som høj-risiko strategier. Disse kan potentielt blive skruet uden ende, fordi der ikke inkluderes indsatser, der forhindrer borgere at falde på den socioøkonomiske skala og dermed ende i gruppen med lavest socioøkonomisk status (Vallgård, 2010: 496).

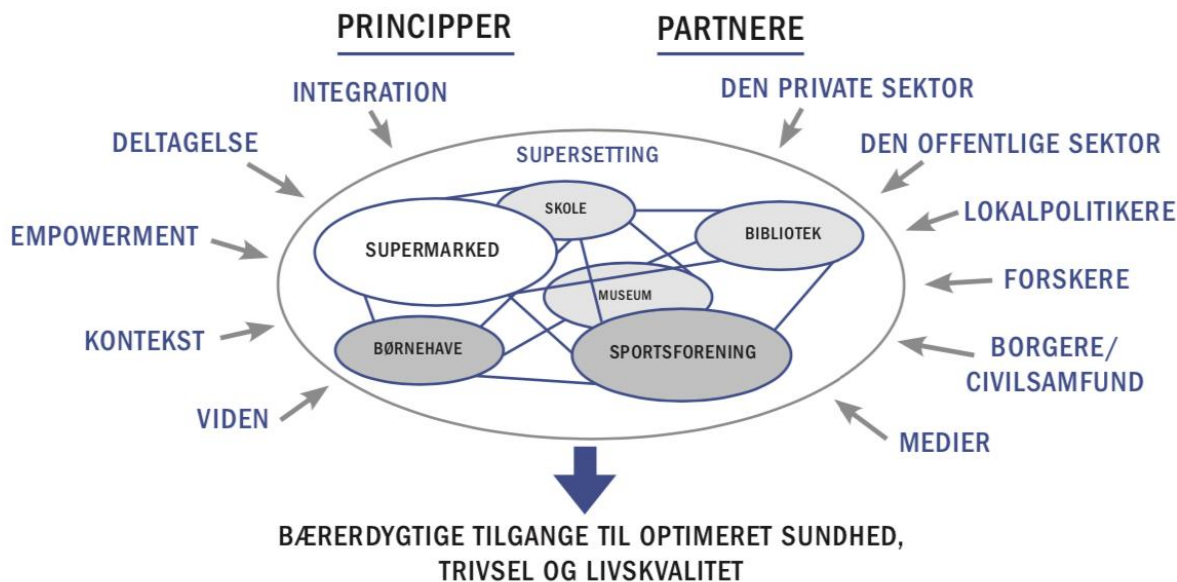
Gennem ovenstående er altså både Fosse og Vallgård enige om, at politikker bør udformes med udgangspunkt i gradienttilgangen, også kaldet *universal policies*. Derudover argumenterer de begge for at følge den tidligere præsenterede tese om, at kun ved at lægge det brede

sundhedsbegreb til grund, samt integrere alle de sociale determinanter for sundhed i alle velfærdspolitikker, kan den sociale ulighed i sundhed reduceres. Når dette er etableret i nationale politikker, giver det kommunerne de rette rammer og dermed muligheden for at påtage sig ansvaret for at varetage alle de sociale determinanter for sundhed i deres lokale velfærdspolitikker.

2.2.1 Supersetting: Integreret social sundhedsfremme i lokalsamfund

Supersettingtilgangen er en konkret tilgang eller metode til at gennemføre koordinerede indsatser i multiple settings, f.eks. i et lokalområde. Denne tager bl.a. afsæt i Ottawa-charterets strategier for sundhedsfremme og dets anvisning af en settingbaseret tilgang til intervention.

Supersettingtilgangen specificerer værdier og principper, som bidrager til at sikre integration, lokalt ejerskab og bæredygtighed. Tilgangen er relevant at inddrage i vores speciale, da den har været i brug i Tingbjerg under navnet ‘Tingbjerg Changing Diabetes’ siden 2014 og derfor er i anvendelse i den kontekst vores informanter arbejder i. Indenfor supersettingtilgangens ramme har indsatsen i Tingbjerg fokus på sociale fællesskaber, maddannelse og fysisk aktivitet. Målet med indsatsen er at skabe trivsel, fremme det gode, sunde liv og derigennem forebygge type 2 diabetes blandt Tingbjergs beboere (Tingbjerg Changing Diabetes, 2020).



Kilde: Bloch & Jensen, 2016: 397

Tilgangen er udviklet af en række forskere fra Steno og rummer de ovennævnte perspektiver på de sociale determinanter for sundhed og ulighed i sundhed (Bloch & Jensen, 2016: 389). Supersettingtilgang søger altså at forbedre sundheden gennem koordinerede forebyggende-, sundhedsfremmende og sociale aktiviteter ved at inkludere forskellige 'settings' i et lokalsamfund. 'Settings' refererer her til f.eks. skole, børnehave, bibliotek, idrætsforeninger, supermarked, restauranter, museum eller lignende i et lokalsamfund (Bloch & Jensen, 2016: 393). Tilgangen bygger på at optimere og anvende de ressourcer, der allerede er tilstede i lokalsamfundet gennem at styrke sociale netværk og lokalt ejerskab. Dette bliver sammen med individernes ressourcer de styrende elementer for de sociale aktiviteter. Supersettingtilgangen er baseret på fem principper, der skal være opfyldt for, at aktiviteter kan indgå i denne tilgang. Første princip beror sig på aktiv deltagelse både fra samfundet og individet. Princip nummer to handler om integration af arenaer, aktører og beboere. Tredje princip baserer sig på inddragelse af handlekompetencer, der medfører læring og mestring hos individet. Princip nummer fire beskriver vigtigheden af inddragelse af kontekst. Aktivitet skal altså tilpasses det hverdagsliv og den livssituation, der er aktuel for den kontekst, der arbejdes i. Sidste princip er grundlæggende for alle ovenstående og beskriver, hvordan alle aktiviteter, der udvikles indenfor denne tilgang, skal være have grundlag i forskningsbaseret viden baseret på en gængs interdisciplinær videnskabelig tilgang (Bloch et al., 2014).

2.3 Afgrænsning

Ovenstående problemfelt skal ses som vigtige nedslagspunkter, der er relevante at have in mente gennem specialet. Disse danner baggrund for vores undersøgelse af, hvilke implikationer der skabes i den udlægning af sundhedsbegrebet, vi finder i dansk sundhedspolitik. Desuden skal dette anvendes til videre undersøgelse af, hvordan sundhedsfremmende arbejde udføres med udgangspunkt i ovenstående i et lokalt boligområde. Dog har vi valgt at have mest fokus på undersøgelse af sundhedsbegreberne og berører derfor inddragelsen af den sociale gradient i mindre grad. Afsnittet er derimod inddraget som en del af belysningen af problemet, og fordi vi ser dette som en central pointe i udformningen af sundhedspolitik og reduktion af social ulighed i sundhed. Vi har samtidig afgrænset os fra at behandle, hvordan beboerne i Tingbjerg forholder sig til det sundhedsfremmende arbejde, som finder sted i deres lokalområde. Dette selv om det

sundhedsfremmende resultat for borgerne er centrum for vores interesse i både sundhedspolitik og sundhedsfremme i lokale kontekster.

3.0 Metodiske valg og refleksioner

I det følgende kapitel vil specialets videnskabsteoretiske afsæt og metodologi præsenteres. Her ønsker vi at give en indføring i specialets metodiske proces og tydeliggøre refleksioner samt de til- og fravalg, vi har foretaget undervejs. I det første afsnit af kapitlet vil vi redegøre for de videnskabsteoretiske overvejelser, der har haft betydning for, hvordan vi er gået til specialet. Efterfølgende afsnit, *Specialets metode*, har til formål at skitsere, hvordan vi praktisk har gået frem for at generere viden.

3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Vi har ladet os inspirere af to videnskabsteoretiske retninger i vores proces. Første afsnit omhandler kritisk teori, som vi er inspireret af, idet specialet har et emancipatorisk sigte. I andet afsnit skal kritisk hermeneutik inddrages, idet vi bringer vores egen forforståelse i spil i udarbejdelsen af analyse og diskussion. Derefter følger en beskrivelse af, hvordan vi forholder os til diskursbegrebet. Sidst i afsnittet findes en beskrivelse af vores ontologiske og epistemologiske ståsted.

3.1.1 Kritisk teori

Kritisk teori er opstået på baggrund af en grundlæggende opfattelse af, at samfundsvidenskaberne har et emancipatorisk sigte, og kritik er således forankret i et normativt ideal. Kritisk teori har derfor en særlig interesse for forholdet mellem *er* og *bør*. Indenfor kritisk teori er videnskabens rolle ikke bare at blotlægge og forklare virkeligheden, men også at bidrage til at forandre den (Juul, 2012: 319ff). Dette videnskabsteoretiske afsæt bliver relevant i specialet, da vi har et normativt udgangspunkt for, hvordan vi mener sundhed *bør* forstås. Som beskrevet i de indledende afsnit, forstår vi sundhed som et positivt og bredt begreb, som rummer både livskvalitet og velvære, og som er påvirkeligt af både livsstil og levevilkår (jf. 1.1). Dette udgør vores forståelse af, hvilke antagelser som *bør* ligge til grund, når man udformer både sundhedspolitik og sundhedsfremmende indsatser. Den emancipatoriske dimension ved specialet

skal således findes i, at vi ved at undersøge og diskutere, hvordan sundhedsbegrebet forstås, begrebets *er*, bevæger vi os netop i kritikens spændingsfelt. Herigennem søger vi med specialet at argumentere for et bredt sundhedsbegreb, og dermed også med dette som udgangspunkt for forståelsen af ulighed i sundhed.

3.1.2 Kritisk hermeneutik

Hermeneutik betyder fortolkning eller fortolkningskunst. Fortolkningerne bygger ikke på nøjagtige empiriske observationer, men derimod på forskerens egen kompetence til at fortolke nye meninger og overskride et givent områdes umiddelbare forståelse (Juul, 2012: 107) Udgangspunktet for vores erkendelse er således de fordomme, vi medbringer i forståelsesprocessen, og at disse fordomme må bringes i spil og lade sig udfordre gennem den konkrete empiriske undersøgelse. Forskeren ses ikke som en udenforstående, men skal gennem at veksle mellem helhedsforståelse og delforståelse af det, som søges fortolket, være medvirkende til, at der opstår ny forståelse (Juul, 2012: 111). Indenfor hermeneutikken betragtes det derfor som en videnskabelig fejlslutning at sætte parentes om eller frasige sig sin forforståelse og fordomme i en given forståelsesproces (Juul, 2012: 121). Det særlige ved den kritiske retning af hermeneutikken er, at de fordomme forskeren medbringer til forskningen er et kritisk perspektiv. Disse fordomme må begrundes og ekspliciteres, eftersom det er forudsætningen for, at de kan anvendes i mødet med nye erfaringer (Juul, 2012: 43). I specialet udgøres vores forforståelse og det kritiske perspektiv af vores forståelse af sundhedsbegrebet, samt indholdet i *Baggrund* og *Problemfelt*. Dette skal ses som en begrundelse samt konkretisering af vores normative udgangspunkt.

Indenfor den kritiske hermeneutik tales der om 'endelighedens lov', som refererer til at den menneskelige fatteevne er bundet af historien, hvilket kan være en begrænsning for nye erkendelser. Mennesket må altså have historiske erfaringer, som danner baggrund for emancipationsinteressen. Kritiske normer er således noget, som knytter sig til vores eksistens som et historiske og samfundsforandrende væsen. Oftest vil de kritiske normer tage form som

modmagt til allerede eksisterende magt, derigennem søges der at skabe nye forståelser for en 'bedre verden' (Juul, 2012: 140f). Således søger specialet kritisk at undersøge, hvilke forståelser af sundhed og sundhedsstrategier der findes i *Sundere liv for alle - nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, med udgangspunkt i vores historiske og samfundsmæssige kontekst. Ved hjælp af inddragelse af forståelser af sundhed hos boligsociale medarbejdere og en seniorforsker på området, ønsker vi at nuancere og argumentere for et bredt sundhedsbegreb. Vores sundhedsbegreb kan ses som en modmagt til den eksisterende magt, som er, hvordan man traditionelt har udformet sundhedsstrategier i Danmark. De nye forståelseshorisonter, vi finder frem til i specialets analyse, bringes i spil med hinanden i en diskussion af, hvilke implikationer de får for sundhedsfremmende praksis og reduktion af social ulighed i sundhed. Således vil vi generere en fornyet helhedsforståelse for emnet. Da denne proces sker i henhold til vores kontekst kan vores fund ikke overføres direkte til andre kontekster, f.eks. andre politiske områder, hvor der på samme måde kan være modsætningsfyldte opfattelser af begreber og strategier.

3.1.3 Diskursteori

Diskursbegrebet lægger vægt på, at diskurser former objekter eller fænomener forskelligt, forstået på den måde, at det er af betydning, hvordan vi omtaler tingene. Diskurser skal ikke ses som en rent sproglig størrelse men refererer til en bredere betydning; en betydningshorisont eller en bestemt måde at tale om og forstå verden på. Herigennem sættes der fokus på samfundsmæssige forhold. Formålet med diskursiv vidensproduktion er ikke at generere objektiv sand viden, men nærmere at problematisere viden, der hævder at være eller fremstår som sand og objektiv (Hansen, 2012: 233ff). Selv om der ikke hersker teoretisk enighed om, hvad diskursbegrebet dækker over, kan der genfindes fire centrale pointer hos de fleste diskursanalytikere. For det første, fokuserer diskursbegrebet på mening eller betydning, i modsætning til kausalitet eller lovmæssigheder. Den mening eller betydning, som tillægges viden, vil altid være indlejret i en bestemt kontekst eller diskurs. For det andet, kan mening og sociale forhold ændres alt efter, hvilken diskursiv sammenhæng de indgår i, fordi forskellige

perspektiver fører til forskellig opfattelse af tingene. For det tredje, er der en form for strukturalisme involveret. Dette er fordi diskursanalyser påpeger, at det ikke er det enkelte individs intentioner, der afgør, hvad vi siger og gør, men nærmere bredere relationer og kontekster, som vi indgår i. På den måde kan individet blive offer for den magt, der ligger i, at der skabes en diskurs. Det er altså ikke vore egne præferencer, der afgør, hvordan vi ser på sundhed, men hvilken diskurs som er dominerende. For det fjerde, skaber en diskurs en forskel. Diskurser har således konkrete effekter og betyder noget for alt, fra vores selvopfattelse til hvordan vi handler politisk (Hansen, 2012: 235f). Diskursanalyser retter blikket mod de diskurser, der er i spil i fortolkningskonflikter mere end på selve fortolkningerne (Hansen, 2012: 237). Den gældende diskurs bestemmer, hvilke udsagn som er meningsfulde og sande, også indenfor videnskabens verden. Den herskende diskurs indenfor sundhedsvidenskaben er altså bestemmende for, hvordan sundhed forstås, og hvilke indsatser man mener virker, når man ønsker at forbedre folkesundheden og reducere ulighed. Som beskrevet i *Baggrund* (jf. 1.0), har nationale sundhedsstrategier i Danmark traditionelt baseret sig på et biomedicinsk sundhedsbegreb. Konsekvensen bliver så, at dette ses som 'sandt'. Samtidig sker der en udelukkelse af andre forståelser og perspektiver. Derfor kan diskurser, som er bestemmende for viden, ikke adskilles fra magt.

Vi ønsker at bidrage til en debat om de diskurser, der er dominerende: hvad er det for logikker, der er i spil, når der tales om sundhed? Hvor placeres ansvaret for folkesundheden og social ulighed i sundhed, hos individerne selv eller samfundet? Hvilke konsekvenser får dette for borgerne som sundhedspolitikken omfatter? Dette er bl.a. noget af det, vi ønsker at undersøge og diskutere gennem specialet.

3.1.4 Specialets ontologiske og epistemologiske ståsted

Udgangspunktet for kritisk teori er, at der findes en social virkelighed, som videnskaben har til opgave at studere og gennemskue. Hermed har kritisk teori en realistisk ontologi og ønsker ikke blot at forklare virkeligheden, men at kunne kritisere den sociale realitet. Indenfor den tredje

generation af kritisk teori er menneskelig erfaring udgangspunkt for det epistemologiske spørgsmål. Dette betyder, at vores normative ideal begrundes med henvisning til konkret menneskelig erfaring, ikke kun teoretisk. Dette epistemologiske standpunkt ser vi som meningsfuldt, netop fordi det handler om at forene en teoretisk biomedicinsk forståelse med en bredere humanistisk forståelse. Hermeneutikken opererer med en ontologi, der opfatter den sociale virkelighed som grundlæggende forskellig fra naturen. Det vil sige, at det menneskelige samfund er af en anden art, end den natur, der udforskes af naturvidenskaberne. Derfor kan disse fænomener heller ikke analyseres på samme måde (Juul, 2012: 109f). I hermeneutikkens epistemologi opfattes erkendelse af den sociale verden som en fortolkning, der ikke kan gøre krav på, at være endelig, universel eller absolut sand. I sidste ende er dette et spørgsmål om, at en fortolkning vinder anerkendelse over tid og fremstår som en troværdig og overbevisende udlægning af det fænomen, den vedrører (Juul, 2012: 110). Når viden betragtes fra et diskursteoretisk udgangspunkt, sker der en omvendning af forholdet mellem ontologi og epistemologi. Ontologien forsvinder ikke, men epistemologien er vigtigst. På denne måde tager diskursteorien udgangspunkt i, at al viden er diskursivt medieret. Vi kan således, ud fra dette syn, aldrig afdække en objektiv sandhed om det værende eller om sociale og fysiske fænomener (Hansen, 2012: 233f).

For specialet betyder ovenstående, at vi betragter menneskers sundhed som en del af en større social virkelighed og derfor som et fænomen, der ikke udelukkende kan studeres naturvidenskabeligt. Vores formål med specialet er ikke at komme frem til universel og sand viden. Den viden som fremkommer, vil afhænge af både vores evner til at fortolke og den gældende diskurs. Derudover er det vores formål at forsøge at stille spørgsmålstejn til selvsamme diskurser om sundhed.

3.2 Specialets metode

I følgende afsnit vil de metodiske overvejelser præsenteres. Vores problemformulering lægger op til undersøgelser af forskellige perspektiver på begrebet sundhed, hvilket kalder på anvendelse af

forskellige metoder til indhentning af relevant empiri. Vi har til besvarelse af problemformuleringen valgt at udføre en policyanalyse af Regeringens udgivelse *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år* (herefter *Sundere liv for alle*) og semistrukturerede interviews med boligsociale medarbejdere samt seniorforsker Paul Bloch fra Steno. Vores policyanalyse tager udgangspunkt i Carol Bacchis analysemetode ‘*What is the problem represented to be?*’. Denne vil blive præsenteret som under afsnittet *Policyanalyse*. Tilgangen til vores interviews præsenteres i afsnittet *Semistrukturerede interviews med boligsociale medarbejdere og seniorforsker Paul Bloch* og tager udgangspunkt i Steinar Kvale og Svend Brinkmanns bog *InterView*. Metodekapitlet er desuden suppleret med øvrig litteratur, som vil fremgå løbende.

Vores speciale benytter sig altså af metodetriangulering, og vi har dermed forholdt os eklektisk i vores indsamling og bearbejdning af empiri. Herved kan vi opnå et troværdigt og nuanceret billede af forskellige sundhedsbegreber, og hvordan disse begreber fremstilles i en politik, og hvordan henholdsvis en forsker og boligsociale medarbejdere forstår sundhed samt sætter ord på sundhedsarbejdet, de udfører i praksisfeltet. Ved at sammenholde vores fund fra policyanalysen og de semistrukturerede interviews ønsker vi at se på, hvordan sundhedsbegreber kan have betydning for arbejdet med den sociale ulighed i sundhed. Gennem at udforske sundhedsbegreber ved hjælp af flere metoder og flere former for empiri søger vi at opnå en større kompleksitet i specialets fund. Vores ambition er at synliggøre mere nuancerede beskrivelser af det undersøgte, men også at identificere konfliktfyldte beskrivelser. Her søges der ikke at opnå enighed mellem de forskellige empiriske fund, men derimod en fremstilling af, at dette kan være selvmodsigende. Kombinationen af metoder vil også give mulighed for refleksion over empiriens kontekstafhængighed (Fangen, 2011:186), og det bliver altså på den måde muligt at kontekstualisere vores materiale og skabe en forståelse for sammenhængen mellem de boligsociale medarbejders arbejde og herskende sundhedsbegreber og diskurser. Sundhedsbegreber kommer i mange udgaver og kan have mange facetter. Ved hjælp af vores afsæt i kritisk teori og kritisk hermeneutik søger vi at afdække disse og deres betydning for sundhedsfremmende arbejde i praksis.

Qua metodetrianguleringen, har vi også haft to tilgange i vores forskningsstrategi. Vi har både anvendt deduktiv og abduktiv tilgang. Vi har anlagt en deduktiv tilgang i vores policyanalyse. Analysen baserer sig på den kombinerede teori og metode *What is the problem represented to be?* og tager dermed udgangspunkt i eksisterende teori om problemfremstilling i politikker, der kan fremanalyseres gennem denne metode (Thagaard, 2010: 181). Analysen af de semistrukturerede interviews er inspireret af en abduktiv tilgang som metode. Denne placerer sig mellem deduktion og induktion og bruges til at fremhæve det dialektiske forhold, vi finder mellem teori og empiri. Ved den abduktive tilgang er analysen af empiri med til at udvikle ideer, og det teoretiske ståsted bidrager til, at vi forstår vores empiri (ibid.).

3.2.1 Policyanalyse

Som beskrevet i *Baggrund* (jf. 1.2) er *Sundere liv for alle* genstand for vores policyanalyse. Metoden er velegnet til at afdække holdninger og normer i en tekst samt undersøge måden, der argumenteres på (Koch, 2012: 141f), hvilket gør metoden anvendelig i vores speciale. Følgende vil vi redegøre for vores valg af politik og derefter en udførlig gennemgang af analysemodellen *What's the problem represented to be?*.

3.2.1.1 Valg af politik

I udvælgelsen af politikken har vi primært søgt på Sundhedsstyrelsens database, ved hjælp af 'sneboldmetoden' (Tanggaard & Brinkmann, 2010: 141f). Vi har fundet denne database egnet, eftersom Sundhedsstyrelsen er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark. I undersøgelsen af de fremsøgte dokumenter, har vi ved gennemlæsning først og fremmest forholdt os til specialets emne og vores problemformulering. Vi har haft et ønske om, at en national politik skulle være genstand for analysen. En landsdækkende politik er spændende for os, idet den er ment til at rumme alle danskere, uafhængigt af socioøkonomiske forhold og henvender sig bredt og til hele befolkningen. Samtidig har vi ønsket at politiken skulle være relevant og aktuel i 2020. Derfor har vi udelukket alle politikker, som ikke levede op til disse krav. *Sundere liv for alle* er udgivet i 2014 og er gældende til 2024. Hermed er dokumentet

aktuelt for nutiden og har en permanens i form af en fastsættelse af, hvor længe udspillet er gældende. En varighed på 10 år understøtter det faktum, at netop denne sundhedspolitik har kapaciteten til at forme politisk liv på en varig måde (Triantafillou, 2016: 130ff).

3.2.1.2 What's the problem represented to be?

Metoder til policyanalyse undersøger som oftest konkurrerende måder at løse problemer på, men stiller ikke spørgsmålstegn ved, hvordan 'problemet' er defineret. I modsætning til dette undersøger Bacchi med sin tilgang, hvordan 'problemer' opstår, samt hvilke implikationer en bestemt problemrepræsentation får. Hendes tilgang bygger på en præmis om, at alle politikker er 'problematiserende aktiviteter', hvori problemet bliver skabt og konstitueret gennem politik, da problemstillingerne ikke eksisterer i en defineret, tydeligt afgrænset form i sig selv. Politikker lægger således op til en diskurs, som bestemmer, hvilke 'problemer' der er gældende (Bacchi, 2009: 1f). Ved hjælp af Bacchis analytiske model muliggøres det både at undersøge, hvordan Regeringen italesætter sundhed, og hvordan problemer på sundhedsområdet bliver skabt og skal løses. Teorien giver mulighed for at belyse den bagvedliggende diskurs for sundhedspolitikken, og hvordan denne er med til at reproducere diskursen. Desuden kan modellen bruges til at finde politikkens blinde vinkler samt undersøge, hvilke konsekvenser problemrepræsentation kan medføre (Bacchi, 2009: 1). Bacchis metode består af seks spørgsmål, som vi vil redegøre for i nedenstående afsnit. Den danske oversættelse af spørgsmålene er vores egen.

3.2.1.2.1 Spørgsmål 1. Hvordan bliver problemet fremstillet i den konkrete politik?

Første spørgsmål har fokus på at tydeliggøre problemrepræsentationen i en konkret politik. For at forstå, hvad der ses som et problem, skal der kigges på, hvilke løsninger på problemet der opstilles. Sådan kan der identificeres både eksplicite og implicite problemer. Måden problemet fremstilles på medfører gerne, at der tænkes om problemet på en bestemt måde. Hermed opstår en bestemt diskurs, hvilket kan resultere i en form for 'common sense' (Bacchi, 2009: 2f). Politikker består som oftest af en række løsningsforslag på et problem, derfor indeholder de også ofte mere end en problemrepræsentation, disse kan supplere hinanden såvel som modsige hinanden. Således bliver vores centrale opgave i dette trin at identificere, hvilken

problemrepræsentation som er dominerende, ved at undersøge løsningsforslagene (Bacchi, 2009: 4).

3.2.1.2.2 Spørgsmål 2. Hvilke formodninger eller antagelser ligger til grund for denne fremstilling af problemet?

Når problemrepræsentationerne er afdækket, består den videre analyse af disse i at forholde sig kritisk ved hjælp af følgende spørgsmål: ”*Hvad er antaget? Hvad er taget for givet?*” og ”*Hvad bliver ikke spurgt ind til?*” (Bacchi, 2009: 5) Spørgsmålene lægger vægt på at synliggøre, hvilke ontologiske og epistemologiske antagelser der ligger til grund for problemrepræsentationerne. Herigennem kan vi synliggøre, hvilke konceptuelle logikker der ligger bag. For at forstå dette, skal de dybtliggende kulturelle og historiske værdier, altså antagelser og forudsætninger, undersøges. Dette gøres ved at identificere dominerende dikotomier, nøglebegreber og kategorier, som uddybes i næste afsnit. I dette arbejde bliver det tydeligt, at analysen er diskursiv. En konkret politik udtrykkes gennem sproget i form af bestemte ordvalg, dog er det ikke formålet at undersøge selve ordvalget, men derimod de bagvedliggende meninger, og hvordan disse meninger skabes (Bacchi, 2009: 7).

Ifølge Bacchi hviler en stor del af offentlig debat på dikotomier, som opstiller to modsatrettede alternativer. I disse er der en præferencestruktur, hvor den ene side er mere privilegeret eller anset som værende mere værdifuld end den anden. Formålet med at identificere disse dikotomier er, at undgå at blive begrænset i forståelsen af problemet, da dikotomier er med til at konstruere, hvordan problemet anskues (ibid.). Nøglebegreber og kategorier er ligeledes af afgørende betydning for forståelsen af en problemrepræsentation. Begreberne er ofte abstrakte og åbne, hvorfor de bliver tillagt forskellig mening af forskellige mennesker. I specialets kontekst er sundhed f.eks. et nøglebegreb. Målet bliver således at afklare, hvilken mening sundhed eller andre nøglebegreber bliver tillagt i den konkrete politik (Bacchi, 2009: 8). Kategorier spiller en central rolle i relation til, hvordan mennesker kan styres. Her er målet, ifølge Bacchi, ikke at acceptere og forstå kategorierne som noget, der er givet, men at undersøge og forstå, hvordan de

fungerer som meningsskabende (Bacchi, 2009: 9). Kategorierne har særlig betydning for, hvordan mennesker forstår sig selv og andre, hvilket vil blive uddybet i spørgsmål fem.

3.2.1.2.3 Spørgsmål 3. Hvordan er denne fremstilling af problemet opstået?

Det tredje spørgsmål har to formål. For det første at reflektere over problemets oprindelse, og herunder relevante historiske hændelser. For det andet, at synliggøre konkurrerende problemrepræsentationer, som kunne have ført til en anden udvikling af problemet end den, der er tilfældet. Spørgsmålet tager udgangspunkt i Michel Foucaults begreb genealogi. Her er det nødvendigt at gå tilbage historisk og undersøge de begivenheder, der for eksempel gør, at man i Danmark problematiserer sundhed og manglende sundhed, som man gør i politik. Analysen består herved i at undersøge, hvordan problemrepræsentationen har udviklet sig over tid (Bacchi, 2009: 10). Problemets kontekst er af stor betydning for, hvordan problemet bliver fremstillet: *This is because 'problems' are often constituted differently due to location-specific, institution-specific and history-specific factors.*” (Bacchi, 1999: 5). Forskerens opgave bliver således at undersøge, hvilke beslutninger og konkrete hændelser som har været med til at forme problemrepræsentationen samt at forholde sig kritisk til den dominerende forståelse af denne udvikling. Dette har en destabiliserende effekt på problemrepræsentationen, som ofte bliver taget for givet. Samtidig synliggøres de magtdynamikker, som er bestemmende for, hvilke problemrepræsentationer der bliver dominerende. Det skal også undersøges, hvilke statistikker der henholdsvis inddrages og udelades, hvordan statistikken anvendes, og hvordan dette taler ind i den konkrete politik og dennes problemrepræsentation (Bacchi, 2009: 10f).

3.2.1.2.4. Spørgsmål 4. Hvad ses om uproblematisk ved denne fremstilling af problemet? Hvad bliver der tiet omkring? Kan problemet fremstilles anderledes?

Fjerde spørgsmål undersøger hvad problemrepræsentationen udelader, og hvad der forbliver usagt. Samtidig synliggøres andre mulige fortolkninger og fremstillinger af problemet (Bacchi, 2009: 12). De underliggende forståelser og begrænsninger, i form af de konceptuelle logikker, der identificeres i spørgsmål to, kan inddrages her og bidrage til at tydeliggøre en eventuel fordrejning eller vildledning af et bestemt problem. Samtidig kan også besvarelsen af spørgsmål

tre bidrage til besvarelsen af fjerde spørgsmål, idet tredje spørgsmål peger på, at der har været og er konkurrerende problemrepræsentationer. Det er her rammerne sættes for, hvordan mening skabes og derfor også for, hvad der er muligt og umuligt at tænke om problemet (Bacchi, 2009: 13f). Formålet med spørgsmål fire er således at pege på problemstillinger og perspektiver, som ikke er blevet repræsenteret i de identificerede problemrepræsentationer (ibid.).

3.2.1.2.5 Spørgsmål 5. Hvilke effekter producerer denne fremstilling af problemet?

Spørgsmål fem omhandler, hvilke effekter en bestemt problemrepræsentation kan have. Dette bygger på en antagelse om, at bestemte fremstillinger af problemer skaber vanskeligheder eller i yderste konsekvens skader nogle sociale grupper mere end andre. Her er vi ikke ude efter at identificere 'outcomes' af en politik, men mere subtile effekter i deres indflydelse på problemet. Disse kan deles op i diskursive effekter, subjektiverende effekter og 'levede' effekter (Bacchi, 2009: 15).

Diskursive effekter

Disse effekter er i klar sammenhæng med spørgsmål to, tre og fire. Her undersøges det, hvordan en bestemt diskurs i en problemrepræsentation i en politik sætter en ramme for, hvad der kan og ikke kan tænkes om problemet. Diskursen medfører, at andre måder at tænke om problemet og undersøge emnet på udelukkes (Bacchi, 2009: 16).

Subjektiverende effekter

Her søges det at identificere, hvilke muligheder en politik giver individer for at positionere sig på forskellige måder i samfundet. De subjekter, som et problem omhandler, kan gennem den konkrete politik blive fremstillet på en bestemt måde, som påvirker dem. Dette sker gennem diskurser. Bacchi mener, at hvordan vi forstår os selv og andre, samt finder mening, delvist er en effekt af de positioneringsmuligheder, vi får stillet til rådighed. Når problemrepræsentation undersøges, skal der rettes ekstra opmærksomhed på dynamikken *dividing practices*, hvor bestemte grupper stigmatiseres. Dette er en styringsform, der bruges til at inspirere til en bestemt

slags opførsel, hvor minoriteten skal opføre sig som majoriteten (Bacchi, 2009: 17). Her skal forskeren have øje for, at problemrepræsentationen ofte har en implicit forståelse af, hvem der er ansvarlig for problemet, samt hvilke effekter ansvarliggørelsen har (ibid.).

Levede effekter

Her søges der at sætte fokus på, hvilke materielle indvirkninger en problemrepræsentation medfører. Eksempelvis hvordan fordelingen af ressourcer påvirker bestemte grupper (Bacchi, 2009: 17f). For at afdække, hvem der bliver påvirket af effekterne, fremsætter Bacchi en række spørgsmål som en del af analysen i spørgsmål fem. I disse spørgsmål undersøges det, hvad der sandsynligvis vil forandres med den aktuelle problemrepræsentation, hvad der forbliver det samme, hvem det gavner og skader, samt hvordan de ansvarliggjorte påvirkes (ibid.).

3.2.1.2.6 Spørgsmål 6. Hvordan og hvor er denne fremstilling af problemet produceret, formidlet og forsvaret? Hvordan kan der sættes spørgsmålstejn ved fremstillingen, hvad kan forstyrre den, eller erstatte den?

Sjette spørgsmål bygger på spørgsmål tre, som leder opmærksomheden hen på de praksisser og processer, der tillader at bestemte problemrepræsentationer dominerer. Her undersøges de midler, den bestemte politik har til rådighed for at nå dens målgruppe, samt opretholdelsen af dens legitimitet. Formålet med spørgsmål seks er således at undersøge muligheden for at udfordre det repræsenterede problem (Bacchi, 2009: 19).

3.2.2 Semistrukturerede interviews med boligsociale medarbejdere og seniorforsker Paul Bloch

Dette afsnit har til formål at synliggøre de metodiske refleksioner, vi har gjort os i forbindelse med udførelsen af semistrukturerede interviews samt valg, vi har foretaget undervejs. Vi vil følgende argumentere for valg af informanter, give en præsentation af semistrukturerede interviews som metode, vores interviewguide og overvejelser om interviewsituationen.

Afslutningsvis præsenterer vi vores overvejelser om den videre behandling af empirien og de etiske aspekter.

En af vores hovedinteresser i arbejdet med specialet har fra begyndelsen været koblingen mellem sundhed og det sociale, samt hvordan sundhed problematiseres, og hvilke implikationer dette skaber for arbejdet i at udligne den sociale ulighed i Danmark. De boligsociale medarbejdere er udvalgt, fordi de befinder sig i det sociale felt. Vi finder dem relevante, da vi ser, at deres arbejde tager afsæt i det brede sundhedsbegreb, og at de boligsociale medarbejdere arbejder med sundhed gennem de sociale determinanter for sundhed. Ved at afdække disse medarbejderes forståelse af sundhed, og hvordan de omtaler deres arbejde, giver det os mulighed for at diskutere forskellige forståelser af sundhedsbegrebet, og hvilke implikationer dette kan medføre. Med afsæt i vores videnskabsteoretiske standpunkt er det relevant at tilføje, at vi har forholdt os kritisk til interviewmaterialet.

Vi har udført semistrukturerede interviews med to boligsociale medarbejdere. Kontakten til disse er formidlet gennem en projektleder ansat på Steno. De boligsociale medarbejdere blev derefter kontaktet på mail og fik tilsendt et følgebrev med beskrivelse af, hvem vi er, og hvad vores speciale omhandler (Bilag 1). Steno er med til at facilitere et projekt ud fra supersettingtilgangen (jf. 2.2.1) i Tingbjerg, hvorved de boligsociale medarbejdere, vi har interviewet, muligvis har en større bevidsthed om sundhedens tilstedeværelse i det boligsociale arbejde. En øget bevidsthed om dette påvirker naturligvis vores empiri, men vi ser dette som en fordel, da vi hermed har sikret, at medarbejderne kender til koblingen mellem sundhed og socialt arbejde. På en anden side er der en risiko for, at vi ved at rekruttere på denne måde kun kommer i kontakt med boligsociale medarbejdere, som ser sundhed som et aspekt i deres arbejde.

Paul Bloch er medtaget som et supplement til de boligsociale medarbejderes perspektiv med henblik på at få indsigt i en forskningsbaseret forståelse af, hvordan der arbejdes med det brede sundhedsbegreb og sundhedsfremme gennem socialt arbejde. Paul Bloch har forsket i sundhedsfremmende arbejde ved hjælp af supersettingtilgangen i lokalsamfund de sidste 10 år og har derfor en stor viden om emnet.

3.2.2.1 Interviewguide

Semistrukturerede interviews befinder sig indenfor den kvalitative forskning, som er den forskningstradition, vi skriver os ind i med dette speciale. Kvalitativ forskning arbejder ofte med empiri baseret på relativt få informanter, hvilket også gør sig gældende i vores tilfælde. Derfor kan vi heller ikke i dette speciale generalisere bredt på baggrund af den indsamlede empiri (Thagaard, 2010: 18f). Styrken ved semistrukturerede interviews er derimod, at vi får mulighed for at lade informantens udlægning af emnet være medstyrende (Kvale & Brinkmann, 2015). Metoden giver således mulighed for at udforske den interviewedes erfaringer, forståelse og fremstilling af et emne, hvilket giver os mulighed for at opnå et nuanceret billede af emnet. Vores interviews er udført på baggrund af to interviewguides (Bilag 2; Bilag 3). Denne skaber en retning for interviewet, men muliggør en åben og aktivt lyttende tilgang (Kvale & Brinkmann, 2015: 185). Interviewguiden er udarbejdet med udgangspunkt i refleksioner og viden om vores emne, som vi har opnået gennem omfattende litteratursøgning. Desuden har vi støttet os op af den viden, vi har fra kandidatuddannelsens kurser og litteratur. Forud for udarbejdelsen af interviewguiden og udførelsen af interviewene, har vi reflekteret over vores teoretiske ståsted. Dette har hermed haft en indvirkning på den viden, vi har fået gennem interviewene. Ifølge Kvale og Brinkmann er dette med til at sikre en høj kvalitet af den viden, der skabes (Kvale & Brinkmann, 2015: 151). Vi har holdt muligheden for at foretage ændringer i speciallets teoretiske ståsted åben afhængig af, hvilke emner vores informanter bragte på banen. Vi forberedte et udkast til en struktur med en række spørgsmål forud for interviewet. Denne strukturering af interviewguiden og dermed interviewet, er lavet for at støtte den efterfølgende analyse (Thagaard, 2010: 87f; Kvale & Brinkmann, 2015: 186). Desuden understøtter denne tilgang, at vi igennem interviewet får indsigt i informanternes viden om de emner, vi ønsker at undersøge. Samtidig får vores informanter rum til at bringe nye, relevante emner på banen (Thagaard, 2010: 88). F.eks. bragte alle tre informanter ghettolisten op i vores interviews, som var en vinkel, vi ikke havde tænkt på. Denne eksplorative tilgang, med et af os formuleret mål, gør, at vi kan få en fyldestgørende indsigt i informanternes viden og erfaring (Kvale & Brinkmann, 2015: 185).

Vores interviewguide målrettet de boligsociale medarbejdere (Bilag 3) er opdelt i fire temaer; *Det boligsociale arbejde*, *Beboerne*, *Sundhed i det sociale arbejde* og *Systemet omkring det sociale sundhedsarbejde og ulighed i sundhed*, samt nogle indledende praktiske spørgsmål. De

første spørgsmål er af meget åben karakter. Her ønsker vi at spørge ind til, hvad det boligsociale arbejde går ud på, og hvilke konkrete initiativer, der er i Tingbjerg. Herefter drejer spørgsmålene ind på sundhed, og hvorvidt de boligsociale medarbejdere ser en kobling mellem det sociale arbejde og sundhed. Vi har i formuleringen af spørgsmålene været opmærksomme på ikke at lede informanterne i en bestemt retning for at få deres holdninger så tydeligt frem som muligt. Dette er med til at styrke reliabiliteten i vores undersøgelse, ved ikke at påtvinge dem vores holdninger. Dermed forsøger vi at forholde os objektivt til vores subjekter i begrebet objektivitets moralske forstand (Kvale & Brinkmann, 2015: 314). Dog er det svært helt at undgå, at vores forståelse af emnet skinner igennem (Kvale & Brinkmann, 2015: 189f). Spørgsmålene er sprogligt udformet med respekt for, at informanternes faglighed ikke er sundhedsfaglig.

Interviewguiden målrettet Paul Bloch (Bilag 2) er udført efter samme principper som ovenstående, dog er den anvendte terminologi og begreber tilpasset et akademisk sprog. Paul Bloch er som nævnt forsker indenfor sundhedsfremme og har derfor indgående kendskab til dette, hvorfor spørgsmålenes formulering er tilpasset hans uddannelsesbaggrund (ibid.). Interviewguiden er opdelt i følgende temaer: *Sundhedsfremmeforskning* (Steno), *Beboerne, Sundhed i det sociale arbejde* og *Systemet omkring det sociale sundhedsarbejde og ulighed i sundhed*.

3.2.2.2 Interviewsituationen

Vi har valgt at udføre vores semistrukturerede interviews over skype, facetime og zoom, da COVID-19 pandemien forårsagede nogle forholdsregler, der gjorde denne tilgang mest forsvarlig. Til dette skal det siges, at Kvale og Brinkmann fremhæver fysisk tilstedeværelse som et udgangspunkt for de beskrivelser, som findes i bogen *InterView* (Kvale & Brinkmann, 2015: 204), men vi har alligevel fundet dette anvendelig. Som udgangspunkt er et kvalitativt forskningsinterview baseret på den viden, der konstitueres gennem interaktion og samspil mellem forsker og informant. Ligeledes er den specifikke situation afgørende for, hvilken viden der produceres (Kvale & Brinkmann, 2015: 53). I vores tilfælde har interaktionen og samspillet foregået gennem en skærm, og der er således en mulighed for, at den viden vi har indsamlet,

havde været anderledes, havde vi siddet ansigt til ansigt med vores informanter. Vi har dog ikke oplevet interviewene over skærm som problematiske i forhold til, hvad vi ønskede at opnå, og hvilken viden vi har fået ud af interviewene.

Vi har ved vores interviews lagt vægt på, at video skulle anvendes i stedet for at udføre interviews over telefon. På den måde bliver interaktionen mest mulig som et møde ansigt til ansigt, da video giver mulighed for at observere hinandens kropssprog (Janghorban et al., 2014: 1). Alligevel er vi opmærksomme på, at brugen af sanseapparatet er minimeret til brugen af syn og hørelse ved videointerviews. Synet er begrænset til det, vi kan se på skærmen, og dermed hvilken position informanten har placeret sig i. Dette kan gøre det svært for os som forskere at aflæse informantens kropssprog og for informanten at aflæse vores. Hørelsen kan være begrænset ved dårlig forbindelse eller forsinket lyd, vi oplevede dog kun meget få problemer med forsinket lyd, og de var af kort varighed. Skærminterview kan dog lede hen til tillidsspørgsmål. Personlig viden om informanten opnås bedst gennem tillid og udvikling i personligt samspil (Kvale & Brinkmann, 2015:154). Modsat dette er der også dem, der mener, at den relative anonymitet i interaktioner online og interaktioner over skærm kan forøge informantens selvtillid og autenticitet i forhold til, hvordan denne fortæller om emnet (Janghorban et al., 2014: 2). Der er altså en mulighed for, at vores informanter, på grund af den relative anonymitet, har mod på at omtale ting, de ellers ikke ville have nævnt for os i et interview ansigt til ansigt. Desuden har informanten ved interview over skærm til enhver tid mulighed for at trække sig fra interviewet ved blot at afslutte samtalen, hvilket kan give øget tryghed for informanten (ibid.). Det kan desuden skabe øget tryghed, at interviewet foregår i informantens egen kontekst. I udførelsen af vores interviews har alle informanterne befundet sig i deres eget hjem uden forstyrrelser fra andre i hjemmet. Vores oplevelse af interviewsituationen har været, at gennemførelsen over skærm ikke har udgjort et problem, hverken for os eller de interviewede. Vi kan dog ikke med sikkerhed sige, om vores informanter deler denne opfattelse.

3.2.2.3 Transskription

Vi har optaget vores interview med lydoptager-appen på vores telefon og computer for efterfølgende at kunne transskribere interviewet. Dette for at gøre det sagte til genstand for analyse gennem skrevne citater (Thagaard, 2010: 100). Det at transskribere et interview medfører, at interviewet går fra en mundtlig til en skriftlig form, hvilket har visse konsekvenser, vi skal være opmærksomme på (Kvale & Brinkmann, 2015: 235). Dog er denne beslutning truffet med udgangspunkt i, at det at høre interviewet igennem på ny og transskribere giver anledning til analytiske refleksioner (Thagaard, 2010: 180). I transskriptionen har vi redigeret i det sagte for at få en mere grammatisk korrekt skriftlig form, hvor ufuldstændige sætninger er fuldført ved at indsætte eventuelt manglende ord i [] og fyldord som f.eks. ”øh” er udeladt (Fangen, 2011: 179; Kvale & Brinkmann, 2015: 239f). Dette valg er taget på baggrund af, at det er ikke er en sprogligt fokuseret analyse men derimod meningsindholdet, vi ønsker at anvende i analysen.

3.2.2.4 Analysestrategi

For de udførte interviews har vi valgt at fokusere på meningen af det sagte og derfor lavet en meningsanalyse. Interviewguiderne er opdelt i fire forskellige temaer, det første tema er forskelligt i de to interviewguides og er henholdsvis *Det boligsociale arbejde* for de boligsociale medarbejdere og *Sundhedsfremmeforskning* for Paul Bloch. De følgende tre temaer er de samme: *Beboerne*, *Sundhed i det sociale arbejde* og *Systemet omkring det sociale sundhedsarbejde og ulighed i sundhed* (Bilag 2; Bilag 3). Vi har ved gennemlæsning og transskription af interviewene fundet elementer af de teoretiske begreber under flere af de forskellige temaer. Disse er for overskueligheds skyld farvekodet efter de teoretiske begreber for at kunne anvende dette i analysen (Kvale & Brinkmann, 2015: 262; 267). Vores meningsanalyse består af tre trin. Den første er meningskodningen, som er beskrevet ovenfor ved gennemlæsning og farvekodning af materialet. Med kodningen har vi inddelt teksten i mindre enheder, som vi har kunne meningskondensere ved at udvælge væsentlige sætninger og kondensere dem (Kvale & Brinkmann, 2015: 269). Slutteligt har vi udført en meningsfortolkning i analysen, hvor vi med vores kritisk hermeneutiske briller har lavet dybere og mere kritiske fortolkninger af den analyserede tekst (Kvale & Brinkmann, 2015: 271). Der har i fortolkningerne og i de anvendte

citater været fokus på ikke 'at lægge ord i munden' på vores informanter. Vi udførte analysen af *Sundere liv for alle*, forud for analysen af interviewene. Denne analysedel har vi taget udgangspunkt i, da vi har delt interviewanalysen op i tre underoverskrifter. Disse er således et produkt af den tematisering, der opstod under analysen af *Sundere liv for alle*. Temaerne er: sundhedsdiskurser, sundhed gennem det sociale arbejde og partnerskaber.

3.2.2.5 Verifikation

Verifikation af kvalitative undersøgelser er, ifølge Kvale og Brinkmann ikke en isoleret proces (Kvale & Brinkmann, 2015: 313). Derfor har vi kontinuerligt arbejdet med validering af vores empiri og hele den undersøgelse, vi har udført frem til vores endelige produkt. Det første spørgsmål vi kan stille os selv efter, at vi har udført vores interview, er, hvor objektiv den viden, vi har produceret, er. Objektivitet kan betyde flere ting. Objektivitet kan betyde, at den producerede viden er efterprøvet og kontrolleret til en sådan grad, at der ingen bias er, og at vores personlige holdninger og fordomme ikke har haft indflydelse på denne viden. Som beskrevet i afsnittet *Interviewguide*, er dette ikke tilfældet for indeværende speciale. Til gengæld er vi som forskere åbne omkring dette faktum og har dermed fokus på gennemsigtigheden af undersøgelsen, og at vores resultater er gennemsigtige for vores læsere.

Begreberne validitet, reliabilitet og generalisering stammer fra den kvantitative forskning, men Kvale og Brinkmann forsøger at begrebsliggøre disse, så de bliver relevante for forskning baseret på kvalitativ empiri fra interviews (Kvale & Brinkmann, 2015: 317).

Validitet kan sidestilles med gyldighed. Vi har sikret gyldigheden i vores speciale ved at skabe sammenhæng mellem det, vi giver udtryk for, at vi undersøger, og det vi faktisk undersøger. Dermed skal vi svare fyldestgørende på vores problemformulering, eller som Fangen udtrykker det, sikre den interne validitet (Fangen, 2011: 236). Gyldig argumentation for, hvorfor vi gør, som vi gør, er med til at skabe gyldig viden og dermed skabe validitet. Dette er forsøgt indrammet i indeværende kapitel om vores metodiske overvejelser (Kvale & Brinkmann, 2015: 318, 320). Spørgsmålet om reliabilitet omhandler, hvorvidt vores forskningsresultat kan reproducere, f.eks. om svarene fra vores informanter ville være de samme, hvis de blev spurgt igen på et andet tidspunkt eller af en anden forsker (Kvale & Brinkmann, 2015: 318; Fangen,

2011: 236). Vores argumentation for vores refleksioner herom findes i afsnittene *Interviewguide* og *Interviewsituationen*. Som beskrevet udgør det, at vi har udført interviewene over skærm, en overvejelse for reliabiliteten i specialet. Samlet set vurderer vi det usandsynligt, at vores informanter ville svare præcis det samme i en anden interviewsituation, eller at vi fik præcis de samme svar, hvis konteksten og deltagerne blev skiftet ud. Dette er dog gældende for både interviews over skærm og ansigt til ansigt interviews. Vores forskningsresultater kan derfor formentlig ikke reproduceres, det skal dog slås fast at dette heller ikke er specialets formål (jf. 3.1.4). Til sidst gælder det for generaliseringen, at der gøres rede for, på hvilket niveau specialets resultater kan generaliseres, hvilket tager udgangspunkt i beskrivelsen af specialets kontekst, og hvem den producerede viden gælder for. Dette speciale tager afsæt i interviews med to boligsociale medarbejdere, der begge arbejder indenfor det samme lokalområde. Dette gør denne samling af empiri baseret på en specifik kontekst, som påvirker specialets generaliserbarhed. Dog har vi med vores interview med seniorforsker Paul Bloch indsamlet viden fra en informant, som også kender til andre lokalsamfunds kontekster, hvilket kan bidrage til at øge generaliserbarheden til andre lokalområder i landet. På trods af dette mener vi ikke, at det kan generaliseres på baggrund af specialets konklusioner, men vi argumenterer alligevel for, at vigtige pointer fra undersøgelsen kan lægge op til videre forskning eller diskussioner.

3.2.2.6 Rapportering

Rapporteringen af vores forskningsresultater er genereret gennem udlægningen af indeværende speciale. Da afleveringen er et produkt af en afslutning på en kandidatuddannelse på universitetet, er fremlægningen tilpasset denne videnskabelige kontekst og dertil gældende reglement.

3.2.2.7 Ethiske overvejelser i specialet

Vi skriver os ind i samfundsforskningen og ønsker med specialet både at tjene videnskabelig og menneskelig interesse indenfor begrebet sundhed, dets betydning og praksis. Med dette er det nødvendigt at tilgå specialet og empiriindsamlingen med øje for flere etiske aspekter. For det første skal specialet være relevant, ved både at have videnskabelig værdi og arbejde hen mod at

forbedre den menneskelige situation. Vi mener, at dette speciale kan være medvirkende til et øget fokus på sundhedsbegreber i dansk politik, og hvilken betydning disse har for det sundhedsfremmende arbejde og social ulighed i sundhed. Yderligere redegørelse for dette findes i *Baggrund og Problemfelt*. Øvrige etiske aspekter præsenteres i nedenstående afsnit med fokus på det spændingsfeltet mellem ønsket om at opnå viden og at tage hensyn til etiske overvejelser.

3.2.2.7.1 De etiske overvejelser i de syv forskningsfaser

Ifølge Kvale og Brinkmann skal der i forskning stilles etiske spørgsmål til fremgangsmåden i alle faser af forskningens tilrettelæggelse, udførelse og efterbehandling (Kvale & Brinkmann, 2015: 107). Vores interviews er udført over skærm, men etiske overvejelser kan her betragtes som de samme, som ved interviews ansigt til ansigt (Janghorban et al., 2014: 2). Den første fase, tematisering, er allerede nævnt med beskrivelse af, hvorfor vi ønsker at undersøge dette felt i *Baggrund og Problemfelt*. I udarbejdelsen af vores design har vi indhentet informeret samtykke fra vores informanter, og vi har forud for interviewet informeret de boligsociale medarbejdere om, hvem vi er, og hvad formålet med vores speciale er gennem et følgebrev (Bilag 1). Paul Bloch har været løbende informeret gennem specialeprocessen, da vi har været i kontakt med ham og andre på Steno over mail og på telefon gennem en længere periode. Vi har desuden haft et fysisk møde med Paul Bloch og Mette Tørslev på Steno med henblik på et muligt samarbejde. I forbindelse med hvert interview er der lavet debriefing efter endt interview, hvor informanten har mulighed for at tilkendegive eventuelle ting, der ikke må medtages i specialet (Kvale & Brinkmann, 2015: 116). Da interviewene er udført over skærm, er samtykke til brug af deres udtalelser givet mundtligt, og dette er optaget. Det er her relevant at nævne, at ingen af vores informanter ønskede at være anonyme, hvorfor deres navne fremgår af specialet, de havde heller intet ønske om at deres arbejdsplads skulle være anonym. Optagelser er gemt, hvor det er relevant, og slettes efter endt eksamen. Det samme gælder for den transskription, vi har lavet ud fra lydoptagelserne af interviewene (Kvale & Brinkmann, 2015: 107f). Dette for at sikre fortroligheden ved at deres udtalelser kun bruges i en forskningsmæssig sammenhæng og ikke skal være frit tilgængeligt. I transskriptionen har vi desuden haft fokus på at være loyale over for

informanternes udsagn (ibid.). Det er i sidste ende os som forskere, der er ansvarlig for den fortolkning, der bringes i specialet.

Kvale og Brinkmann fremhæver interviewsituationen som en særlig kritisk fase, hvor der skal gøres etiske overvejelser i forhold til de personlige konsekvenser interviewsamspillet kan have for de medvirkende (Kvale & Brinkmann, 2015: 107). Vi har som før nævnt udført interviews over skærm, hvor de medvirkende ikke er til stede i samme rum, hvilket har gjort det nødvendigt for os at være ekstra opmærksomme på informanternes kropssprog, som kan fungere som en indikator for eventuelt ubehag hos denne. Mere om interviewsituationen og den effekt, de nødvendige tiltag har haft, er beskrevet under afsnittet *Interviewsituation*. Kvale og Brinkmann skriver om verifikation, at det er forskeres etiske ansvar at rapportere viden, der er så sikker og verificeret som muligt. Derved skal forskeren være opmærksom på, hvor kritisk informanterne kan spørges (Kvale & Brinkmann, 2015: 108).

Vi lægger med vores problemformulering op til at skulle stille kritiske spørgsmål og generelt forholde os kritiske. Dette gælder i analysen af både *Sundere liv for alle* og den indsamlede empiri. Dog har vi i vores interviews haft fokus på forholde os objektive for at beskytte informanterne. Den kritiske tilgang kommer mere til udtryk i den senere analyse og fortolkning af både politik og interview. Hertil skal det dog siges, at vi har været opmærksomme på, hvordan vi fremstiller informanterne gennem analysen, således at dette ikke kan få skadevirkninger for disse.

Med ovenstående har vi søgt at argumentere for, hvordan vi har forholdt os til de fire hovedelementer i de etiske overvejelser; informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2015: 113).

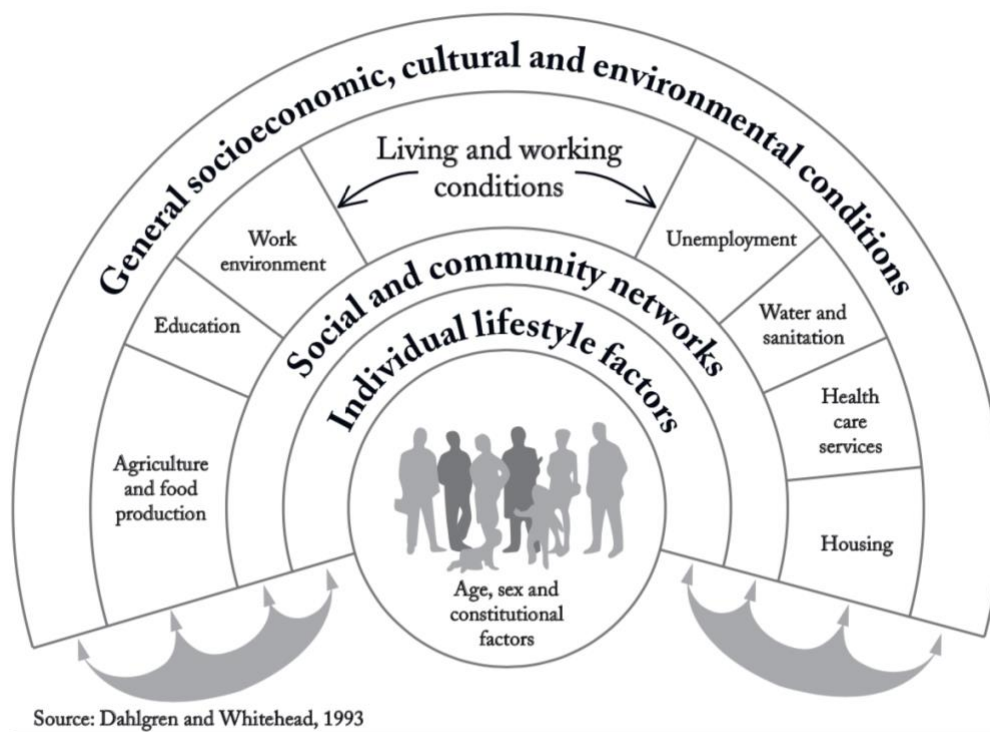
4.0 Teori

Specialets teoretiske ramme skal, foruden at bestå af Carol Bacchis analysemodel (jf. 3.2.1.2), udgøres af den socio-økologiske model udarbejdet af Göran Dahlgren og Margaret Whitehead og filosof og psykolog Steen Wackerhausens åbne sundhedsbegreb. I dette kapitel vil vi præsentere disse, deres relevans og anvendelsesmuligheder i analysen.

4.1 Den socio-økologiske model

Følgende afsnit beskriver Göran Dahlgren og Margaret Whiteheads socio-økologiske model over sociale determinanter for sundhed. Denne fungerer i specialet både som et argument for det brede sundhedsbegreb, men også som et teoretisk fundament for vores analyse. Vi vil først redegøre for modellen, før dennes anvendelse i specialets analysedel vil blive tydeliggjort. Vi har valgt at være tro mod de engelske begreber equality og equity i nedenstående gennemgang. Begrebet equity har vi dog oversat til social ulighed i sundhed i vores analyse.

Den socio-økologiske model fremstiller en række determinanter for sundhed i en model, hvor individet er i midten og determinanterne findes i det omkringliggende samfund og dermed kan påvirkes af politiske beslutninger (Dahlgren & Whitehead, 2007: 20f). Samtlige determinanter ligger til grund for, at social ulighed i sundhed opstår, og er derfor relevante at arbejde med på forskellige niveauer i samfundet. Dette er af relevans for dette speciale, da vi inddrager empiri, der tager udgangspunkt i forskellige niveauer. Marmot og Wilkinsons sociale determinanter for sundhed, præsenteret i *Problemfelt* (jf. 2.1), er desuden en videreudvikling af modellens determinanter.



Kilde: Dahlgren & Whitehead, 2007: 20

Ser vi nærmere på modellen, så er individet placeret i midten med karakteristika, der som sådan ikke kan ændres på, f.eks. alder og køn. Første bue er individets sundhedsadfærd, f.eks. fysisk aktivitet og rygning. Næste bue er interaktion med andre individer og det omkringliggende lokalsamfund. Tredje bue udgøres af de determinanter, der kan påvirke individets mulighed for at opnå eller opretholde sundhed. Det er determinanter som bolig- og arbejdsforhold, adgang til mad, og generel adgang til samfundets velfærdsydelser. Sidst men ikke mindst, influerer økonomi, kultur og miljø i det overordnede samfund på alle ovenstående determinanter.

Tilsammen betyder dette, at modellen beskriver, at de sociale determinanter for sundhed er baseret på interaktion: de individuelle livsstilsfaktorer er funderet i sociale normer og netværk, som samtidig er funderet i det bredere socioøkonomiske og kulturelle miljø (Dahlgren & Whitehead, 2007: 21). Disse sundhedsdeterminanter, der kan påvirkes af de sundhedspolitiske beslutninger, kan yderligere klassificeres i tre grupper: positive sundhedsfaktorer, beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. De positive sundhedsfaktorer medvirker til at opretholde sundhed, f.eks. økonomisk sikkerhed og tilfredsstillende boligforhold samt adgang til mad. Derudover er følelsesmæssigt givende sociale forhold, f.eks. et godt socialt netværk, også en

positiv sundhedsfaktor. De beskyttende faktorer er faktorer, der kan eliminere risikoen for sygdom eller facilitere modstandskraft, som ved eksempelvis vaccinationsprogrammer. Ydermere er psykosociale faktorer, som social støtte, og følelsen af en retning i livet også vigtige faktorer, som beskytter mod dårligt helbred. Risikofaktorer er faktorer, der er årsager til sundhedsrelaterede problemer og sygdom. Disse kan være relateret til sociale såvel som økonomiske omstændigheder. Derudover kan de ligeledes være relaterede til miljømæssige eller livsstilsrelaterede omstændigheder. Der argumenteres for at have et holistisk perspektiv på determinanterne for sundhed. Dahlgren og Whitehead (2007) pointerer vigtigheden af, at alle faktorerne medtages, når der udformes interventioner og strategier på flere forskellige politiske områder.

Dahlgren og Whitehead præsenterer begreberne *upstream* og *downstream* til endnu en opdeling af determinanterne. I udformningen af en sundhedsstrategi, bør disse kombineres. På denne måde kan der strategisk både tages højde for upstream determinanter, der fokuserer på usunde økonomiske og sociale sundhedsdeterminanter, og downstream determinanter, der ser på årsagerne til sygdom og sundhedsproblemer. Sådan kan der skabes strategier, som favner bredt i samfundet og tager højde for, at sundhedsdeterminanterne er indbyrdes forbundne (Dahlgren & Whitehead, 2007: 22).

4.1.1 Determinanter for social inequity

Ovenstående determinanter er klassificeret som sociale determinanter for sundhed, men der foretages yderligere kategorisering af determinanter. Det et fremgår i rapporten:

“(...) it is therefore of critical importance to distinguish between social determinant of health for the overall population and the social determinants of inequities in health” (Dahlgren & Whitehead, 2007: 24)

Altså skelnes der mellem determinanter for sundhed og determinanter for social inequity. Dette er centralt for udformningen af sundhedspolitik og reduktion af social ulighed i sundhed, da en sammenblanding af determinanterne kan føre til for generelle indsatser og derfor politikker, der er ineffektive på dette område (Dahlgren & Whitehead, 2007: 20).

For at forstå determinanterne for social inequity i sundhed inddeles de kendte risikofaktorer i fem mekanismer baseret på, hvordan disse påvirker den sociale gradient. Som den første mekanisme fremhæves magt og ressourcer. Det vil sige, den sociale position individet har i samfundet, hvor uddannelse, arbejde og økonomisk status har en indvirkning på, hvilke sundhedsrisici man lever med. Privilegerede befolkningsgrupper har mere magt og flere muligheder end dårligere stillede grupper. Derfor er den sociale position i sig selv en determinant for social inequity (Dahlgren & Whitehead, 2007: 25). Inden for denne inddeling ses der også psykosociale effekter af den sociale position med argumentation i, at et individ er påvirket af, om det bliver set ned på og stigmatiseret, eller om det føler sig respekteret og værdsat. Psykosociale determinanter er socialt strukturerede og derfor afhængig af social støtte og den omkringliggende sociale kontekst. Det at øge friheden og magten blandt de individer, som har de dårligste muligheder for at kontrollere deres liv, kan derfor være medvirkende til at reducere inequities i sundheden. Derfor skal politiske og økonomiske systemer fokusere på at gøre de svageste stærkere, for at håndtere sociale inequities i sundhed. Den næste mekanisme, der gør sig gældende, er, at jo lavere man befinder sig på den sociale gradient, jo større sundhedsrisiko er man udsat for. Her er fokus på de materielle, psykosociale og adfærdsmæssige faktorer, der enten forebygger eller forårsager sygdom, og som samtidig er afhængig af sociale position. For at takle denne mekanisme bør der foretages analyser af, hvilke risikofaktorer der gør sig gældende for forskellige grupper, og om disse er anderledes for befolkningen generelt, for derefter at udforme strategier, der tager højde for dette. Således kan dette medvirke til at reducere sundheds inequities (Dahlgren & Whitehead, 2007: 27). Med denne argumentation er det vigtigt at inddrage årsagerne til årsagerne, for at kunne udforme strategier, der er orienteret mod equity i sundhed med fokus på en upstream økonomisk og politisk magtstruktur. Næste mekanisme gælder for de tilfælde, hvor der er det samme niveau af eksponering for risiko, men hvor dette fører til en forskellig grad af påvirkning hos forskellige socioøkonomiske grupper. F.eks. kan en risikofaktor som alkoholforbrug føre til forskellig grad af alkoholrelaterede sygdomme eller skader hos individet, fordi der er forskelle i sociale relationer og netværk. Risikofaktorer kan således forstærke hinanden (Dahlgren & Whitehead, 2007: 29). Dermed skal årsagerne til social inequity forstås i et bredt perspektiv, hvor det er effekten af de kombinerede risikofaktorer, der er skyld i inequity i sundhed. Fjerde mekanisme er de samlede effekter af et livsforløb. Livsforløbs-perspektivet er vigtigt, når der tales social inequity, fordi resultatet af ovenstående mekanismer skal tænkes kumulativt, og at de

interagerer med og påvirker hinanden gennem hele livet (Dahlgren & Whitehead, 2007: 30f). Femte og sidste mekanisme for social inequity beror sig på sociale og økonomiske effekter af at være syg. Dårligt helbred kan bidrage til at påføre individet en række andre risikofaktorer, f.eks. arbejdsløshed eller social isolation. Alle disse negative konsekvenser kan resultere i en nedadgående spiral. Hvis disse konsekvenser eller risikofaktorer stiger i takt med et fald i den socioøkonomiske position, vil dårligere stillede grupper være mere udsat ved sygdom i forhold til at miste sin lønindtægt og måske endda job. Dette kan have en effekt på den sociale inequity (Dahlgren & Whitehead, 2007: 31f).

I specialets analysedel skal den socio-økologiske model og begreberne, Dahlgren og Whitehead præsenterer, i spil, først i policyanalysen af *Sunder liv for alle*, hvor de skal bidrage til at tydeliggøre, hvordan sociale determinanter for sundhed, såvel som determinanter for social inequity, er indarbejdet i beslutningerne, som træffes gennem politikken. Derudover skal begreberne bidrage med et sundhedsfremmende perspektiv på det sociale arbejde, som de boligsociale medarbejdere udfører i Tingbjerg. Ud fra dette skal den socio-økologiske model bidrage til en diskussion af, hvilke implikationer den nationale sundhedspolitik får i den lokale kontekst.

4.2 Wackerhausens åbne sundhedsbegreb

Med Wackerhausens åbne sundhedsbegreb søger vi at bringe et individorienteret perspektiv, som vi ikke ser fyldestgørende afklaret i det ovenstående. Desuden argumenterer Wackerhausen for, at der er et behov for at ramme bredere i danske sundhedsstrategier og sundhedstilbud (Wackerhausen, 2005: 44ff).

I det åbne sundhedsbegreb bliver sundhed bestemt som individets kontekstuelle handlekapacitet, hvilket er et udtryk for forholdet mellem individets mål (værdier), individets livsbetingelser og de kropsbundne (psykiske og fysiske) handlefærdigheder (Wackerhausen, 2005: 43). Det åbne sundhedsbegreb respekterer således det enkelte individs mål og autonomi, hvilket gør det operationelt i lokale sundhedsindsatser (ibid.), hvorved det er velegnet til brug vores speciale. Wackerhausens sundhedsbegreb er på den måde mangefacetteret med forskellige betydning for forskellige individer og grupper. Dermed argumenterer Wackerhausen også for, at

sundhedsbegrebet skal have et bestemt indhold og 'substantialiseres' " *via konkrete 'lokale' mål og via analyser af konkrete livsbetingelser*" (Wackerhausen, 2005: 52). Samtidig argumenterer Wackerhausen for, at det er essentielt at sikre en ydre handlefrihed og handlerum gennem en overordnet ramme. De ydre betingelser skal udformes sådan, at individerne støttes i at forøge sine handlefærdigheder og ikke forhindrer individerne i at kunne udfolde sig (Wackerhausen, 2005: 65). Disse pointer er interessante for os, da *Sundere liv for alle* udgør netop en overordnet ramme, der udstikker retningen for, at sundhed skal faciliteres i kommunal kontekst.

Det at være syg defineres af Wackerhausen som, at ens handlefærdigheder i forhold til egne mål er begrænset og derfor ikke rækker til at opnå sundhed, altså nå de mål individet har sat sig for sit liv (Wackerhausen, 2005: 49f). Dette betyder, at sygdom forstås som et subjektivt fænomen, hvor sygdom hos et individ ikke nødvendigvis er lig med sygdom hos et andet.

Når der i det ovenstående refereres til mål, skelner Wackerhausen mellem ægte og uægte mål. Et ægte mål er et mål baseret på individets rationelle og kritiske selvrefleksion og besluttet af individet selv uden tvang. Det er desuden baseret på individets ønsker og handlinger og skal samtidig være etisk og realistisk. Dermed er det centralt, at sundhed ikke defineres af 'behandleren' eller offentlige institutioner, men af borgeren selv (Wackerhausen, 2005: 65). Det, at målet er realistisk, taler ind i, at det skal være inden for subjektets rækkevidde (Wackerhausen, 2005: 55f; 61f). Overfor de ægte mål står de uægte mål. Et uægte mål kommer ikke af subjektets selvbestemmelse, men kan være påvirket af tvang. Denne tvang kan komme både indefra og udefra. Dette dækker også over mål, som individet oplever som sine egne, men som er hentet fra f.eks. en bestemt sundhedsdiskurs, og derfor per definition er et uægte mål. Det interessante er, hvilke konsekvenser fremlæggningen af sundhedsbegrebet i *Sundere liv for alle* har for sundhedsbegreberne i henholdsvis den sociale praksis og forskningsfeltet. Bl.a. fordi man i den nationale, politiske sammenhæng ikke har mulighed for at tage hensyn til subjektets autonomi og ret til selvbestemmelse (Wackerhausen, 2005: 56). Samtidig søger vi at afdække, om de mål, der opstilles i *Sundere liv for alle*, er til stede i, hvordan de boligsociale medarbejdere omtaler sundhed.

5.0 Analyse

Specialets analyse er opdelt i to overordnede afsnit, henholdsvis *Analyse af Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år* og *Analyse af interviews med boligsociale medarbejdere og seniorforsker Paul Bloch*. Det teoretiske fundament beskrevet i specialets teorikapitel kommer først og fremmest i spil i andet afsnit, da Bacchis analysemetode udgør sit eget teoretiske fundament. Dog vil vi i første analyseafsnit anvende teoretiske begreber hentet fra henholdsvis den socio-økologiske model, det åbne sundhedsbegreb, samt vores problemfelt (jf. 2.0) med henblik på at gøre specialets begrebsapparat i de to analysedele overskueligt.

5.1 Analyse af *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*

Første del af analysen tager udgangspunkt i politikken *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. Afsnittet følger Bacchis' analysemodel kronologisk med besvarelse af de seks spørgsmål, hvorefter der følger en delkonklusion.

5.1.1 Spørgsmål 1. Hvordan bliver problemet fremstillet i den konkrete politik?

I *Sundere liv for alle* argumenteres der for forbedring af danskernes sundhedstilstand gennem forøget forebyggelse. På den måde skal politikken fungere som et løsningsforslag med henblik på at forbedre danskernes sundhedstilstand og den sociale ulighed i sundhed. Ifølge Bacchi er politikker ikke kun reaktioner på problemer i samfundet, men samtidig medskabende i at danne problemer. Det er de problemer, som vi ser bliver skabt i politikken *Sundere liv for alle*, vi ønsker at pointere og se på gennem den følgende analyse af problemrepræsentationer og diskurser. Ifølge Bacchi skaber problemrepræsentationen implikationer for, hvordan der tænkes om emnet, samt hvordan individer bliver behandlet og tænker om sig selv, hvilket vil blive fremanalyseret i det følgende (Bacchi, 2009: 1).

I *Sundere liv for alle* beskrives det, at forebyggende og sundhedsfremmende indsatser allerede var igang ved udgivelsen i 2014, men at disse indsatser havde behov for at blive leveret på en ny måde. Især er der tale om den borgerrettede forebyggelse, som finder sted i kommunerne og i

almen praksis. For at opnå dette i kommunal kontekst refereres der til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, som behandler emnerne: alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak. Når der tales om at levere indsatser på en ny måde, skal dette løses gennem partnerskaber. Regeringen inviterer gennem *Sundere liv for alle* civilsamfundet, det private, kommuner og regioner til deltage i udvikling af nye idéer og nye veje til sundhed for alle. Herigennem ønskes der at skabe rammer, som giver danskerne mulighed for at træffe sundere valg (Regeringen, 2014: 4f). Ud fra dette har vi identificeret følgende problemrepræsentationer:

Dårlig sundhedstilstand hos danskerne og ulighed i sundhed i Danmark skyldes manglende eller utilstrækkelige forebyggende indsatser, herunder manglende eller ikke fungerende partnerskaber mellem regeringen, civilsamfundet, det private, kommuner og regioner.

Dårlig sundhedstilstand hos danskerne og ulighed i sundhed i Danmark skyldes manglende eller utilstrækkelig forebyggelse forstået ud fra emnerne fra forebyggelsespakkerne: alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak.

Vi er klar over, at der kan identificeres flere problemrepræsentationer i *Sundere liv for alle*, men vi ser de ovenstående som dominerende i politikken som helhed og som relevant for besvarelsen af specialets problemformulering.

5.1.2 Spørgsmål 2. Hvilke formodninger eller antagelser ligger til grund for denne fremstilling af problemet?

Under dette spørgsmål præsenteres nøglebegreber, kategorier og tilhørende dikotomier, som vi ser fremtræde i politikken. Vi ønsker ved denne præsentation at skitsere, hvilken diskurs og hvilke konceptuelle logikker, vi mener skabes gennem politikken.

5.1.2.1 Nøglebegreber

Det første nøglebegreb, vi har identificeret i *Sundere liv for alle*, er sundhed eller 'det sunde'.

Der pointeres, at der ikke sættes lighedstegn mellem det sunde liv og det gode liv, men sundhed ses i høj grad som en forudsætning for at trives og giver mulighed for at udfolde sine potentialer og muligheder (Regeringen, 2014: 4). Der præsenteres flere sundhedsdiskurser i politikken, som vi vil se nærmere på følgende. Der er den form for sundhed, som i politikken er præsenteret gennem, at et individ følger Sundhedsstyrelsens anbefalede retningslinjer. Det er dette sundhedsbegreb, vi i dette speciale kalder det biomedicinske sundhedsbegreb, som tager udgangspunkt i en patogenetisk tankegang. Dette sundhedsbegreb er i politikken ofte præsenteret ved konkrete og håndgribelige faktorer, der kan ændres gennem tiltag, som ligeledes præsenteres i politikken:

“De nationale mål for danskernes sundhed er ambitiøse. Det kræver bred opbakning, hvis vi om 10 år skal kunne konstatere, at flere har valgt et røgfrit liv, at flere drikker mindre, at fysisk aktivitet og bevægelse er blevet en naturlig del af fleres hverdag, (...)” (Regeringen, 2014: 5).

Således forstås sundhed som at leve et røgfrit liv, kun drikke den anbefalede mængde alkohol, være fysisk aktiv og/eller bevæge sig som en naturlig del af hverdagen. Tages der udgangspunkt i dette sundhedsbegreb, findes løsningen på at være ‘usund’, gennem forebyggelse af nævnte faktorer, hovedsageligt baseret på risikotænkning og de livsstilsvalg, som individet tager.

Der er også eksempler på, at *Sundere liv for alle* skriver sig ind i en sundhedsdiskurs i tråd med det brede sundhedsbegreb og en salutogenetisk tankegang. Dog er omtalen af dette sundhedsbegreb med fokus på sociale faktoreres indvirkning på sundhed og ofte beskrevet kortere og mere diffust: *“(...) og at mental sundhed og trivsel i højere grad er til stede på arbejdspladsen, i skolen, i dagligdagen og i det hele taget”* (Regeringen, 2014: 5). Vejen til denne form for sundhed, skal findes i de sociale netværk og den lokale kontekst, individet bor og agerer i, og er dermed ikke i lige så høj grad alene baseret på, hvilke valg individet tager, men hvilke rammer der er skabt for dette. Vi finder således at *Sundere liv for alle* inddrager elementer fra både det brede og det biomedicinske sundhedsbegreb i sin omtale af, hvad sundhed er. Dog finder vi vægtningen af de to diskurser problematisk, dette uddybes i spørgsmål 4.

Et andet nøglebegreb, vi har udvalgt fra politikken, er ansvar. Udover at der i politikken lægges op til at individet selv har et stort ansvar, når det kommer til individuelle livsstilsvalg, så præsenteres der også en partnerskabsstrategi. Denne skal medvirke til, at der løftes og dermed tages ansvar i fællesskab, når det kommer til danskernes sundhed og med dette sikre lokalt ejerskab:

“Med de nationale mål for danskernes sundhed har regeringen sat kursen. Men regeringen kan ikke løfte opgaven alene. Livet leves nemlig der, hvor vi opholder os i hverdagen. (...) Derfor inviterer regeringen alle - civilsamfundet, det private, kommuner og regioner - til at deltage i indsatsen med at øge sundheden for alle.” (Regeringen, 2014: 5).

Disse måder at omtale ansvaret på kan være flertydig. På den ene side lægger et stort ansvar for individuelle livsvalg op til en tankegang, hvor den usunde eller syge selv er skyld i dette. Dermed bliver målet for politikken at gennemføre adfærdsændring hos den enkelte. Vægtes et sådant ansvar for tungt, kan det bidrage til, at positionere forskellige grupper i samfundet u hensigtsmæssigt i forhold til hinanden. Dette vil blive uddybet i spørgsmål 5. På den anden side taler ovenstående citat ind i, at ansvaret for sundhed deles af individet og samfundet, hvor der sættes fokus på rammer og forudsætninger for sundhed. Her erkendes det, at sundhed og reduktion af social ulighed i høj grad handler om, at der fra politisk side gribes ind overfor hele befolkningen og ikke kun en særlig udsat gruppe. Dette leder desuden tilbage til gradienttilgangen, vi tidligere har præsenteret som fordelagtig at bruge i sundhedsfremmende tiltag (jf. 2.2). Til trods for, at der kan genfindes begge forståelser af nøglebegrebet ansvar i *Sundere liv for alle*, ser vi sidstnævnte som det dominerende med politikkenes fokus på partnerskaber.

Et tredje nøglebegreb, der præsenteres i politikken, er social ulighed i sundhed. Reducering af den sociale ulighed i sundhed er formuleret som det første mål i politikken. I følgende citat, omhandlende de syv målsætninger for politikken, skildres den forståelse af ulighed i sundhed, som, vi mener, er fremtrædende:

“Målene tager afsæt i KRAM-faktorerne kost (overvægt), rygning, alkohol og motion, der skaber de største sundhedsudfordringer for middellevetid, gode leveår og social ulighed i sundhed.” (Regeringen, 2014: 5)

Her fremsættes dårlig sundhedstilstand, defineret gennem KRAM-faktorerne, som årsagerne til social ulighed i sundhed, som desuden skildres som direkte relateret til middellevetiden. En sådan definition fremstår ensidig, for selvom KRAM-faktorerne på forskellig vis indgår som en del af de sociale determinanter for sundhed, kan de ikke stå alene uden inddragelse af de resterende determinanter for social ulighed i sundhed (jf. 4.1). Denne forståelse nuances dog senere:

“Uligheden i sundhed tager sin begyndelse allerede ved fødslen og fortsætter livet igennem. Børn af forældre, med ingen eller kun kort uddannelse, har en større risiko for at blive genindlagt ved fødsel, mindre sandsynlighed for at få deres børneundersøgelser og børnevaccinationer og øget risiko for livsstilssygdomme senere i livet som følge af et usundere kostmønster, rygning og fysisk inaktivitet end børn af forældre med lang uddannelse.” (Regeringen, 2014: 4)

Her fremgår KRAM-faktorerne, defineret gennem *livsstilssygdomme senere i livet*, som sidestillet med den sociale ulighed i sundhed. Dog inddrages der også uddannelsesniveau, som en faktor, og som årsag til årsagerne bag dårlig sundhedstilstand og social ulighed i sundhed. Således bliver den ensidige fremstilling af KRAM-faktorer som årsag nuanceret. Men til trods for inddragelse af et større antal determinanter for social ulighed i sundhed, bliver der ikke taget højde for gensidig afhængighed mellem samtlige determinanter for social ulighed i sundhed (jf. 4.1.1). Det er ifølge Dahlgren og Whitehead ikke meningsfyldt kun at inkludere enkelte determinanter i politiske dokumenter, som der her gøres i *Sundere liv for alle* (jf. 4.1). Desuden er det forældrenes uddannelsesniveau, der benævnes som problematisk Under Marmot og Wilkinsons beskrivelse af den sociale determinant starten af livet, vises det, hvordan manglende stimulering i barndommen kan medføre lavt uddannelsesniveau for barnet gennem voksenlivet (jf. 2.1.3). Denne facet er ikke medtaget i ovenstående citat fra politikken.

5.1.2.2 Dikotomier

Social ulighed i sundhed præsenteres som værende relateret til blandt andet middellevetiden, altså betyder et langt liv et sundt liv. Samtidig sættes der lighedstegn mellem ulighed i social sundhed og social ulighed i dødelighed gennem følgende:

“Der er mange faktorer, der spiller ind på den sociale ulighed i sundhed. De væsentligste er rygning og alkohol, der kan forklare 60-70 pct. af den sociale ulighed i dødelighed blandt danskerne. Men også kost og motion har betydning for social ulighed i sundhed.” (Regeringen, 2014: 6)

Med denne udlægning af social ulighed i sundhed skabes der en logik, som går på, at et langt liv er lig med et sundt liv, og at et liv uden (biomedicinsk) sygdom er et sundt liv. Her fungerer et sundt liv, kontra et liv med sygdom, som en dikotomi. Ligeledes ses et langt liv per automatik som en modsætning til et liv med sygdom. Ydermere sættes der lighedstegn mellem et langt liv, et sundt liv og et godt liv. Disse dikotomier kan have konsekvenser for mennesker, der har en diagnose eller sygdom, men som stadig lever et sundt og godt liv, ud fra deres egen selvforståelse. Samtidig skaber dikotomierne indirekte en forståelse af, at hvis du ikke er syg, så er du sund, hvilket kan have negative konsekvenser for, hvordan individer positionerer sig selv i forhold til dette. Derudover kan dikotomierne forårsage en manglende forståelse for, hvordan man kan være usund f.eks. inden for det brede sundhedsbegreb. Her kan det at være usund være noget andet end ikke at være biomedicinsk syg og kan derfor også skyldes andre faktorer end kost, motion og rygning. Ifølge Wackerhausen skal sygdom forstås som et subjektivt fænomen, hvor sygdom hos et individ ikke nødvendigvis er sygdom hos et andet (jf. 4.2). Vi mener, at denne dikotomi lægger op til, at sygdom gøres til et objektive fænomen. Det kan også medvirke til, at det, der ikke opfattes som usundt i politikken, bliver negligeret, f.eks. det at være arbejdsløs i en sundhedskontekst. Den socio-økologiske model fremstiller en række konsekvenser ved arbejdsløshed, der rækker ind i både de sociale og sundhedsmæssige aspekter i livet (jf. 4.1), i forhold til dette er politikken fremstilling problematisk.

5.1.2.3 Kategorier

Der bliver opstillet flere kategorier i politikken, som vi vil synliggøre i det følgende. Først har vi identificeret kort uddannelse og lang uddannelse, som kategoriseringer af borgere baseret på deres uddannelsesniveau. Der skelnes i politikken tydeligt mellem dem, der har kort uddannelse og dem, der har lang uddannelse. Uddannelsesniveautet relateres yderligere til, hvilken sundhedstilstand gruppen har:

“(...) Samtidig forekommer de fleste af de store kroniske sygdomme oftere hos personer med en kort uddannelse end hos personer med en lang uddannelse, og som regel er konsekvenser som nedsat funktion og arbejdsevne alvorligere hos personer med en kort uddannelse.”

(Regeringen, 2014: 6)

Politikken er inddelt i fire kapitler, og under kapitel to *Nationale mål for danskernes sundhed* er der opstillet syv mål. Uddannelsesniveautet bliver pointeret som værende årsag eller medvirkende årsag til sundhedstilstanden under mål et, tre, fire og fem og inddirekte under mål seks, hvor sundhedstilstanden beskrives som værende afhængig af, hvilken socioøkonomiske gruppe man tilhører. Dette kunne være en problemrepræsentation i sig selv. Vi vælger dog at se nærmere på, hvordan politikken præsenterer et bestemt sundhedsmønster hos folk med henholdsvis kort eller lang uddannelse. Årsagssammenhængen mellem uddannelse og sundhed taler ind i brede sundhedsbegreb og fokus på at inddrage mange af de sociale determinanter for sundhed. Men i denne sammenhæng ser vi, at kategoriseringen får konsekvenser for de pågældende individer. Ifølge Bacchi kan den kategorisering af individer medføre, at den lavt uddannedes individuelle muligheder og potentialer for at passe ind i den anden kategori besværliggøres. Fordi de ikke kan ‘bryde ud’ af kategorien, da den er baseret på et bestemt karaktertræk hos individet, her uddannelsesniveau, og at dette karaktertræk medfører usund adfærd. Det bliver en enten-eller opdeling af individer og disses muligheder og potentialer for at være sund, hvilket ikke ses som hensigtsmæssig (Bacchi, 2009: 12). Desuden fremstilles gruppen af lavtuddannede som problematisk på baggrund af deres uddannelsesniveau, da et lavt uddannelsesniveau bliver fremstillet til at være uforeneligt med et sundt liv. Det er her værd at bemærke, at politikken, med opdeling af borgerne i kategorier, er imod gradienttilgangen, som beskrevet i *Problemfelt*. Dette fordi den fokuserer på gabet mellem de lavt og højt uddannede (jf. 2.2).

Udover uddannelsesniveaueet bliver der også i politikken skabt kategorier som *rygere* og *overvægtige*, i modsætning til *ikke-rygere* og *normalvægtige*. Det at kategorisere folk, der ryger eller er overvægtige, med en label, hvor de er deres usunde vane, kan påvirke individets selvforståelse. Der er forskel på, om et individ tænker sig som ryger eller ikke-ryger i relation til sundhedsadfærd eller som en identitet. Det, at netop disse to kategorier er kategoriseret på denne måde, vidner samtidig om, hvor store problemer overvægt og rygning er repræsenteret til at være i *Sunder liv for alle*. Kategoriseringer vil ifølge Bacchi have konsekvenser for, hvordan folk ser sig selv og i høj grad også, hvordan de ser andre (Bacchi, 2009: 9). Dette kan desuden have en stigmatiserende effekt, hvilket vil blive uddybet under spørgsmål 5.

På baggrund af de ovenstående nøglebegreber, dikotomier og kategorier opererer *Sunder liv for alle* og de to dominerende problemrepræsentationer ud fra to, tilsyneladende forskellige antagelser om sundhed og perspektiver på forebyggelsestænkning, henholdsvis det patogonesiske og det salutogenesiske. Disse begreber lægger op til forståelser af, hvad der er sundt og usundt som i sig selv forstås som dikotomier. Der fremgår i repræsentationen af sundhed en præferencestruktur, hvor ét sundhedsbegreb bliver dominerende og mere værdifuldt, end et andet. Der opstår et hierarki blandt sundhedsbegreberne. Samtidig bliver det antaget, at det sunde liv er lig med det gode liv, som ikke nødvendigvis passer ind i et bredt sundhedsbegreb, som politikken søger at rumme. Disse antagelser om sundhed udgør fundamentet for hele politikken, men risikerer også at skabe problemer for gennemførelsen af denne, fordi der trækkes i to retninger.

5.1.3 Spørgsmål 3. Hvordan er denne fremstilling af problemet opstået?

I vores genealogiske analyse har vi valgt at afgrænse os til at gå 30-40 år tilbage i tiden. Dog vil vi indledende beskrive enkelte hændelser, der ligger før dette, men som er vigtige, fordi de danner grundlag for den sundhedspolitiske udvikling, der var i 1980'erne. Vi er klar over, at Bacchi anbefaler, at man går flere århundrede tilbage for at belyse kulturelle og historiske værdier bag en problemrepræsentation (Bacchi, 2009: 11), denne afgrænsning er med udgangspunkt i specialets omfang. Dette kan dog betyde, at vi, i vores historiske gennemgang,

risikerer at have overset begivenheder, som kan være af betydning for udformningen af sundhedspolitik og dermed forståelsen af den problemrepræsentation, vi undersøger.

5.1.3.1 Fremvæksten af sundhedsfremme

Overordnet er der fire strømninger, som efter Anden Verdenskrig gradvist har fået større betydning for den politiske og sundhedsfaglige dagsorden internationalt:

- Sundhed som en menneskerettighed
- Fra smitsomme sygdomme til ikke-smitsomme sygdomme
- Sociale determinanter for sundhed
- Health in All Policies

(Grønbæk et al., 2016: 22ff).

I 1977 blev det ved WHO's generalforsamling besluttet, at det vigtigste mål for de kommende årtier var, at alle borgere i verden i år 2000 skulle have et sundhedsniveau, der gjorde dem istand til at leve et socialt og økonomisk produktivt liv. Ydermere kom Alma Ata-deklarationen, der fokuserede på nytænkning af sundhedsindsatser med lokal forankring i den primære sundhedstjeneste i 1978 (Kamper-Jørgensen, 2011: 44). Med dette bagtæppe blev *Sundhed for alle i år 2000*-strategien til i WHO's Europaregion i 1984, og Ottawa-charteret for sundhedsfremme blev udformet i 1986. Ottawa-charteret markerer et paradigmeskifte i forebyggelsestænkning og introducerede sundhedsfremmebegrebet. Sundhedsfremme forbindes her med at fremme de positive faktorer, der fører til sundhed fra et bottom-up perspektiv (Kamper-Jørgensen & Jensen, 2011: 37ff). I bogen *Forebyggende sundhedsarbejde*, opstiller Finn Kamper-Jørgensen og Bjarne Bruun Jensen en skelnen mellem forebyggelsestænkning før og efter Ottawa-charteret:

Før Ottawa-charteret	Efter Ottawa-charteret
Orienteret mod risikofaktorer	Bredt sundhedsbegreb
Medicinsk orienteret mod sygdom (Patogenetisk perspektiv)	Sundhedsorienteret (Salutogenetisk perspektiv)
Tilrettelagt af eksperter på eksperternes betingelser	Sigter mod at inddrage den enkelte borger
Orienteret mod individer	Rettet mod hele befolkningen
Offeret er selv skyld i sin sygdom	Både individuelt og samfundsmæssigt ansvar
Målet er at gennemføre adfærdsændring hos den enkelte	-
Tænkning og indsats er middelklasseorienteret	-
Social ulighed er ikke indbygget i programmerne	Fokus på: Rammer og forudsætninger for sundhed Empowerment Politisk indfaldsvinkel Samarbejde mellem sektorer Tilbud tilpasset modtagerens forskellige behov

(Kamper-Jørgensen & Jensen, 2011: 38)

Det nye begreb har således fokus på empowerment og det enkelte individ. Med afsæt i det brede sundhedsbegreb kan ovenstående tabel tolkes som en række modsætningsforhold. Før Ottawa-charteret var sundhedspolitik præget af eksperter, middelklassen, 'victim blaming' og med mindre fokus på social ulighed i sundhed. Efter Ottawa-charteret fokuseres der på sundhed i bred forstand, og der sker inddragelse af individet uden at placere hele ansvaret her. Før Ottawa-charteret finder vi en forebyggelsestænkning, som forbindes med fokus på faktorer, der forebygger sygdom således, at risikotænkning ofte er drevet af et top-down perspektiv (Jensen, 2005: 68f; Vallgård, 2005: 16ff). Disse internationale strømninger og beslutninger har inspireret den danske forebyggelsesudvikling, som følgende vil blive skitseret.

5.1.3.2 Dansk forebyggelsesudvikling og danske folkesundhedsprogrammer

I 1987 blev øverste myndighed indenfor sundhed udskilt fra Indenrigsministeriet, og Danmark fik et egentlig sundhedsministerium. Dette blev begyndelsen på to store projekter; en samlet sundhedslov og regeringens forebyggelsesprogram. Sundhedsloven blev aldrig vedtaget, men der var politisk enighed om at styrke forebyggelsen. I 1989 fremlagde regeringen et forebyggelsesprogram på tværs af Arbejds-, Bolig-, Industri-, Justits-, Kultur-, Landbrugs-, Miljø-, Skatte-, Social-, Trafik-, Sundheds- samt Undervisnings- og Forskningsministeriet. Herved blev det brede sundhedsbegreb forsøgt udmøntet i en landsdækkende organisatorisk praksis. Dog erkendte man samtidig i programmet, at intentionerne bag ikke kunne føres ud i livet uden samarbejde med bl.a. decentrale myndigheder og patientforeninger, hvilket ikke var på plads på daværende tidspunkt. Programmet bidrog derfor først og fremmest med koordinering, prioritering og rammer for opfølgning af initiativerne. Forebyggelsespolitiske virkemidler blev beskrevet med særlig vægt på indsatser, der kunne skabe sundere livsstil i befolkningen. Især var der fokus på ernærings-, tobak- og alkoholpolitikken. Det socialpolitiske blev eksempelvis kun perifert berørt (Kamper-Jørgensen, 2011: 53f). Således kan man sige, at til trods for at forebyggelsesprogrammet udgiver sig for, at rumme det brede sundhedsbegreb, bærer det præg af en biomedicinsk sundhedsforståelse. Efter to år blev der fremlagt en opfølgning på programmet, der viste, at der var igangsat en række initiativer, især i amter og kommuner, bl.a. et Sund By-netværk, som skulle føre *Sundhed for alle år 2000* ud i livet i Danmark. Dette netværk eksisterer stadig i dag.

I 1994 trådte Sundhedsplanlægningsloven i kraft. Her blev amter og kommuner forpligtet til at forholde sig til sundhedsfremme og forebyggelse. I 1994 udkom der ligeledes analyser, som viste, at danskerne havde en dårligere sundhedstilstand end forventet, og at overdødeligheden, som fulgte den dårlige sundhedstilstand, i høj grad kunne forebygges. Dette var første gang, at det offentlige italesatte sundhedsmæssig og samfundsmæssig marginalisering af ca. 20 pct. af befolkningen, kaldet '80/20-problemstillingen'. Man foreslog en indsats for, at ændre befolkningens sundhedsvaner og levekår, bl.a. ved at styrke forebyggelsen hos de praktiserende læger. Senere samme år blev der lagt op til en bredere forebyggelsesindsats, hvilket i de følgende år førte til, at kampen mod tobak blev intensiveret, der kom ændret lovgivning for børnesundhed med vægt på sundhedsfremme og forebyggelse. Samtidig blev sundhed gjort til et prioriteret

emne af Undervisningsministeriet (Kamper-Jørgensen, 2011: 54f). I 1997 blev en ny forebyggelsesstrategi, som i høj grad søgte at holde fast i idealet om et bredt sundhedsbegreb og de nye tendenser indenfor forebyggelsen, fremlagt. Senere har en række andre ændringer i den bredere politiske kontekst, haft betydning for forebyggelse: arbejdsløsheden blev fra midten af 1990'erne mindre, der blev vedtaget handleplaner for sundere arbejdsmiljø op mod 2005, og indsatser for renere miljø og sundere og ufarlig fødevarerproduktion blev gennemført. I 1998 blev forebyggelse også inkluderet i Sociallovgivningen. Fra 1995 foreskrev Sygehusloven at hospitalerne skulle være med til, at udvikle den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, og der blev dannet omfattende netværk af sundhedsfremmende sygehuse. Dog blev bestemmelsen fjernet igen i 2007, netværkene blev nedlagt og man flyttede sundhedsfremme og forebyggelse ud i kommunalt regi. Konsekvenserne heraf, vil vi tydeliggøre under spørgsmål 6.

I 1999 udgav den daværende regering *Folkesundhedsprogram 1999-2008*, der indeholdt to overordnede mål: et om længere liv med højere livskvalitet og et om at reducere social ulighed i sundhed. Til forskel fra det tidligere program fra 1989, havde programmet ikke som sådan et sygdomsperspektiv, men var fokuseret på risikofaktorerne for sygdom. Ydermere lagde programmet op til en styrket indsats efter aldersgrupper og forebyggelsesarenaer. Som noget nyt fik størstedelen af programmet kvantitative målsætninger og monitoreringsprogrammer (Kamper- Jørgensen, 2011: 55ff). Folkesundhedsprogrammet fra 1999 satte dagsordenen for den amtskommunale sundhedsplanlægning og mange af programmets mål og aktiviteter, kunne genfindes i amtskommunernes sundhedsprogrammer (Kamper-Jørgensen, 2011: 58). I 2002 blev politikken *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010* fremlagt. Sammenlignet med det foregående program blev de overordnede mål i stor udstrækning fastholdt, men 'det gode liv' og arbejdsmiljø fik en mere fremtrædende position. Risikofaktorperspektivet blev fastholdt, men der var ikke længere fokus på at opnå social lighed ved hjælp af en forstærket indsats målrettet de dårligst stillede grupper. Partnerskaber er i høj grad inddraget i programmet, både ved hjælp af spørgsmålene "*Hvad kan den enkelte gøre? Hvad kan vi sammen gøre? Og hvad kan det offentlige gøre?*" (Kamper-Jørgensen, 2011: 62), men også mellem myndigheder og f.eks. foreninger. I programmet lægges der op til, at der anvendes en række virkemidler til at forbedre sundheden, men den økonomiske dimension blev ikke omtalt, og der var kun afsat små budgetmidler til programmet i startfasen. Alt i alt fik

programmet ikke den rolle, det var tiltænkt i regeringens sundhedspolitik, fordi man var mere optaget af sygehussektoren og sygdomme som kræft og hjertesygdomme (Kamper-Jørgensen, *ibid.*).

I stedet var det tidligere nævnte Sund By-netværk en drivkraft for forebyggelsesarbejdet i amter og kommuner forud for kommunalreformen. Københavns og Horsens Kommune forpligter sig bl.a. til at implementere WHO's strategi *Sundhed for alle år 2000*. I 1996 vedtog man i Horsens Kommune Horsens-deklarationen om sundhedsfremme og forebyggelse. Denne blev i 2001 afløst af Horsens-deklarationen om bæredygtighed og sundhed for alle, der havde fokus på det brede sundhedsbegreb. Denne indeholder en række værdier som byrådet lægger til grund for sit arbejde. Deklarationen har også gyldighed efter kommunalreformen i 2007 (Kamper-Jørgensen, 2011: 62f).

5.1.3.2.1 Forebyggelsesudvikling efter kommunalreformen

Med kommunalreformen blev ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse i det offentlige samlet i kommunerne, der hermed fik pligt til at "*skabe rammer for sundt levevis*" (Sundhedsloven, LBK nr. 903, 2019, §119). Reformen blev gennemført af VK-regeringen, og hovedargumentet var, at amtskommunerne var for små til at kunne tilbyde borgerne højt specialiseret behandling i hospitalsvæsenet. Samtidig med strukturændringen blev Indenrigs- og Sundhedsministeriet sammenlagt, og der blev gennemført en ny samlet sundhedslovgivning (Kamper-Jørgensen, 2011: 63f). I forbindelse med opgaveomlægningen blev der overført økonomiske midler fra stat og amter til regionerne og kommunerne. Dog viste det sig, at kommunerne i løbet af det første år brugte omkring dobbelt så meget, som de fik overført. Dette tydeliggør kommunernes vilje til at prioritere opgaven. På den anden side afholder staten, regionerne og kommunerne årlige forhandlinger om opgavefordeling og økonomi, og her tillades det f.eks. ikke, at regeringens skatteloft ophæves. Dette besværliggør, at kommunerne kan realisere deres sundhedspolitiske planer (*ibid.*).

I 2009 blev *Sundhedspakke 2009* introduceret. Denne havde, i relation til ulighed i sundhed, til formål at gennemføre projekter, der styrkede forebyggende indsatser i forhold til mindre ressourcestærke grupper og udsatte børn og unge. Derudover skulle der laves målrettet

vejledningsmateriale om motivation til livsstilsændringer hos mindre ressourcestærke grupper (Regeringen, 2009: 26ff). S-R-SF-regeringen lagde i 2011 vægt på forebyggelse som en af nøglerne til, at løse ulighed i sundhed. På den baggrund blev den nuværende nationale sundhedspolitik, *Sundere liv for alle - nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, som er genstand for indeværende analyse, udgivet i 2014 (Geil et al., 2016: 25).

5.1.3.2 Evidens og standardisering

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 opstod der en diskussion om forebyggelsens evidensgrundlag. Tanken om, at alle indsatser skulle dokumenteres ved hjælp af randomiserede, kontrollerede forsøg, ligesom i klinisk medicin, blev udbredt indenfor forebyggelse og sundhedsfremme. Dette affødte en bevidsthed om, at sådanne evidenskriterier ikke direkte kunne overføres til forebyggelsesarbejdet, men at det var nødvendigt at trække på andre vidensformer. Til trods for denne bevidsthed fik Forebyggelseskommissionen i 2008 til opgave at vurdere eksisterende tiltag og foreslå nye indsatser, der på et dokumenteret og omkostningseffektivt grundlag kunne medvirke til at forlænge danskernes middellevetid. Samtidig har kommunerne løbende efterspurgt videnskabelig dokumentation for de indsatser, der skal igangsættes lokalt. Altså opstår der en konflikt mellem den patogenetiske og salutogenetiske vidensform (jf. 1.1.1). Kommunerne har været kritiseret for, at tilbuddene på sundhedsområdet er varierende i indhold og kvalitet. Samlet set har dette resulteret i større fokus på systematik og standardisering i kommunalt regi. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der anvendes i *Sundere liv for alle*, kan forstås som et led i denne standardiseringsproces (Geil et al. 2016: 36ff).

5.1.3.3 Statistisk fundament for *Sundere liv for alle*

Bacchi præciserer, at når statistikker præsenteres i en politik, bør disse undersøges, og der bør reflekteres over, bl.a. hvilke statistikker der inddrages og udelades, hvordan de anvendes, og hvordan dette taler ind i den konkrete politik og dennes problemrepræsentation (Bacchi, 2009: 10f). I *Sundhed for alle* refereres der til statistik under alle målene for danskernes sundhed. I det følgende har vi valgt at undersøge de statistikker, der refereres til under mål 1: *Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes* (Regeringen, 2014: 7), da dette mål er særligt relevant for specialets problemformulering. Der refereres her til rapportererne *Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år - betydningen af rygning og alkohol* og *Social ulighed i indlæggelser*,

begge udgivet af Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet i 2013. Det er vigtigt at påpege, at nævnte rapporter ikke lægges til grund for politikens bud på, hvordan social ulighed i sundhed kan reduceres, men som forklaring på social ulighed i sundhed, hvorfor vi ser, at de taler ind i den problematik, der er præsenteret tidligere og bekræfter, at politikken sætter lighedstegn mellem et sundt liv og et langt liv. *Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år - betydningen af rygning og alkohol* er baseret på registerdata, og studiepopulationen er derfor hele Danmarks befolkning over 30 år (Juel & Koch, 2013: 12ff). Den anden rapport tager udgangspunkt i data fra Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse fra 2005, desuden blev respondenterne efterfølgende fulgt i Landspatientregistret frem til 2011. Undersøgelsen er en national repræsentativ undersøgelse om sundhed, sygelighed og trivsel blandt voksne danskere (Davidsen et al., 2013: 3ff). I analysen indgår fire uddannelsesgrupper, men i resultatafsnittet fremstilles udelukkende resultater for gruppen med den korteste uddannelse, der bliver sammenlignet med gruppen med den længste uddannelse (Davidsen et al., 2013: 8). Således udelades en stor gruppe danskere fra fremstillingen af resultaterne, hvilket kan bidrage til at skabe et polariseret og unuanceret billede med fokus på kategorier, hvilket også er berørt i spørgsmål 2, 4 og 5. For begge rapporter gælder det, at de har et biomedicinsk fokus. F.eks. beskrives det i notatet *Social ulighed i indlæggelser*, at formålet er at opgøre, hvor meget rygning, alkohol, fysisk aktivitet, BMI samt mentalt helbred kan forklare den sociale ulighed i indlæggelser (Davidsen et al., 2013: 5). Vi finder det paradoksalt, at en politik, som søger at rumme det brede sundhedsbegreb, forklarer og dokumenterer social ulighed i sundhed udelukkende ved hjælp af forskning med et biomedicinsk sigte, når sundhed og ikke mindst ulighed i sundhed også afhænger af sociale determinanter. Den sociale dimension af sundhed er dermed udeladt fra dokumentationen af problemet til trods for, at årsagerne til ulighed i sundhed også skal findes i betydningen af at være fattig, arbejdsløs, socialt ekskluderet og stigmatiseret (jf. 2.1). Det er ikke vores mening, at det biomedicinske sundhedsbegreb ikke skal medtages eller ikke er vigtigt, men vi stiller os kritiske overfor, at der ikke indgår flere sociale perspektiver i det forskningsmæssige fundament. Især når dette fundament skal dokumentere nødvendigheden af et politisk mål om at nedbringe social ulighed i sundhed.

5.1.3.4 Sammenfatning af ‘Hvordan er denne fremstilling af problemet opstået?’

Sammenfattende kan der siges, at problemrepræsentationerne, identificeret i analysens spørgsmål 1, ligger i forlængelse af en problemrepræsentation, som i større eller mindre grad har været gældende gennem de sidste 30-40 år. Det brede sundhedsbegreb har været et politisk mål internationalt siden 1970'erne og har været på den politiske dagsorden siden 1980'erne i Danmark. Det brede sundhedsbegreb har i stigende grad været forsøgt indarbejdet i dansk sundhedspolitik gennem de sidste årtier og samtidig er forebyggelse blevet indarbejdet i flere andre politiske områder, som undervisning, arbejdsmarkedspolitik og socialpolitik. På trods af dette bygger langt de fleste danske sundhedspolitikker alligevel på risikotænkning og således biomedicinske sygdomsfaktorer. Idéen om evidensbaserede indsatser indenfor sundhedsfremme kommer i nogen grad til at stå i vejen for inkorporeringen af sociale determinanter for sundhed og dermed også det brede sundhedsbegreb på det politiske område. Samtidig er det i et universelt velfærdssamfund som Danmark essentielt, at alle borgere har adgang til samme sundhedsydelser. Med dette in mente, mener vi at se en konflikt mellem evidensbaserede og standardiserede indsatser og reducere af social ulighed, bl.a. fordi det er svært at måle effekterne af indsatser af mere social karakter.

5.1.4 Spørgsmål 4. Hvad ses som uproblematisk ved denne fremstilling af problemet? Hvad bliver der tiet omkring? Kan problemet fremstilles anderledes?

Følgende besvarelse af spørgsmål 4 er en uddybning af de problemrepræsentationer vi har identificeret i spørgsmål 1 samt af vores skitsering af nøglebegreber, kategorier og dikotomier i spørgsmål 2. Disse vil blive undersøgt med kritiske briller og analyseret i forhold til hinanden for at synliggøre eventuelle fordrejninger af problemet. Herigennem vil vi sætte fokus på, hvad der forbliver usagt eller ikke problematiseret. Desuden bliver disse fund sat i kontekst ved inddragelse af pointer fra spørgsmål 3, hvor vi har beskrevet problemrepræsentationens historiske oprindelse.

I besvarelsen af spørgsmål 2 om nøglebegreber, dikotomier og kategorier er det beskrevet, hvordan ét sundhedsbegreb prioriteres højere end et andet, hvilket er med til at begrænse, i hvor høj grad det andet sundhedsbegreb tilgodeses. Det faktum, at det biomedicinske sundhedsbegreb får mere ‘taletid’ i politikken, præsenterer det sundhedsbegreb som vigtigere end det brede

sundhedsbegreb. Dette kan underbygges af første sætning i politikken “*Sundere liv for alle er regeringens bud på en ny ramme for en ambitiøs forebyggelsespolitik*” (Regeringen, 2014: 4). Her bliver sundhedspolitikken som helhed iscenesat som en forebyggelsespolitik. Som beskrevet under spørgsmål 3 er begrebet forebyggelse historisk set placeret inden begrebet sundhedsfremme. I forebyggelse er der fokus på de biomedicinske risikofaktorer, som bliver bestemmende for, hvilke sundhedstiltag der er relevante. En logik, der tilgodeser det biomedicinske sundhedsbegreb og forebyggelse, medfører dermed, at der til en vis grad bliver tættet om vigtigheden af andre dimensioner af sundhed, som sundhedsfremme frem for forebyggelse. For yderligere at tydeliggøre, hvordan et begreb fremhæves, og hvordan der bliver tættet om et andet, kan det nævnes, at ordet sundhedsfremme bruges tre gange i *Sundere liv for alle*, mens ordet forebyggelse bruges et hundrede gange. I politikken skrives der desuden ”(...) *og at vi leverer forebyggelse på en ny måde*”, det pointeres altså, at der skal skabes en ny retning i den danske sundhedspolitik. Men politikken hænger fast i gamle begreber, der er med til at holde fast i en diskurs med et biomedicinsk sundhedsbegreb som fundament.

Fokus på KRAM-faktorer og livsstils vigtighed for individets sundhed medfører, at nogle sociale determinanter for sundhed prioriteres højere end andre. Dette er konsekvenser i politikkens problemrepræsentation. Dette medfører, at de sociale determinanter der ikke prioriteres i politikken ikke får en egentlig betydning, når politikken skal gennemføres i praksis. Dette skal ikke forstås som, at politikken fuldstændig udelader visse determinanter, men skal ses i lyset af, hvilken vægtning der tildeles de forskellige i problemrepræsentationen, og dermed hvad der bliver præsenteret som vigtigst. Med fokuset på at individet skal ændre sine livsstilsvalg, bliver politikken til en vis grad blind for de bagvedliggende årsager til, at individet eksempelvis ryger, drikker eller er overvægtigt. I de bagvedliggende årsager findes problemstillinger af social karakter, der må løses før, individet kan træffe sunde valg. Relateres dette til de indledende spørgsmål i afsnittet, er der altså ikke direkte tættet om andre ‘problemer’, men vi ser i høj grad at problemrepræsentationen, gennem en anden vægtning, kunne fremstilles anderledes.

Med afsæt i ovenstående identificerer vi yderligere et problem i måden nøglebegrebet ansvar bliver italesat og problematiseret på. Med vægtningen af sundhedsbegreberne og de forskellige sociale determinanter bliver der implicit lagt en bestemt rækkefølge for, hvem der ‘først’ skal

tage ansvar. Vægtningen af downstream determinanterne, som relaterer sig til det biomedicinske og patogenetiske perspektiv, tillægger individet et større ansvar for sin sundhed end det ansvar, der skal komme fra politisk side, og som er gældende for upstream determinanterne. Denne fremstilling af ansvarsfordelingen tillægger samfundet mindre ansvar. Ansvarsfordelingen kunne være præsenteret anderledes ved et større fokus på downstream determinanterne. Som før ønsker vi at pointere, at det ikke er vores opfattelse, at der i politikken ikke tages hensyn til upstream determinanterne.

Desuden kan politikkers formuleringer af ansvar for at opnå bestemte sundhedsmål fungere som uægte mål hos individet i henhold til det åbne sundhedsbegreb (jf. 4.2). Dette fordi f.eks. rygning bliver taget for givet som en problematisk sundhedsadfærd, hvilket det er, i en biomedicinsk forstand, men det er ikke nødvendigvis alle individer, der har rygestop som et ægte mål.

Sammenfattende kan det siges, at der flere gange gennem *Sundere liv for alle*, italesættes, at sundhed skal faciliteres gennem sundhedsfremme, som har et salutogenetisk perspektiv. Vi ser dog en tendens til, at der lægges op til, at dette skal ske ved 'forebyggelse gennem sundhedsfremme' og således ud fra en patogenetisk logik. Dette ses blandt andet ved, at sundhedsfremme konsekvent bliver italesat i relation til forebyggelse (Regeringen, 2014: 4; 20). Denne logik kommer i nogen grad til at gøre politikken blind for andre måder at se problemet på, og dermed hvilke andre løsninger der kunne være relevante. Derfor kunne en anden måde at fremstille problemet på være med den salutogenetiske logik som linse, hvor man i højere grad forsøger at ændre de underliggende årsager. Dog problematiseres både samfundsmæssige rammer for sundhedsadfærd og de sociale dimensioner af sundhed gennem anbefalingerne i politikkers tilhørende forebyggelsespakker. Vi ser det dog ikke som fyldestgørende, fordi det sættes ind i en patogenetisk logik gennem *Sundere liv for alle*, hvor det politiske ansvar problematiseres i mindre grad. Igen, der ties ikke om, at der er andre problemer end de biomedicinske sygdomsfaktorer, men den problemrepræsentation vi finder i *Sundere liv for alle*, skaber en fremstilling der gør det svært at se vigtigheden af de samfundsmæssige rammer for sundhedsadfærd.

5.1.5 Spørgsmål 5. Hvilke effekter producerer denne fremstilling af problemet?

I følgende spørgsmål dykker vi ned i, hvilke konsekvenser de problemrepræsentationer, vi har præsenteret gennem ovenstående analyse, har for bestemte grupper i samfundet. Vi har valgt at sætte fokus på de subjektiverende og diskursive effekter, da disse er af størst relevans for specialets problemformulering.

Gennem besvarelsen af spørgsmål 2 fremstilles der udlægninger af nøglebegreber, kategoriseringer og dikotomier. Disse udlægninger finder vi medskabende til det, Bacchi kalder *dividing practices*. Det er den dynamik, der med en bestemt problemrepræsentationen, sætter grupper af borgere i opposition til hinanden (Bacchi, 2009:16). Dette medfører subjektiverede effekter: højtuddannede klassificeres som sunde og bliver sat i opposition til lavtuddannede, der klassificeres som usunde gennem dårlig livsstil. Sættes dette i relation til den ansvarsfordeling, politikken lægger op til, medfører det, at lavtuddannede, der (som gruppe) har dårlig livsstil, identificeres som minoriteten, og de højtuddannede bliver (som gruppe), den sunde majoritet. Denne identificering af oppositioner, som værende enten en majoritet eller minoritet, kan bruges til at fremme måde majoriteten opfører sig på, frem for den måde minoriteten opfører sig på (Bacchi, 2009:17). I *Sundere liv for alle* skaber det en stigmatisering af de lavtuddannede, hvor der insinueres, at de opfører sig forkert og burde opføre sig som de højtuddannede. Ovenstående *dividing practices* medfører negativt stigma, der er medvirkende til at positionere den lavtuddannede gruppe som værende ansvarlig for deres dårlige sundhedstilstand. I dette tilfælde bliver det lavtuddannede individ gjort til problemet og skal derfor selv tage ansvar for egen sundhed ved at træffe andre livsstilsvalg (forstået gennem det biomedicinske sundhedsbegreb). Denne diskurs om de lavtuddannede borgere kan resultere i, at disse borgere får sundhedstjenester af lavere kvalitet end de højtuddannede borgere grundet stigmatisering i mødet med sundhedsvæsenet, eller at de ikke opsøger dette i samme grad, fordi de selv føler sig skyldige i deres dårlige helbredstilstand. Qua ovenstående og den biomedicinske sundhedsdiskurs, politikken skriver sig ind i, bliver problemrepræsentationen *common-sense* eller almindelig sund fornuft. Dette bliver bestemmende for, hvad der kan tænkes om problemet, hvilket har den diskursive effekt, at andre måder at tænke om problemet og undersøge emnet på udelukkes. Dette får både implikationer for individerne, som beskrevet ovenover, og for udformningen af fremtidige sundhedspolitikker, fordi *common-sense* reproduceres. Samtidig er

dette medvirkende til, at når politikker udarbejdes, søges der at løse et 'problem' bestemt af common-sense i stedet for at undersøge, hvilke problemrepræsentationer politikken selv skaber (Bacchi, 2009: 3).

5.1.6 Spørgsmål 6. Hvordan og hvor er denne fremstilling af problemet produceret, formidlet og forsvaret? Hvordan kan der sættes spørgsmålstejn ved fremstillingen, hvad kan forstyrre den eller erstatte den?

Sjette spørgsmål bygger videre på den genealogiske gennemgang, vi har lavet af dansk sundhedspolitik under spørgsmål 3. I det følgende tager vi udgangspunkt i denne gennemgang og de nedslagspunkter, vi har præsenteret for på den måde at gennemføre en kritik af *Sundere liv for alle*, der er historisk situeret og kontekstbestemt. Ved hjælp af de fremhævede nøglebegreber, kategoriseringer og dikotomier ønsker vi at undersøge de midler, politikken anvender, gennem en særlig problemrepræsentation, for at nå sit publikum og opnå legitimering. Derfor reflekteres der også i det følgende over forholdet mellem diskurser, afsender og det forudbestemte publikum (Bacchi, 2009: 19). Der søges desuden at undersøge muligheden for at udfordre problemrepræsentationen i *Sundere liv for alle*. Følgende besvarelse skal også ses som refleksion over den foregående analyse.

I tråd med de videnskabsteoretiske tilgange, vi har ladet os inspirere af, har den analyse, vi indtil videre har foretaget af *Sundere liv for alle*, ikke til opgave at skulle angive den 'sande' mening bag de fremhævede nøglebegreber, kategoriseringer og dikotomier. Men derimod tydeliggøre at måden, disse bruges på, har vidtrækkende konsekvenser og er medvirkende til at skabe en diskurs, der har rod i de historiske og politiske udviklingstrin. De fremhævede sundhedsdiskurser, der skabes gennem problemrepræsentationerne i politikken, er altså både et produkt af den historiske og politiske udvikling, men samtidig også en medvirkende årsag til, at denne sundhedsdiskurs reproduceres i en nutidig kontekst.

For at kunne sætte det historiske perspektiv i kontekst er det vigtigt at tage hensyn til de strukturelle og institutionelle faktorer (Béland, 2019: 285). Historisk set har den del af det danske velfærdssystem, der berører sundhed, i høj grad været kendetegnet af en struktur omkring hospitalet som institution. Hospitaler er statsstyrede og anses som værende den største del af sundhedsvæsenet og bliver dermed også den vigtigste. Hospitaler varetager behandling af

sygdom og bekræfter dikotomien om, at 'det at være sund er ikke at have en sygdom', som der sættes fokus på under spørgsmål 2 og 3. Forståelsen af sundhedsvæsenet skriver sig dermed ind i den biomedicinske sundhedsdiskurs. Med kommunalreformen i 2007 trædes der et skridt væk fra denne tankegang. Kommunalreformen uddelegerer det offentliges ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse fra hospitalerne og ud til kommunerne. Dette er med til at legitimere en bredere sundhedsdiskurs, som vi ser en række relevante komponenter af i den ramme, politikken sætter for, hvordan kommunerne skal varetage sundhedsområdet. Men der opstår et problem, når midlerne til at legitimere politikken grundlag fortsat forankres i en biomedicinsk sundhedsdiskurs, hvor der lægges vægt på evidensbaseret viden. I kommunerne eksisterer der således både en bevidsthed om, at forebyggelse og sundhedsfremme ikke kan faciliteres på et evidensbaseret grundlag og en søgen efter samme evidensbaserede grundlag for sundhedsindsatser på samme tid. Dette sætter kommunerne i en umulig situation, hvor der skal arbejdes i to modsatrettede spor. Samtidig er der i politikken et stort fokus på faktorer, der er målbare, så kommunens sundhedsindsatser kan vurderes i forhold til, om de har en positiv effekt på danskernes middellevetid. Dette bekræfter igen forankringen i en biomedicinsk sundhedsdiskurs og positionen som den mest legitime set i en samfundsmæssig og historisk kontekst, men er også vigtigt i et politisk øjemed. I det politiske liv er det afgørende, at politikker besluttet på et legitimt grundlag og med dette kunne fremvise resultater indenfor relativt kort tid, så den valgte sundhedsstrategi bliver legitim i civilsamfundet. Samme tankegang om to modsatrettede spor kan overføres til partnerskabsstrategien. I relation til denne beskrives der, at partnerskaberne skal være en kreativ og mangefacetteret indsats, hvor ressourcer, viden, produkter, kommunikationskanaler og ideer kombineres (Regeringen, 2014: 22). Samtidig lægges der op til at partnerskaberne skal fokusere på et bestemt eller flere bestemte mål for danskernes sundhed (ibid.). Endvidere vil målene "(...) løbende blive monitoreret og evalueret, så det sikres, at partnerskabsstrategien bidrager til at skabe flere gode leveår for danskerne" (Regeringen, 2014: 5). Her forsøges der således at kombinere en kreativ og mangefacetteret indsats med fastlagt, kvantitativ målstyring. Dette fremstår modstridende og lader til at tage udgangspunkt i to forskellige logikker, henholdsvis salutogenetiske og patogenetiske. Igen kan dette ses som et udtryk for 'forebyggelse gennem sundhedsfremme' og en bekræftelse af den biomedicinske sundhedsdiskurs' dominans.

Ydermere kan fremvæksten af New Public Management som styringsparadigme i offentlig sektor tænkes at spille en rolle for, hvilke sundhedsdiskurs der dominerer. New Public Management som politisk strategi blev introduceret 1980'erne og er et koncept, der søger at omdanne den offentlige sektor. Dette gennem intern konkurrence i institutionerne og mellem institutionerne, stærk ledelse, kontrakt- og personalestyring ud fra resultatmål og økonomiske produktivetsparametre, omkostningseffektivisering af arbejdet og markedsorientering (Dybbroe, 2018: 211f). For sundhedssektoren har dette ført til bl.a. forøget målstyring, forøgede krav til dokumentation og standardisering af sundhedstjenester (Dybbroe, 2018: 214ff). Styringsparadigmet taler ind i det biomedicinske sundhedsbegrebs logikker om evidensviden og målbare resultater, hvilket virker som en reproducerende og legitimerende faktor.

Ovenstående pointer er både skabt af, og medskabende i, at producere og reproducere common-sense om en dominerende sundhedsdiskurs, og hvilket sundhedsbegreb der er mest legitimt. Den biomedicinske sundhedsdiskurs og det biomedicinske sundhedsbegreb bliver hermed både formidlet som og forsvaret gennem 'sund fornuft' i politikken.

Når der tales common-sense er det desuden interessant at undersøge, hvilket publikum *Sundere liv for alle* søger at nå, og hvordan dette er et forudbestemt publikum. I politikken inviterer Regeringen "(...) alle - civilsamfundet, det private, kommunerne og regionerne - til at deltage i indsatsen med at øge sundheden for alle" (Regeringen, 2014: 5). Under spørgsmål 2 og 5 tydeliggøres en stigmatisering af udvalgte grupper i samfundet. Visse individer kategoriseres på baggrund af et lavt uddannelsesniveau eller på enkeltstående (sundhedsskadelige) livsstilsvalg (kategoriseringerne *ryger* og *overvægtig*), hvilket er med at producere stigma. Ovenstående grupper bliver, gennem denne stigma, fremstillet som et problem fordi, de ikke lever sundt i en biomedicinsk forstand. Politikken udtrykker, at det er disse individers sundhed, der skal forbedres gennem de præsenterede sundhedsstrategier. Politikken er her med til at producere et sundhedsproblem og samtidig forsvare selvsamme sundhedsproblem gennem formidlingen af, at denne gruppe er et sundhedsproblem til at begynde med. Dette sker gennem en legitimering af, at disse grupper ikke er sunde, set ud fra et biomedicinsk sundhedsbegreb og dermed 'opfører sig forkert' i en biomedicinsk sundhedsdiskurs' optik. Med kategoriseringerne og stigmatisering

taler politikken 'hen over hovedet' på netop disse individer og er i højere grad henvendt til den del af samfundet, der ikke falder indenfor ovennævnte kategorier.

Opsummerende kan det siges at *Sundere liv for alle* i høj grad er forankret i biomedicinsk sundhedsbegreb og et patogenesisk vidensparadigme. Dette skaber en common-sense for sundhedsbegrebet på et nationalt niveau. Samtidig er politikken rammesættende for kommunal forebyggelsespolitik, hvilket overfører den dominerende sundhedsdiskurs til det kommunale niveau. Der er en række elementer af det brede sundhedsbegreb, men politikken logikker besværliggør for kommunerne at efterleve dette i praksis. Politiken fungerer reproducerende på sin egen problemrepræsentation, og det samme gør elementer fra styringsparadigmet New Public Management. For at sætte spørgsmålstegn ved problemrepræsentationen eller erstatte den, ville det f.eks. kræve, at det brede sundhedsbegreb blev dominerende og fik en status som common-sense. Dette skal ske ved hjælp af strukturelle forandringer i offentlig sektor og sundhedssektoren, samt en ændring i, hvilke vidensformer der tillægges mest værdi og derfor ses som mest 'sande' eller den mest legitime viden. Skal dette gennemføres, vil det ligeledes kræve stor politisk vilje hertil, som må genereres gennem øget opmærksomhed på alle sociale determinanters betydning for sundhed gennem fortsat og forøget forskning på emnet. Qua vores videnskabsteoretiske afsæt i kritisk teori og kritisk hermeneutik, skal netop det, at sætte spørgsmålstegn ved fremstillingen og forstyrre eller erstatte den, ses som et af de emancipatoriske formål med indeværende speciale.

5.2 Delkonklusion

I første analysedel har vi med Bacchis' analysemodel taget udgangspunkt i *Sundere liv for alles* problemrepræsentation, som omhandler manglende eller utilstrækkelig forebyggelse, forstået ud fra forebyggelsespakkerne: alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak. Vi har vist, at politikken arbejder ud fra en forståelsesramme, som vægtlægger det biomedicinske sundhedsbegreb, frem for det brede sundhedsbegreb. Dog ønsker vi at præcisere, at vi finder begge begreber og således sundhedsdiskurser indarbejdet i politikken, men vi ser et problem med vægtningen. Både den historiske kontekst, styringsparadigmer og sundhedssektorens opbygning er medskabende i at producere og reproducere common-sense om en dominerende

sundhedsdiskurs og hvilket sundhedsbegreb, der er mest legitimt. Fordi politikken sætter rammerne for kommunal forebyggelsespolitik forskydes vægtningen af sundhedsbegreber sig hertil og der udføres 'forebyggelse gennem sundhedsfremme'. Skal sundhedsfremme komme til sin ret som forebyggelsesstrategi, kræver det, at der sker et skift i det dominerende sundhedsbegreb og sundhedsdiskurs i politikken.

5.3 Analyse af interviews med boligsociale medarbejdere og seniorforsker Paul Bloch

I følgende afsnit vil vi fremanalysere, hvordan vores informanter ser på sundhed, hvordan sundhed er tilstede i det sociale arbejde, samt hvordan vores informanter omtaler partnerskaber. Analysen sker med udgangspunkt i Wackerhausens åbne sundhedsbegreb og den socio-økologiske model (jf. 4.0), men samtidig vil vi relatere vores fund til ovenstående analyse af *Sundere liv for alle*. Vi har delt denne analysedel ind i tre dele, henholdsvis *Sundhedsdiskurser*, *Sundhed gennem det sociale arbejde* og *Partnerskaber*.

5.3.1 Sundhedsdiskurser

I dette analyseafsnit vil vi fremanalysere, hvilken sundhedsdiskurs der er herskende, når de boligsociale medarbejdere omtaler deres praksis i Tingbjerg, samt hvilket sundhedsbegreb der gives udtryk for indenfor forskningsfeltet. Ligeledes ønsker vi at synliggøre, hvilket syn informanterne har på ulighed i sundhed. Sidst i afsnittet vil vores fund blive sat i relation til analysen af *Sundere liv for alle*.

For at få indblik i de boligsociale medarbejders syn på sundhedsbegreber har vi spurgt ind til, hvordan de forstod henholdsvis sundhed og usundhed i relation til deres arbejde i en boligsocial kontekst. Fælles for Asger og Jesper er, at de i interviewet italesætter, hvordan de mener, at der er flere måder at anskue sundhed på (Bilag 5: 4; Bilag 6: 2f). Dog bliver det klart, at begge taler om sundhed ud fra en diskurs, der lægger op til et bredt sundhedsbegreb:

Jesper: ”For mig er det noget med at føle sig godt tilpas i sin krop og det liv, man har (...) Jeg tror, sundhed er noget med overskud. At man kan opbygge overskud til at håndtere,

også hvis der kommer sundhedsmæssige- og generelle udfordringer i ens liv. Det at man flyder ovenpå udfordringerne, i stedet for at drukne i dem” (Bilag 6: 2)

Her italesætter Jesper sundhed som at føle sig godt tilpas eller at have overskud. Denne udlægning af sundhed kan forstås i relation til den socio-økologiske model. Her er determinanterne for sundhed delt ind i flere niveauer, som interagerer med hinanden: de individuelle livsstilsfaktorer er funderet i sociale normer og netværk, som samtidig er funderet i det bredere socioøkonomiske og kulturelle miljø (jf. 4.1). Således kan det, der af Jesper refereres til som overskud, ses som et udtryk for, at individets omgivelser i de tre yderste buer af modellen er mere eller mindre opnået til et tilfredsstillende niveau. Her tales der om social interaktion med andre, sociale forhold som bolig- og arbejdsforhold, adgang til mad og adgang til velfærdsydelser og desuden andre økonomiske, kulturelle og miljømæssige forhold. Når disse determinanter er opnået til et tilfredsstillende niveau, giver det individet overskuddet til at opretholde, eller måske endda forbedre sin sundhed. Dette overskud kan også betegnes som trivsel, her ved seniorforsker Paul, da vi spørger ind til, hvordan han forstår sundhed:

Paul: *”(...) Det er i hvert fald velvære. Trivsel, at man har det godt med sig selv og med sine nærmeste. Og med det liv man lever i hverdagen, det er sundhed for mig.”*

(Bilag 4: 1)

Paul fortsætter:

Paul: *”(...) Jeg kan slet ikke længere skelne mellem det sociale og det sundhedsmæssige, så jeg kan ikke sige, hvordan det relaterer. Det er blevet så meget flettet ind i hinanden, at det ikke giver mening for mig at sondre imellem dem” (Bilag 4: 1)*

Paul giver udtryk for, hvordan han ser de sociale forhold flettet ind i sundhed. Således kan sundhed, her italesat som trivsel og velvære, opnås, når den kumulative effekt af de positive sundhedsfaktorer, beskyttelsesfaktorer og risikofaktorerne (jf. 4.1) optræder i en fordelagtig fordeling hos det enkelte individ.

Jesper er af samme opfattelse som Paul og beskriver hovedformålet med det boligsociale arbejde som en kombination af sociale aktiviteter og sundhed:

Jesper: ” *Mit primære formål er at skabe beboernetværk og øge trivsel*”

(Bilag 6: 1)

Både Paul og Jesper bruger ordet trivsel som en beskrivelse af sundhed, hvilket trækker tråde til WHO's definition fra 1946 (jf. 1.1). Her bruges trivsels engelske oversættelse *well-being* til at definere sundhed.

Synet på sundhed bliver ligeledes italesat, da vi talte med de boligsociale medarbejdere om, hvorvidt sundhed er til stede i deres arbejde:

Asger: ” *Igen er det ikke et formål, vi arbejder ud fra, det [sundhed] ligger mere sådan underliggende, det er den bedste måde, jeg lige kan beskrive det på, tror jeg.*”

(Bilag 5: 4)

Dette kan forstås som en bekræftelse af ovenstående, hvor Paul sætter ord på hvordan han ser det sociale og sundheden flettet sammen. Sundhed er i sig selv ikke et formål i Asgers arbejde, men han ser det som underliggende i det boligsociale arbejde.

Sættes ovenstående analyse af informanternes sundhedsbegreb i relation til vores analyse af *Sundere liv for alle* (jf. 5.1), giver Asger udtryk for en holdning til sundhedsbegreber, som er i tråd med vores fund:

Asger: ” *Ja, ja, det gør jeg [ser sundhed i de sociale aktiviteter]. (...) jeg oplever, at den sociale og psykiske sundhed jo i hvert fald er noget, der er mere i fokus end måske det med, hvordan man har forholdt sig til det meget før i tiden, med at skulle ud og løbe en tur og spise nogle grøntsager.*” (Bilag 5: 3)

En sundhedsdiskurs, som overvejende baserer sig på fysisk aktivitet og kost, ses her som at høre til ”før i tiden”. Paradoksalt nok sætter Asger ord på selvsamme biomedicinske sundhed, når vi taler med ham om, hvordan han forstår usundhed. Her forestiller han sig ”noget med ikke så meget motion, (...) ikke så meget, dårlig kost (...)” (Bilag 5: 4), hvilket lægger op til at sundhed er det modsatte af dette. Asger bliver selv klar over dette modsætningsforhold undervejs i vores interview:

Asger: ”Men jeg synes faktisk, det er lidt sjovt at tænke over, jeg selv, når jeg er derhjemme, den måde jeg forholder mig til sundhed på, det er jo meget, hvad jeg spiser, og hvordan jeg bevæger mig, (...)” (Bilag 5: 9)

Dette tyder på, at Asger er præget af den herskende sundhedsdiskurs i samfundet, som vi fandt i analysen af *Sunder liv for alle*, dog kun derhjemme, ikke i sit sociale arbejde. Det samme ses, når vi taler med alle tre informanter om, hvordan de mener beboerne ser på sundhed. Fremstillingen af dette er med det forbehold, at det er baseret på informanternes syn på dette og ikke interviews med beboere i Tingbjerg. Derudover er det væsentligt at synliggøre, at Tingbjerg udgøres af mange svært forskellige beboere, der befinder sig på hele spektret af den socioøkonomiske skala (Bilag 6; 4ff). Paul udtrykker om beboerne:

Paul: ”Hvis I snakker med folk om sundhed derude [i Tingbjerg], så vil de sige, at man skal spise flere grøntsager” (Bilag 4: 5)

Paul nuancerer dog dette senere og trækker bl.a. fællesskaber og mental sundhed frem som noget, beboerne er optaget af (Bilag 4: 5). De boligsociale medarbejdere erklærer sig enige i, at KRAM-faktorerne er betydelig i beboernes sundhedsbegreb (Bilag 5: 5f; Bilag 6: 3f), men synliggør også nogle faktorer, som gør det svært at sige noget om beboernes sundhedsbegreb. Heriblandt at samtalerne om sundhed ofte er banale grundet sprogbarrierer (Bilag 6: 3f), og at andre problematikker af social karakter fylder mere for mange beboere, som derfor i mindre grad forholder sig til sundhed (Bilag 5: 5f).

Opsummerende kan det siges, at alle informanter taler om sundhed ud fra en bred forståelse, i høj grad svarende til komponenterne i den socio-økologiske model. Samtidig viser overvejelserne fra

Asger, at de kan være influeret af den herskende sundhedsdiskurs i samfundet. Det samme gælder generelt for det lokalsamfund og kontekst, hvor deres arbejde finder sted.

Følgende vil vi fremanalysere, hvordan informanterne forstår social ulighed i sundhed. Boligsocial medarbejder Jesper fortæller:

Jesper: ”Helt kort så opfatter jeg, at ulighed i sundhed er et spejl på uligheden generelt i samfundet (...)” (Bilag 6: 9)

Jespers forståelse af ulighed i sundhed pointerer her interaktionen mellem de forskellige lag i den socio-økologiske model, idet han implicit italesætter afhængighedsforholdet mellem lagene. Dette syn er derudover i tråd med første mekanisme for social ulighed i sundhed, der omhandler magt og ressourcer, hvor den sociale position i samfundet har indvirkning på, hvilke sundhedsrisici individet lever med. Altså har generel ulighed i socioøkonomiske forhold indvirkning på ulighed i sundhed. Dette syn bekræftes af de øvrige informanter (Bilag 4: 3f; Bilag 5: 11).

Samtlige informanter drejer samtalen ind på stigmatisering og stigmas indvirkning på ulighed i sundhed (Bilag 4: 4f; Bilag 5: 6f; Bilag 6: 4f), hvilket også indgår i første mekanisme for ulighed i sundhed, hvor marginaliserede grupper, bl.a. grundet magtfordelingen, er stillet dårligere i samfundet. Tingbjerg er kategoriseret som en hård ghetto (Transport- og Boligministeriet, 2019), hvilket får nogle bestemte konsekvenser for beboerne:

Asger: ”(...) det er den stigmatisering, der er af området, Tingbjerg. Det stempel, at det er en ghetto (...) det er svært på rigtig mange forskellige måder for rigtig mange forskellige beboere, der bor derude. Lige fra de unge, som til et jobinterview ikke siger, hvor de bor henne, fordi det kan give et forkert billede, til ældre, der ikke synes, det stemmer overens med den opfattelse, de har af Tingbjerg. (...) det fylder bare rigtig meget for både dem, der

arbejder derude, og især dem, der bor derude, det billede, der bliver fremstillet i medierne og af politikerne, det synes man ikke stemmer overens med det billede derude (...)” (Bilag 5: 7)

Her tydeliggøres den psykosociale effekt stigmatiseringen har på beboerne. Samtidig ses der, at stigmatisering kan stå i vejen for, at unge får fritidsjob, hvilket er afgørende for både individets psykosociale miljø og de unges autonomi. Dette vil vi uddybe i næste analysedel, *Sundhed gennem det sociale arbejde*. På denne måde kan stigmatisering medvirke til en nedadgående spiral for de unge. Desuden kan stigmatisering ikke blot medtænkes i første mekanisme for social ulighed i sundhed, de psykosociale effekter det medfører indgår ligeledes som et element i anden og tredje mekanisme (jf. 4.1.1). Vi finder, at der ikke er taget højde for denne pointe i *Sundere liv for alle*, gennem den produktion og reproduktion af stigma og magtforhold vi fremanalysere under spørgsmål 5.

Gennem ovenstående har vi etableret, at informanterne taler sig ind i et bredt sundhedsbegreb med vægt på elementerne fra den socio-økologiske model inkorporeret. Det samme gælder for, hvordan informanterne forstår social ulighed i sundhed, og hvilke forklaringsmodeller der ligger til grund for, hvordan ulighed i sundhed opstår. Således er diskursen en anden end den, som vægtes højest i den rammesættende politik på sundhedsområdet.

5.3.2 Sundhed gennem det sociale arbejde

I dette afsnit ønsker vi at fremanalysere, hvordan sundhed er til stede i det boligsociale arbejde. Vi har både spurgt bredt ind til de boligsociale medarbejderes arbejde og mere direkte til, hvilke koblinger de ser mellem sundhed og deres sociale arbejde. Paul Blochs syn på sundhed gennem socialt arbejde inddrages desuden i det følgende, med udgangspunkt i supersettingtilgangen Steno arbejder ud fra i Tingbjerg.

Gennem ovenstående analysedel viste vi, hvordan begge de boligsociale medarbejdere taler om sundhed ud fra en overordnet diskurs, der lægger op til et bredt sundhedsbegreb. Deres syn på sundhed ses ikke som et formål, men som en underliggende faktor, der følger dem i udarbejdelsen og udførelsen af de sociale aktiviteter, de i Tingbjerg er medskabende i (Bilag 5:

4). Vi genkender flere sociale determinanter for sundhed i medarbejdernes udtalelser, selvom de ikke altid selv direkte relaterer dette til sundhed:

Asger: ”*Det er blandt andet sådan noget med fokus på uddannelse og beskæftigelse, hvor man har meget sådan noget med at få unge i praktik, det er en indsats, men der er også sådan noget med at lave nogle lommepengejobs ude i lokalområdet, så de unge de kan få noget erfaring*” (Bilag 5: 2)

Her påpeger Asger den sociale determinant job og påpeger vigtigheden af, at der er fokus på dette i de sociale aktiviteter med de unge i området, da det at have et job øger følelsen af at have kontrol over sit liv og har en positiv indflydelse på individets psykosociale miljø. Paul tilslutter sig vigtigheden af at inkludere flere sociale determinanter for sundhed i samme aktivitet. Paul forklarer yderligere hvordan dette er med til at styrke de unge i deres videre liv:

Paul: ” (...) *koblingen mellem at få en styrket sociale kapital, hvor man [som ung] kommer ind i vores indsatser, vores aktiviteter og bliver dannet socialt og bliver styrket socialt, som en forudsætning for at kunne blive motiveret til, inspireret til at tage en uddannelse.*” (Bilag 4: 2).

På denne måde bidrager de sociale aktiviteter i Tingbjerg til at styrke de unges autonomi, som ifølge Wackerhausen er en del af det åbne sundhedsbegreb. De sociale aktiviteter kommer til at fungere som de ydre betingelser, som Wackerhausen beskriver skal være med til at forøge individernes handlefærdigheder. I det ovenstående er arbejdserfaring og fokus på, at de unge får en uddannelse, med til at udvikle de unges handlefærdigheder, der er medvirkende til opnå sundhed.

Asger uddyber, hvilke netværk de har fokus på gennem deres arbejde, og indskyder, at de tager udgangspunkt i de netværk, der kan dannes ud fra konteksten i Tingbjerg:

Asger: ”*Det er også sådan noget med at styrke de netværk, som er i området, det er nogle forskellige ungefællesskaber (...)* Så er der så et andet indsatsområdet, som handler om

sådan noget som familie netværk, (...) en fædreindsats, hvor man får nogle fædre på nogle kurser, giver dem noget empowerment til at tage mere del i deres lokalområde (...) Der er også noget, der hedder bydelsmødrene (...)” (Bilag 5: 3).

Asger påpeger her sociale og lokale netværk. Disse udgør den anden bue i den socio-økologiske model, hvor et godt socialt netværk er beskrevet som en positiv sundhedsfaktor. Disse netværk virker samtidig understøttende på den sociale determinant, der omhandler starten af livet. Gennem de sociale netværk kan forældrene blive understøttet til at give deres små børn den bedste start på livet. En god start på livet kan have positive konsekvenser for børnene hele livet igennem. I den socio-økologiske model forklares det desuden, at de sociale determinanter for sundhed er indbyrdes forbundne. Det betyder, at arbejdet med én social determinant vil kunne medføre forbedring af en anden social determinant, hvilket ovenstående kan ses som et praksiseksempel på.

I henhold til Wackerhausens åbne sundhedsbegreb er sundhed per definition altid mangefacetteret med forskellige betydning for forskellige individer. Alligevel kan det bestemmes til at omhandle kontekstuel handlekapacitet, med udgangspunkt i individets livsbetingelser og mål (jf. 4.2). I relation til dette og ovenstående fortæller Jesper om sit arbejde med at facilitere aktiviteter for beboerne:

Jesper: *”(...) det skal komme fra dem selv, vi kan ikke skabe et socialt netværk for dem, vi kan ikke skabe forbedringer for dem. Det er noget, der kommer indefra, men vi kan prøve at skabe nogle rammer, hvor de kan få lov at gro som mennesker og få lov at udnytte nogle af de evner, de har, og de interesser, de har”* (Bilag 6: 6)

Citatet illustrerer, hvordan Jesper søger at tage udgangspunkt i beboernes ægte mål og hjælpe dem til at opnå disse. Samtidig lægges der op til at forandre beboernes livsbetingelser ved, at de *”gror som mennesker”* og derigennem være medvirkende til, at beboerne opnår forøget kontekstuel handlekapacitet og dermed øget sundhed. Dog ligger det i de boligsociale medarbejders funktion at balancere mellem at facilitere beboernes ægte mål, men samtidig undgå at påføre dem uægte mål.

Det boligsociale arbejde er ikke udelukkende at facilitere sociale netværk, men relaterer sig også til den yderste bue i den socio-økologiske model. Dette med et fokus på positive sundhedsfaktorer som økonomisk sikkerhed og tilfredsstillende boligforhold, der er med til at opretholde sundhed. Asger forklarer:

Asger: ”Der er jo en del udsatte beboere i sådan nogle områder her, så vi har også indsatser, der målretter sig mere det, (...) det hedder beboerrådgiver hos os, hvor beboere kan komme og få hjælp og vejledning til, hvad de skal gøre, hvis de har fået et brev fra en myndighed, eller hvordan de, hvis de nu er bagud med noget husleje, hvordan de kan forholde sig i forhold til det (...), hvor man kan komme til noget socialt fællesskab, men samtidig få beboerrådgivning.” (Bilag 5: 3f).

Desuden har Tingbjerg en byhave, som de to boligsociale medarbejdere begge fremhæver. Her kombineres flere forskellige formål, som tager udgangspunkt i et område i Tingbjerg, der er indrettet til have. Byhaven er et grønt område, som lægger op til øget bevægelse i hverdagen, og vi ser, at byhaven fungerer netværksskabende, fordi beboerne mødes i byhaven og skal samarbejde om at passe haven og de tilhørende aktiviteter (Bilag 6: 7). Haven bruges også som praktiksted for de unge fra området (Bilag 6: 1) og som udgangspunkt for madlavningskurser. Asger fortæller:

Asger: ”Byhaven, der er sådan en byhave, og der er der meget fokus på sådan noget som råvarer, og hvordan kan vi gro vores egne grøntsager, der er også madkurser med fokus på at have noget viden omkring mad og sådan noget, og der er der jo, igen, stort sundhedsfokus, uden at det ligesom er det store formål.” (Bilag 5: 4).

Dermed ser vi byhaven som en aktivitet, der rummer flere sociale determinanter; kost, social støtte og indirekte job, da praktik og erhvervs erfaring stiller de unge bedre i forhold til at få et job med en lønindtægt. Desuden ser vi komponenter fra den sociale determinant transport, der beskriver, hvordan adgangen til områder, hvor man kan være fysisk aktiv eller bevæge sig, fører til bedre social- og sundhedsmæssig tilstand (jf. 2.1). Samtidig ses det også, hvordan arbejdet

med disse determinanter, der befinder sig i de to yderste lag af den socio-økologiske model, gør individet i stand til at foretage sunde livsstilsvalg, når det kommer til kost, der er med til at forbedre de individuelle livsstilsfaktorer (jf. 4.1). Jesper beskriver desuden byhaven som et sted, der er med til at skabe tillid:

Jesper: “(...) så er der meget større tendens til at ville dette efter en beboerhave, der er altså flere, der tør give nøglen til deres nabo. Det ser jeg som sundhedsfremmende, fordi det mindsker angsten (...)” (Bilag 6: 7).

Det at have manglende tiltro og tillid til sine omgivelser kan ifølge Wilkinson og Marmot medføre social eksklusion og isolation, men med ovenstående citat ser vi, at byhaven mindsker angsten for naboerne og derved skaber tiltro og tillid mellem de beboere, der er med i dette netværk. Det er ikke kun beboernes mistillid til deres nærområde, vores informanter nævner, de beskriver også, hvordan beboerne nærer mistillid til ‘systemet’ (Bilag 5: 7; Bilag 6: 5f). For Jesper er det i den forbindelse vigtigt, at mødet, beboerne har med de boligsociale medarbejdere, skal være et andet og pointerer: “Jeg går ret bevidst efter ikke at få rollen som en myndighedsperson” (Bilag 6: 2).

Ovenstående analyse viser kompleksiteten i at facilitere sundhed ud fra det brede sundhedsbegreb og gennem socialt arbejde. Dette understreger vigtigheden af sundhedsstrategi, der kombinerer upstream og downstream determinanterne og dermed favner bredt. Ifølge den socio-økologiske model skal der tages højde for sammenhængen mellem de upstream determinanter, der fokuserer på sociale sundhedsdeterminanter, og de downstream determinanter, der ser på biomedicinske sundhedsproblemer, hvilket ovenstående citat indikerer. Paul sætter i det følgende nogle ord på relationen mellem sundhed og socialt arbejde, og hvad ovenstående analyse af hvad byhaven har af positive effekter:

Paul: ”Nu var det klart, at sundhed langt hen ad vejen er funderet i sociale forhold, og at sociale forhold og en styrket socioøkonomisk position er fundamentet for, at man kan leve et godt og et sundt liv. (...) Fordi de sociale parametre udgør en forudsætning, for mig at se, for at man

overhovedet kan forvente noget af sig selv og af andre, at de skal leve et sundere liv og blive sunde mennesker i en traditionel sundhedsforstand. Det er tæt koblet sammen” (Bilag: 4: 2)

Paul mener, at man, gennem supersettingtilgangen, i Tingbjerg formår at facilitere et samarbejde mellem de rette aktører og dermed facilitere sundhed ud fra de sociale determinanter. Paul uddyber:

Paul: *“Der er faktisk en højere mening, og den mening er troen på, at den tilgang vi har, er den rigtige tilgang til i sidste ende at fremme sundheden gennem de sociale determinanter (...).” (Bilag 4: 8f)*

Sammenfattende kan siges, at det boligsociale arbejde bevæger sig i de tre yderste lag i den socio-økologiske model. Mange af de fremhævede aktiviteter tager udgangspunkt i at opbygge sociale netværk, som inddrager arbejde med- og på tværs af mange sociale determinanter for sundhed. Aktiviteterne har desuden øje for og tager hensyn til den kontekstuelle handlekapacitet, der er i Tingbjerg og beboernes livsbetingelser og mål. Desuden er det vigtigt for de sociale aktiviteter, at der inddrages beboere fra hele den socioøkonomiske skala. Med dette sker der en afstandtagen fra den problemrepræsentation, vi finder i *Sundere liv for alle*, hvor en særlig udsat gruppe fremstilles som problemet for den brede befolknings sundhed og den sociale ulighed i sundhed.

5.3.3 Partnerskaber

I ovenstående påpeger vi en del sociale aktiviteter, hvori vi ser sundhed inkorporeret, og mange af de omtalte sociale aktiviteter er udført i samarbejde med andre aktører eller sektorer. Dette er et bærende element i supersettingtilgangen (jf. 2.2.1). Partnerskaber mellem det offentlige, private og civilsamfundet er samtidig den fremgangsmåde, Regeringen foreslår for at opnå målene i *Sundere liv for alle* (jf. 5.1.1). Partnerskaber er således et vigtigt begreb, både i supersettingtilgangen og i national politik. Af den grund ønsker vi følgende at se nærmere på, hvordan partnerskaber og de samarbejder, der er inkorporeret her, bliver omtalt af vores informanter.

Der bliver generelt set omtalt en del samarbejder mellem forskellige sektorer og aktører i interviewene, både med de boligsociale medarbejdere og Paul. For den boligsociale medarbejder, Jesper, gælder det, at han skelner mellem forskellige aktuelle partnerskaber i og for Tingbjerg. Han skelner mellem de samarbejder, der faciliteres fra kommunens side og dem, der er en del af supersettingtilgangen. Sidstnævnte beskriver han som 'kernesamarbejder' og som værende i tættere relation til de sociale aktiviteter i Tingbjerg og fortsætter:

Jesper: “ (...) *det her supersetting projekt, vi er heldige at være i et projekt, hvor der er en høj grad af frihed, fordi Steno er med, (...) hvilket vil sige, at vi har en høj grad af frihed til at interagere og bygge en platform under en forståelse, som vi selv synes er rigtig. De samarbejdspartner, vi får ind gennem det, er vores kernesamarbejdspartnere*” (Bilag 6: 8).

Citatet viser, hvordan samarbejdet med deres 'kernesamarbejdspartnere' er tæt og i høj grad tilpasset den kontekst, der er i Tingbjerg (Bilag 6: 8). Dette er i tråd med det, vi fandt frem til i ovenstående analyseafsnit om de positive effekter af de aktiviteter, der var baseret på kernesamarbejderne. F.eks. byhaven, hvor beboerne har et socialt fællesskab, men hvor der også dyrkes grøntsager, som bliver anvendt i madlavningskurser og en beboercafé, gennem et samarbejde med Hotel- og Restaurantskolen. Der er blandt vores informanter bred enighed om, at der er generelt set er opbakning fra de forskellige aktører og sektorer til partnerskaber om social- og sundhedsfremmende arbejde (Bilag 5: 9f; Bilag 6: 8f). Dog erkender de, at samarbejdet ikke altid kommer let og kræver en ekstra indsats:

Asger: “*Også har vi jo rigtig meget mere underliggende, koordinerende arbejde med de forskellige parter, det kan være sådan noget SSP, kontakt til lokalpolitiet, og boligorganisationerne, (...)*”. (Bilag 5: 3)

Dette bekræftes af Jesper, der beskriver samarbejdet med det kommunale system og skolen, der er den institution, der har til opgave at varetage de unges uddannelsesforløb:

Jesper: “*Men som system er det en anden historie. For jo mere du presser den enkelte forvaltning, specielt skolen. (...) du har en skole, hvor overskuddet er nærmest nul i forhold til at*

skulle gå ind og løfte noget. Jeg synes, det er vildt, hvor meget skolen kun har fokus på sig selv i forhold til, hvor vigtig en institution der faktisk er i sådan et område. Det kommer an på, hvor i hierarkiet man ser, kommunen er et meget hierarkisk sted, overraskende hierarkisk.” (Bilag 6: 8).

Jesper fortsætter med at beskrive, hvilke konsekvenser det har, når systemet ikke er på samme side som beboerne, og hvordan dette kan skabe nogle gnidninger i samarbejdet:

Jesper: *“Når man har med de mest udsatte folk at gøre, så skal man forstå, at deres møde med systemet ofte ikke er særlig positivt. Det hænger sammen med det, jeg sagde tidligere om den løftede pegefinger, når jeg siger noget med kommunen (...)” (Bilag 6: 5).*

Jesper fortæller, at det er vigtigt at tage hensyn til beboerne og sænke det antal af krav, de bliver mødt med hos kommunen (Bilag 6: 6). Derudover beskrives det, hvordan samarbejdet med kommunen bliver forstyrret af en løftet pegefinger, hvis beboerne ikke kan overholde kravene og er i risiko for at blive trukket i deres ydelser. Her er samarbejdet mellem de boligsociale medarbejdere og Københavns Kommune altså under pres. Denne situation kan potentielt forårsage sundhedsmæssige konsekvenser for beboerne. I en universel velfærdsstat som den danske omfordeles og udbetales økonomiske ydelser af det offentlige. Det at kommunen, på den måde som Jesper beskriver, har mulighed for at justere ydelserne, kan få konsekvenser for beboeres socioøkonomiske status, hvilket kan få betydning for deres sundhed og øge den sociale ulighed i sundhed (jf. 4.1). Dette spreder sig desuden som ringe i vandet og er medvirkende til at skabe mistillid til systemet, der i sidste ende skaber problemer for de beskrevne samarbejder og individets sundhed.

Paul omtaler samme problematik, som Jesper pointerer, ved at relatere det til et spørgsmål om manglende tillid til kommunen:

Paul: *“Jeg ved det, hvis I tager ud i Tingbjerg og tager en t-shirt på, hvor der står at I kommer fra Københavns Kommune, så får I ikke snakket med nogen, der er ingen, der vil tale*

med jer. Men hvis de ser, at I kommer fra det boligsociale eller de fattiges værn, landsorganisationen SIND eller nogle andre ting, så vil de gerne snakke.” (Bilag 4: 4)

I tråd med den løftede pegefinger, som Jesper ikke ønsker at have overfor beboerne, beskriver Paul her, hvordan beboerne ikke er villige til at tale med kommunen men gerne med andre organisationer og aktører. Vi bemærker, at disse er kendetegnet ved ikke at kunne sanktionere økonomisk.

Opsummerende kan det siges, at vores informanter er enige om, at der generelt set er opbakning fra de forskellige aktører og sektorer til partnerskaber. Dog italesættes der udfordringer, som kan opstå i samarbejdet med den kommunale sektor. Vigtigheden af, at partnerskaberne er meningsfyldte i den lokale kontekst, samt frihed til, gennem partnerskaberne, at udvikle indsats, som tager højde for den lokale kontekst, pointeres. Hvordan partnerskaberne i Tingbjerg taler ind i, men samtidig adskiller sig fra Regeringens partnerskabsstrategi, samt hvilken betydning dette kan have, vil vi arbejde videre med i specialets diskussion.

5.4 Delkonklusion

Vi har gennem analyse af interviewene med de boligsociale medarbejdere i Tingbjerg og Paul Bloch fået afdækket, at samtlige informanter taler ind i en diskurs, svarende til et bredt sundhedsbegreb. Dette med vægt på principperne i Wackerhausens åbne sundhedsbegreb og elementer fra den socio-økologiske model inkorporeret. Derudover har vi vist, at sundhed, ud fra det brede sundhedsbegreb, faciliteres gennem socialt arbejde. Aktiviteterne som foregår i supersætningen i Tingbjerg søger at opbygge sociale netværk, som inddrager arbejde med og på tværs af alle de sociale determinanter for sundhed. Aktiviteterne tager desuden hensyn til den kontekstuelle handlekapacitet, der er i Tingbjerg og beboernes livsbetingelser og mål. Desuden udformes indsatsene ud fra en gradienttilgang, hvor disse målrettes alle beboerne samtidig med, at der er et forøget fokus på den socioøkonomisk svageste gruppe. Således sker dette i tråd med principperne, vi har fremhævet i problemfeltet (jf. 2.2). Informanterne fremhæver partnerskaber med andre aktører som en vigtig del af det boligsociale arbejde i Tingbjerg og understreger vigtigheden af, at disse tager udgangspunkt i den lokale kontekst.

6.0 Diskussion

I dette kapitel vil vi på baggrund af vores analyse diskutere fire emner. Først, hvilke implikationer vores fund har for det sundhedsfremmende arbejde og reduktion af social ulighed i sundhed i Danmark. Derefter følger en diskussion af partnerskabernes betingelser og muligheder i henholdsvis supersætningen i Tingbjerg og i *Sundere liv for alle*. I tredje afsnit diskuterer vi vores speciales relevans som kritisk stemme. Sidst i kapitlet findes en refleksion over og diskussion af den valgte metode og videnskabsteori.

6.1 Sundhedsbegrebernes implikationer for sundhedsfremmende arbejde og reduktion af social ulighed i sundhed

Gennem vores første analysedel viste vi, at der i *Sundere liv for alle* arbejdes ud fra en forståelsesramme, hvor det biomedicinske sundhedsbegreb og den patogenetiske logik vægtes tungere end det brede sundhedsbegreb og den salutogenetiske logik. Således er politikken med til at producere og reproducere en samfundsdiskurs om sundhed forstået ud fra biomedicinske perspektiv. Derudover fandt vi, at politikken lægger op til 'forebyggelse gennem sundhedsfremme'. Et spørgsmål, analysen imidlertid ikke har givet et klart svar på, er, hvad denne diskurs og sundhedsbegreb betyder for planlægning og gennemførelse af sundhedsfremmende arbejde i kommunal sektor, hvilket vi vil diskutere følgende.

Vi mener, at vægtningen af det biomedicinske sundhedsbegreb i *Sundere liv for alle* forårsager, at de tre yderste lag i den socio-økologiske model ikke kommer til sin ret i politikken. Dette indebærer, at politikken i mindre grad tager højde for individernes behov for sociale relationer og fællesskaber, gode bolig- og arbejdsforhold og generel adgang til velfærdsydelser i forhold til at opnå sundhed. Derudover tages der i mindre grad højde for økonomiske, kulturelle og miljømæssige forhold som underliggende årsager til individets sundhed. I stedet lægges der op til at sundhedsfremme skal faciliteres i den kommunale sektor ved at henvende sig direkte til individet, der dermed bliver ansvarlig for at træffe individuelle valg i forhold til sundhed. Med andre ord, henvender politikken sig til det lag i den socio-økologiske model, som vedrører

individets individuelle valg og sundhedsadfærd. Det samme gælder for determinanterne for social ulighed i sundhed, disses gensidige afhængighed bliver der i mindre grad taget højde for. Social ulighed i sundhed reproduceres i hverdagsliv, institutioner og i individernes egne handlemønstre, men dette faktum prioriteres ikke tilstrækkeligt, da det underkendes, hvordan ulighed i sundhed er inkorporeret i den samfundsmæssige kontekst.

Denne udlægning i national politik forårsager, at kommunerne ikke får den nødvendige ramme til at planlægge og gennemføre sundhedsfremmende indsatser. Dermed kan der ikke tages højde for borgernes hverdagsliv i de lokale kontekster. Frem for at inkorporere alle de sociale determinanter for sundhed på lige fod og møde borgerne der, hvor de er, lægger politikken op til bestemte, objektive sundhedsmål på vegne af borgerne. Dette kan ses som et udtryk for at vigtigheden af, at upstream og downstream determinanter kombineres, ikke varetages, i udformningen af sundhedspolitikken. Det dominerende sundhedsbegreb forårsager, at downstream determinanterne bliver dominerende i *Sundere liv for alle*.

Samlet set betyder dette, at der er risiko for, at det kommunale sundhedsfremmende arbejde bliver ineffektivt, fordi ikke alle principperne for sundhedsfremme rummes i *Sundere liv for alle*. Der mangler i politikken blik for lige dele opmærksomhed på sociale og magtmæssige strukturelle dimensioner for sundhedsfremme og de psykosociale aspekter ved individets sociale interaktioner, hvilket kan føre til, at de mest sårbare borgere bliver tabt på gulvet, når det gælder deres sundhed. Dette er medvirkende til at øge afstanden mellem de socioøkonomiske grupper og dermed øge social ulighed i sundhed, fordi der ikke arbejdes ud fra en gradienttilgang. Traditionelle, biomedicinsk funderede sundhedsstrategier, som søger at opnå sundhed gennem adfærdændring, når ikke den mest sårbare befolkningsgruppe, fordi der står en række sociale problemstillinger i vejen.

I analysens anden del fremanalyserede vi, at der i supersætningen i Tingbjerg arbejdes ud fra en diskurs, som vægtlægger det brede sundhedsbegreb og ser sundhed i socialt arbejde. Her ser vi, at arbejdet med at mindske social ulighed i sundhed tager et andet udgangspunkt end den

biomedicinske sundhed. Vi ser her en modsatrettet vægtlægning af det biomedicinske- og det brede sundhedsbegreb og med dette, at det sociale (sundheds)arbejde ses med den salutogenetiske logik frem for den patogenetiske. De boligsociale medarbejdere har fokus på andre årsager til ulighed i sundhed end dem, der er fremhævet i *Sundere liv for alle*, fordi de ser en anden årsagssammenhæng. For de boligsociale medarbejdere handler det først og fremmest om at takle social ulighed i sundhed 'udefra og ind' på den socio-økologiske model. Først når det yderste lag er tilfredsstillende opfyldt, skaber det forudsætninger for næste lag, der herefter skaber forudsætninger for individets sundhedsadfærd. Social ulighed ses som den første og vigtigste problemstilling, der skal arbejdes med, for derefter at kunne takle de sundhedsmæssige konsekvenser, de socioøkonomiske forhold måtte føre med sig, både på befolkningsniveau og på individniveau. Herfra kan det udledes, at det sociale arbejde i Tingbjerg får mulighed for at virke sundhedsfremmende netop i kraft af, at det er karakteriseret som socialt arbejde, ikke sundhedsfremme eller forebyggelse. Af samme grund skal medarbejderne i Tingbjerg ikke på samme måde forholde sig til indholdet i national sundhedspolitik og står derfor friere i at udforme indsatser tilpasset den lokale kontekst. Supersetningen har beboernes perspektiv som grundlag for strategien og dennes initiativer. Der er opmærksomhed på, at forskellige individer har forskellig intentionalitet, ægte mål og forventninger, hvorfor individet er i fokus. Dog på en anden måde end politikken, da supersætningen har en kollektiv orientering og er med til at udvikle sundhedsfremme med og af de settings, der er med i tilgangen. Der skabes en kontekst, hvor det er selve settingen, der bliver sundhedsfremmende og har til formål at løfte sundhedsfremmeforandring på sigt. Dette skal ske gennem partnerskabsstrategier ikke ved, at individet selv har det største ansvar for sin egen sundhed. Desuden tages der her i højere grad hensyn til gradienttilgangen, da alle socioøkonomiske grupper inkluderes i settingen og der ikke udelukkende er fokus på de mest sårbare beboere. Dog må det pointeres, at vi ikke kender til publicerede forskningsresultater fra supersætningen i Tingbjerg, der påviser, at det sociale arbejde har forbedret beboernes biomedicinske sundhedstilstand. Men med den tilgængelige viden om sociale determinanter for sundhed og determinanter for social ulighed i sundhed er det rimeligt at antage, at dette er med til at fremme individernes biomedicinske sundhed og dermed udligne den sociale ulighed i sundhed, også ud fra et biomedicinsk perspektiv. På denne måde rummer supersætningen i Tingbjerg aspekterne i WHO's definition af sundhed ved at inddrage flere nuancer end blot fravær af sygdom. I supersætningstilgangens femte princip ligger desuden et løfte

om viden, der er produceret gennem aktionsforskning udført af Steno. Dette danner baggrund for, at supersætningen kan stå inde for sin gængse interdisciplinære videnskabelige tilgang, hvilket underbygger behovet for et legitimt videnskabeligt grundlag i sundhedsfremmende arbejde.

6.1.1 Partnerskaber

Partnerskaber er et bærende element både i supersætningstilgangen og *Sundere liv for alle*, hvorfor vi følgende diskuterer, hvordan partnerskaberne i Tingbjerg taler ind i og samtidig adskiller sig fra Regeringens partnerskabsstrategi, samt hvilken betydning dette har for det sundhedsfremmende arbejde.

Regeringens forslag til en partnerskabsstrategi forsøger at rumme både frihed til at udforme indsatser tilpasset den lokale kontekst og kvantitativ målstyring af, om indsatserne bidrager til flere leveår for danskerne og dermed øger middellevetiden for hele befolkningen (Regeringen, 2014: 22). I analysen udledte vi, hvordan disse elementer kan forstås som modsatrettede (jf. 5.1.6). Det kan således diskuteres, hvor stor friheden i partnerskaberne i virkeligheden kan være, når der i høj grad er et ønske om at monitorere samtidig med, at der er faste rammer for, hvilke mål der skal imødekommes. Konkret skal monitoreringen af målene ske gennem kvantitative data fra Børnedatabasen, Skolebørnsundersøgelsen og den nationale sundhedsprofil (Regeringen, 2014: 23). Denne måde at evaluere partnerskaberne på står i stærk kontrast til, hvordan der arbejdes i Tingbjerg. Seniorforsker Paul Bloch fortæller, at det her som sådan ikke er af interesse at forsøge at levere hurtige, målbare resultater: "*Sådan noget kan vi slet ikke levere, vores projekt er for langsigtet*" (Bilag 4: 11). Af samme grund har supersætningen ikke en slutdato, men er et kontinuerligt projekt, hvor der kontinuerligt udfoldes nye initiativer (Bilag 4: 12). I Tingbjerg skal der evalueres med fokus på processen, snarere end på kvantitative (biomedicinske) sundhedsparametre. Dette er også med henblik på at opnå og bevare tillid mellem sårbare beboere og de forskellige aktører i partnerskaberne (Bilag 4: 11), samt respektere individets ægte mål, som herved ikke er bestemt ud fra den dominerende sundhedsdiskurs.

Informanterne fremhævede vigtigheden af egenrådigt at kunne udvikle indsatser som giver mening for parterne og i den lokale kontekst. Den frihed lader til at komme under pres, når der bliver pålagt kvantitativ målstyring oppefra. Her ser vi en mulighed for, at ønsket om at monitorere partnerskabsstrategien i *Sundere liv for alle* kommer til at stå vejen for de sundhedsfremmende effekter af partnerskaberne. Som før ligger fokus på at måle objektive (biomedicinske) parametre for sundhed til hinder for at gennemføre brede indsatser med afsæt i de sociale determinanter for sundhed og determinanterne for social ulighed i sundhed i en ligevægtig kombination. Dette besværliggør partnerskaber i det sundhedsfremmende arbejde, der samtidig er meningsfulde i lokal kontekst, hvilket er præmissen for at fremme sundhed her.

6.2 Relevansen af at kritisere ‘verdens bedste velfærdssamfund’

Allerede i specialets første kapitel, *Baggrund*, fastslog vi, at der de sidste mange år har været en stigning i den sociale ulighed i sundhed i Danmark. Der er flere mulige årsager til dette, som vi i indeværende speciale forsøger at afdække gennem kritisk analyse af sundhedsbegreber hos relevante politikker og aktører. Men er det overhovedet meningsfyldt at rette kritik mod det sociale og sundhedsmæssige område i et velfungerende velfærdssamfund som Danmark? Det fremstår måske paradoksalt, men vi mener, at svaret er ja.

Vi har i analysen fundet frem til en række problematikker, der er til stede både i den nuværende, men også tidligere nationale danske sundhedspolitikker (jf. 5.1.3). Vi mener, at grundlaget for den udvikling, der har været i den sociale ulighed i sundhed, skal findes her, hvorfor der fortsat er behov for at skabe opmærksomhed på dette og rette en kritik, der kan udfordre udviklingen, hvor det biomedicinske sundhedsbegreb og sundhedsdiskursen reproduceres gennem diskurser og problemrepræsentationer. Kritikken tager derudover afsæt i de eksisterende sociale magtforhold, der er bredt i samfundet, og som skabes gennem diskurser og problemrepræsentationer.

Ligeledes har vi påpeget, hvordan social ulighed i sundhed reproduceres, ofte ubevidst, og forstærkes gennem ekskluderende og stigmatiserende processer, der findes i staten, civilsamfundet og hos individerne. I et samfund som det danske, med en universel

velfærdsmodel, har staten et stort ansvar for at skulle varetage de generelle velfærdsområder for befolkningen, herunder deres sundhed. Dermed er vores fund omkring ansvarsfordeling mellem det politiske, individet og kommunen interessant. Den fremlagte tilgang og sundhedsstrategi i politikken placerer i høj grad ansvaret hos individet, og den står derfor i kontrast til værdierne i den universelle velfærdsmodel, hvor staten og kommunen har ansvar for at facilitere rammen. Dette står i kontrast til, at politikken ønsker at bestemme, hvad sundhed skal være for den enkelte. Vi mener, at denne tilgang ikke bidrager til at reducere social ulighed i sundhed, fordi der mangler fokus på det politiske ansvar herfor.

Beskrivelserne i *Sundere liv for alle* lægger umiddelbart op til at rumme alle de rette tilgange for forebyggelse og sundhedsfremme ved første gennemlæsning, men gennem *What's the problem represented to be?* går vi bag om politikken og identificerer et gab mellem det, politikken giver udtryk for at have til hensigt, og hvad den ender med at have af konsekvenser. Herigennem kommer det til syne, at politikken gode intentioner ikke tilgodeser alle borgere. Dette understreger behovet for fortsat kritik samt at stræbe efter udvikling på området, som vi forsøger at bidrage til gennem dette speciale. Samtidig har vi gennem specialet set, hvordan sundhedsfremme har betydning for beboernes liv og deres muligheder for at handle i forhold til deres sundhed, når sundhedsfremme faciliteres gennem supersettingtilgangen i Tingbjerg. For sundhedsfremmende settings gælder det, at strukturer, institutioner og hverdagsliv skal tænkes sammen, hvilket vi har forsøgt at fremhæve samtidig med at formidle et kritisk perspektiv på de forhold, vi ser i Danmark, hvor social ulighed i sundhed er et problem på trods af et veludviklet velfærdssamfund. Desuden beskriver WHO sundhedsfremme som en tilstand, der til enhver tid ligger forude, som anticiperes, derfor er sundhedsfremme en altomfattende proces, hvor der altid er rum for kritik og forbedring for at synliggøre, hvilke nye veje der er behov for, for at fremme sundhed (WHO, 1986).

Det fremgår af de ovenstående diskussionsafsnit, og desuden af specialet som helhed, at sundhedsfremmefeltet er multidisciplinært. Det ligger i begreberne, at sundhedsfremme er et mere omfattende projekt end forebyggelse, når målet defineres som det at sørge for, at individerne opnår fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende (Vallgård, 2005: 29) Der

ligger derfor mange udfordringer i at udforme nationale sundhedspolitikker, som rummer alt dette, og som også skal inkludere viden fra flere forskellige videnskabelige traditioner. At udforme og gennemføre sådanne politikker er både komplekst og svært ressourcekrævende, men ud fra specialets fund ser vi dette som en nødvendighed for at lykkes med at reducere social ulighed i sundhed i Danmark. Inddrages samtidig ovenstående beskrivelse fra WHO, om sundhedsfremme som en kontinuerlig og altomfattende proces, er der således et kontinuerligt behov for aktuel sundhedsfremmeforskning for at foregribe nævnte problematikker. Indeværende speciale skal ses som vores bidrag til dette, som kommende sundhedsfremmere.

6.3 Retrospektiv refleksion

I følgende afsnit vil vi diskutere og reflektere over vores valg af metode og videnskabsteori, samt hvordan specialet har taget form efter det, hvilken viden vi har produceret, og hvordan dette kommer til udtryk. Løbende gennem specialet bliver der hentet inspiration fra kritisk teori og den kritisk hermeneutiske videnskabsteoretiske tradition (jf. 3.1). Dette kommer til udtryk i flere dele af specialet, hvilket der også løbende bliver redegjort for og reflekteret over. Særlig kritisk hermeneutisk videnskabsteori udgør en underliggende forståelse gennem specialet, der både danner ramme om vores forforståelser fra begyndelsen, og hvordan disse udvikles, samt vores informanternes forståelser. Siden vi påbegyndte indkredsningen af problemstillingen til specialet, har vi gennem en vekselvirkning mellem allerede kendt og ny viden skabt nye forståelser, der har åbnet op for nye perspektiver. Fra specialets begyndelse, bygger vores forforståelser på vores tidligere uddannelse og arbejdsliv som sygeplejersker. Vi har begge mødt mange patienter i hospitalsregi, hvor de sociale problemer syntes lige så vigtige som de (biomedicinske) sundhedsproblemer. Desuden er vores forforståelser også et produkt af RUC og vores kandidatfags kritiske tilgang til samfund og sundhed. Samtidig er det uundgåelig, at vi er præget af udlægningen af den lokale kontekst, vores informanter arbejder i. Tingbjerg betegnes som hård ghetto (Transport- og Boligministeriet, 2019), og til trods for at vi efterstræbte at stille informanterne generelle og ikke-ladete spørgsmål, kan dette have påvirket vores udformning af de to interviewguides. Disse forestillinger og forforståelser har vi forsøgt at udfordre og udvide ved hjælp af litteratursøgning.

Fra specialeprocessens begyndelse ønskede vi at undersøge sundhedsfremmende indsatser i lokalområder, og vores vejleder var behjælpelig med at formidle en kontakt til Steno, som arbejder ud fra supersettingtilgangen i Tingbjerg. På den måde fik vi kontakt til seniorforsker Paul Bloch, og kontakten til de boligsociale medarbejdere blev formidlet gennem Steno. Da vi var i kontakt med Asger og Jesper inden interviewet, sendte vi, som nævnt, et følgebrev med information om vores speciale og muligt interview. Her beskrev vi bl.a. at vi ønskede ”*at sætte fokus på og undersøge, hvordan forståelser af sundhed har indflydelse på den praktiske fortolkning af begreber*” (Bilag 1). Således afslørede vi forud for interviewet, at sundhed kan ses på flere måder, hvilket begge de boligsociale medarbejdere også gav udtryk for i interviewsituationen. Det er muligt, at vi gennem følgebrevet påvirkede deres forforståelser i den retning. Havde vi formuleret os anderledes i følgebrevet, havde vi måske fået andre, mere umiddelbare svar. Da informanterne befinder sig i en kontekst, hvor der arbejdes ud fra supersettingtilgangen, kan der stilles spørgsmålstegn ved, at vi har valgt at søge informanter netop herfra. Dette fordi vi grundet deres kontekst havde gode muligheder for at rekruttere nogen, som ville udtale sig om sundhed ud fra en bred sundhedsdiskurs, med inddragelse af det åbne sundhedsbegreb og den socio-økologiske model. Dog ser vi dette valg som en styrke for vores speciale, fordi det fra begyndelsen har været vores ønske at nuancere sundhedsbegrebet og argumentere for et udvidet sundhedsbegreb. Ligeledes ser vi det som en styrke, at vores informanter arbejder med en tilgang, som er inspireret af den socio-økologiske model og honorerer principperne for sundhedsfremme fra Ottawa-charteret. Altså er informanterne relevante for konteksten og forskningsområdet, hvilket styrker gyldigheden af specialet. Vi ser en mulig konsekvens af, at informanterne kan have en interesse i at skildre deres arbejde, så de er loyale overfor deres arbejdsplads, og med stor respekt for beboerne i Tingbjerg. Dette kan bevidst eller ubevidst lede til, at positive aspekter fremhæves og negative aspekter nedtones. Denne problemstilling kan også overføres til os som forfattere af dette speciale. Udover de faglige og personlige holdninger vi har, er vi muligvis farvet af Paul Bloch, Jesper og Asgers engagement. Dette kan være udtalt hele vejen gennem indeværende speciale, men i særdeleshed komme til udtryk gennem vores kritiske analyse af politikken, hvor der kan opstå en risiko for, at de udsagn, vi fremhæver, understøtter et bestemt argument. Vi har dog udført analysen af politikken forud for interviewene, hvorfor vi ikke ser det som et bias i specialets første analysedel. Gennem fremlægning af egne forudsætninger, antagelser og afgrænsninger får

analysen et akademisk perspektiv, og vi skader ikke specialets pålidelighed. Den tydelige skildring af vores metodiske fremgangsmåde, skaber desuden gennemsigtighed i specialet.

7.0 Konklusion

Dette kapitel vil med udgangspunkt i analysen og diskussionen besvare specialets problemformulering, som lyder:

Hvilke sundhedsbegreber konstrueres, i henholdsvis '*Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*' og af boligsociale medarbejdere i Tingbjerg? Hvilke implikationer får disse sundhedsbegreber for sundhedsfremmende arbejde og reduktion af social ulighed i sundhed i Danmark?

Vi kan konkludere, at der i *Sundere liv for alle* konstrueres et biomedicinsk sundhedsbegreb, frem for det brede sundhedsbegreb, som ligeledes findes i politikken, men som i mindre grad vægtlægges. Politiken indlejrer sig dermed i en biomedicinsk sundhedsdiskurs, som den historiske kontekst, styringsparadigmet og sundhedssektorens opbygning, og også politikken selv er medskabende i at producere og reproducere. Den biomedicinske sundhedsdiskurs får herigennem status som den mest legitime i samfundet. Modsat dette konstrueres der af de boligsociale medarbejdere i supersætningen i Tingbjerg et sundhedsbegreb, som vægtlægger en bred forståelse af sundhed, som også bakkes op af forskningsmiljøet. Vi finder dog også tegn på, at medarbejderne er påvirket af den biomedicinske sundhedsdiskurs. Med afsæt i disse sundhedsbegreber kan vi udlede bestemte opfattelser af årsagerne til den stigende sociale ulighed i sundhed i Danmark. *Sundere liv for alle* inddrager i mindre grad individernes sociale relationer og fællesskaber, bolig- og arbejdsforhold, og generel adgang til velfærdsydelser som årsager til ulighed i sundhed. Derudover tages der mindre højde for økonomiske, kulturelle og miljømæssige forhold. I stedet vægtes individets sundhedsadfærd. På den måde fremstilles det, at årsagen til social ulighed i sundhed skal findes i individets usunde livsstil, hvilket medfører en lav socioøkonomisk status. De boligsociale medarbejdere ser i stedet social ulighed i sundhed som et spejl på generel ulighed i samfundet, således tages der højde for individernes sociale forhold. Her ses lav socioøkonomisk status som årsag til usundhed eller sygdom.

For planlægning og gennemførelse af sundhedsfremmende indsatser betyder ovenstående, at der tages to forskellige udgangspunkter i ønsket om at reducere social ulighed i sundhed. I

supersætningen i Tingbjerg sker dette ved hjælp af socialt arbejde, fordi generel ulighed ses som den underliggende og udslagsgivende problematik. I politiken lægges der i stedet op til 'forebyggelse gennem sundhedsfremme' uden særlig hensyntagen til komponenterne i de sociale determinanter for sundhed og determinanterne for social ulighed i sundhed, og uden at der tages højde for den sociale gradient. Således lægger *Sundere liv for alle* op til sundhedsfremme uden særlig vægt på vigtigheden af at tage højde for kontekst, hvilket kan forårsage, at de sundhedsfremmende indsatser bliver ineffektive.

8.0 Perspektivering

Dette speciale er skrevet i faget sundhedsfremme og sundhedsstrategier, hvorfor vi har lagt vores primære fokus her. Vores erkendelsesinteresse har dog udviklet sig meget i processen, hvilket også gør sig gældende for specialets retning. Undervejs i denne proces er vi blevet opmærksomme på, hvordan vores andet fag på kandidatuddannelsen, socialvidenskab, kunne have åbnet op for flere perspektiver, der kunne have komplimenteret og understøttet indeværende speciale.

Vores fund tydeliggør, at sundhedsfremme skal ses og udvikles i kontekst, ikke kun indenfor forskellige politikområder eller kommunale indsatsområder, men først og fremmest med udgangspunkt i individernes hverdagsliv. Denne forståelse er væsentlig for at undgå, at indsatser planlægges og gennemføres uden relation til individerne, de skal omfatte. Vi belyser, hvordan socioøkonomiske og sociokulturelle livsbetingelser er bestemmende for, hvordan individer spiser, bor og agerer forskelligt, men også hvordan livsbetingelserne påvirkes af vores måde at indrette samfundet på, f.eks. trafikalt, boligmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk, da disse faktorer udgør grundlaget for en række sundhedsmæssige problemer. Vi finder, at politikken ikke formår at facilitere sundhedsfremme ud fra det brede sundhedsbegreb og dermed ikke reducerer social ulighed i sundhed. Dette fordi der lægges op til 'forebyggelse gennem sundhedsfremme' uden særlig hensyntagen til de sociale determinanter for sundhed og determinanterne for social ulighed i sundhed og ikke tages højde for den sociale gradient. Derudover ser vi en skæv ansvarsfordeling, hvorfor vi pointerer, at den politiske ansvarstagen for befolkningens sundhed og reduktion af ulighed i sundhed halter. Dette kan ses som et udtryk for tilstedeværelsen af to forskellige politiske paradigmer i *Sundere liv for alle* og i dansk sundhedspolitik generelt, hvor der forsøges at facilitere sundhed gennem social investeringspolitik og socialt sikkerhedsnet (Kvist, 2018: 226). En socialvidenskabelig vinkel, der i denne forbindelse kunne have været interessant og relevant at inddrage, er tankerne bag social investeringspolitik. Dette med henblik på at kunne gå mere i dybden med politikken, samt 'bag om' hvilke politiske paradigmer, der ligger for udformningen af denne.

Social investeringspolitik kan ses som en nyere udvikling indenfor forståelsen af sociale problemer, og hvordan disse kan løses ved hjælp af politik. Denne politiske strategi indebærer, at velfærdspolitikken ikke kun skal sørge for omfordeling, omsorg og forsikring, men også investere i borgerne. Målet er at gøre borgerne stærkere og hermed i stand til at møde sociale risici og livsforandringer (Kvist, 2018: 213f). Således hjælpes individerne til en fordelagtig risikoadfærd, og samtidig modvirkes det modsatte. Sociale investeringer skal ses i et livsforløbsperspektiv, da det anerkendes, at individets livsforløb bliver påvirket af menneskelig handlen og kontekst (Kvist, 2018: 214f). På denne måde rummer sociale investeringspolitikker både sociale og økonomiske perspektiver og formål (Kvist, 2015: 41). Som nævnt skal denne strategi ses i forhold til et politisk paradigme, der fokuserer på socialt sikkerhedsnet med forsikring og økonomisk omfordeling. Der er sket en opblomstring af social investeringspolitik de senere år grundet en samfundsudvikling, der bl.a. er forårsaget af strammere makroøkonomiske styring og stigende ulighed (Kvist, 2018: 214f). Social investeringspolitik blev derudover lanceret som ny europæisk strategi for socialpolitiske reformer i 2013 (European Commission, 2013). Indføringen af en sådan strategi stiller en række krav til den danske velfærdsmodels vægtning af forsikring og omfordeling. Disse er gensidigt afhængige, og kun når social investeringspolitik er vellykket, kan man i et samfund have mindre fokus på socialt sikkerhedsnet.

Vi henleder, gennem vores speciale, opmærksomheden på, at der i nogen grad mangler integrering af fokus på familie, uddannelse, arbejde, balance i arbejdslivet og lokalsamfund indenfor den danske sundhedspolitik. Af den grund mener vi, det ville være relevant at undersøge, hvilke implikationer de forskellige ovennævnte politiske paradigmer, der kommer til udtryk i politikken, har for sundhedsfremmende arbejde og mulighederne for at reducere ulighed i sundhed. Principperne for social investeringspolitik, som beskrevet ovenfor, læner sig på mange måder op ad principperne for sundhedsfremme, hvorfor det derfor kunne være interessant at undersøge, om *Sundere liv for alle* kan ses som en social investeringspolitik, eller om ansvarsfordelingen mellem politik og individ forårsager, at det sociale sikkerhedsnet forsvinder for sårbare befolkningsgrupper.

Vi bevæger os gennem specialet i spændingsfeltet mellem sundhedsfremme og socialvidenskab, da sundhedsområdet er en del af de dynamiske processer, der er til stede mellem staten og befolkningen, og de to områder kan derfor, efter vores opfattelse, ikke adskilles. En større integrering af socialvidenskab i specialet kunne have givet os mulighed for at inddrage de ovenstående perspektiver og dermed skabt nye vinkler og interessante perspektiver til vores forskningsbidrag.

Litteraturliste

Andersen, H. L. M. (2015) *Community Health. Sundhedsfremmestrategier og planlægning i lokalsamfund*. Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring (ENSPAC). Roskilde Universitet.

Andersen, T. B. Reinbach, H. C. & Bloch, P. (2020) Supersetting-tilgangen til integreret sundhedsfremme i lokalsamfundet. i Andersen, T. P., Lau, C. B. & Andersen (red.) *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund - Mellem forskning, planlægning og praksis*. Hans Reitzels Forlag.

Bacchi, C. (2009) Introducing a 'what's the problem represented to be?' approach to policy analysis. I: *Analysing Policy - What's the Problem Represented to Be?* Pearson Education Australia.

Bacchi, C. (1999) Introduction: Taking Problems Apart. I: *Women, Policy and Politics. The Construction Of Policy Problems*. SAGE Publications.

Bak C. K., Andersen, P. T. & Andersen, H. M. (2020) Planlægningsmodeller til sundhedsfremme i lokalsamfund. i Andersen, T. P., Lau, C. B. & Andersen (red.) *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund - Mellem forskning, planlægning og praksis*. Hans Reitzels Forlag.

Béland, D. (2019) How ideas impact social policy. I: Greve, B. (red.): *Routledge Handbook of the Welfare State*. 2. udgave, Routledge.

Bloch, P. & Jensen, B. B. (2016) Supersetting: Integreret forebyggelse i lokalsamfundet. I: Bruun Jensen, B., Grønbæk, M. & Reventlow, S. (red.) *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard, København 2016.

Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H.C., Clausen, L.T., Mikkelsen, B.E., Kjeldsen, P. og Jensen, B.B. (2014) *Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion*. International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity. 2014, 11:118

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007) *European Strategies for Tackling Social inequities in Health: levelling up part 2*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool.

Davidsen, M. Koch, M. B. & Juel, K. (2013) *Social ulighed i indlæggelser*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, oktober 2013.

Diderichsen, F., Andersen I. & Manuel, C. (2011) *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen 2011.

Dybbroe, B. (2018) Professionssociologi - Sundhedsprofessioner under pres. I: Andersen, P. T. & Timm, H. (red.). *Sundhedssociologi - en grundbog*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Engberg, J. (1999) *Det heles vel - forureningsbekæmpelsen i Danmark fra loven om sundhedsvedtægter i 1850'erne til miljøloven 1974*. Miljøkontrollen, Københavns Kommune.

European Commission (2013) *Towards Social Investment for Growth and Cohesion*. Commission Communication, COM (2013) 83 final, 20th February.

Fangen, K. (2011) *Deltagende observasjon*. 2. udgave, 2. oplag, Fagboklaget Vigmostad og Bjørke A/S.

Fosse, E., Helgesen, M.K., Hagen, S. & Torp, S. (2018) *Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges*. Scandinavian Journal of Public Health, 46 (suppl 20):47-52.

Geil, K. Søndergaard D. E. & Rod, M. H. (2016) Organisatoriske og politiske rammer for forebyggelsen i Danmark. I: Jensen, B. B., Grønbæk, M. & Reventlow, S. (red.). *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, København, 2016.

Grønbæk, M., Jensen, B. B. & Reventlow, S. (2016) Sundhedsfremme og forebyggelse, version 2.0. I: Jensen, B. B., Grønbæk, M. & Reventlow, S. (red.). *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, København, 2016.

Hansen, A. D. (2012) Diskurs- og videnskabsteori. i Juul, S. & Pedersen, K. B. (red) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. 1. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Janghorban, R., Latifnejad Roudsari, R., & Taghipour, A. (2014). Skype interviewing: the new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 9, 24152.

Jensen, B. (2005). Sundhedsfremme og forebyggelse - to forskellige paradigmer?. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 2(3).

Jensen, H., Davidsen, M., Okholm, O. and Christensen, A. I. (2018) *Danskernes Sundhed: Den nationale Sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, University of Southern Denmark.

Juel, K. & Koch M. B. (2013) *Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år – betydningen af rygning og alkohol*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, marts 2013.

Juul, S. (2012) Hermeneutik. I: Juul, S. & Pedersen, K. B. (red) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. 1. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. (2012) Nyere kritisk teori. I: Juul, S. & Pedersen, K. B. (red) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. 1. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Kamper-Jørgensen, F. & Jensen, B. B. (2011) Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber. I: Kamper-Jørgensen, F., Almind, G. & Jensen, B. B. (red). *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, København, 2011.

Kamper-Jørgensen, F. (2011) Det forebyggende sundhedsarbejde – internationale og nationale udviklinger. i: Kamper-Jørgensen, F., Almind, G. & Jensen, B. B. (red). *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard Danmark, København, 2011.

Koch, L. (2012) Tekstanalyse. I: Vallgård, S. & Koch, L. (red.) *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, København 2007.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *InterView*. 3. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Kvist, J. (2015) Social investment as risk management. I: T.T. Bengtsson, M. Frederiksen & J.E. Larsen (eds.) *The Danish Welfare State: A sociological investigation*, Basingstoke: Macmillan

Kvist, J. (2018) Inclusive growth and social investments over the life course. I: *Reframing global social policy - social investment for sustainable and inclusive growth*. Bristol University press, policy press, 2018.

Kickbusch, I. & Gleicher, D. (red.) (2012). *Governance for health in the 21st century*. World Health Organization regional office for Europe.

Kristensen, J. E. (2016) Forebyggelse og sundhedsfremme i videnssamfundet - om grænser for evidensbaseret forebyggelse. I: Bruun, J.J., Hanak, M.L. & Koefoed, B.G. (red.) *Viden og evidens i forebyggelsen*. Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.P

Regeringen (2009) *Sundhedspakke 2009*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

<https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2009/Oktober/~media/Filer%20-%20dokumenter/Sundhedspakken09/Sundhedspakke09.ashx> (13.05.20)

Regeringen (2014) *Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Findes i bilag 7.

Sandø, N., Primdahl, R., Hjorthøj, A. R., Knudsen, B. U. & Hansen, C. (2013) *Sundhedstilbud til Socialt udsatte borgere*. Sundhedsstyrelsen: 2013.

Sundhedsstyrelsen (2005) *Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Center for Forebyggelse. Sundhedsstyrelsen 2005.

<https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx> (25.05.2020)

Sundhedsloven (2019) LBK nr 903 af 26/08/2019. Sundheds- og Ældreministeriet.

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=210110#id2e1610b6-5348-4d93-8365-a391c304f183> (31.03.20)

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (red.). (2010) *Kvalitative metoder - en grundbog*. 1. udgave, 2. oplag. Hans Reitzels Forlag, 2010.

Thagaard, T. (2010). *Systematik og indlevelse – en indføring i kvalitativ metode*. 1. udgave, 4. oplag, 2010. Akademisk Forlag.

Tingbjerg Changing Diabetes (2020) *Om TCD: Baggrund*.

<https://www.tingbjergchangingdiabetes.dk> (01.06.20)

Transport- og Boligministeriet (2019) *Liste over hårde ghettoområder pr. 1. december 2019*.

Notat d. 1. december 2019.

<https://www.trafikstyrelsen.dk/da/-/media/TBST-DA/Bolig/Publikationer/Ghettolisten-2019.pdf> (25.05.20)

Triantafillou, P. (2016) *Analyse af dokumenter og dokumentation*. I: Kristensen, C. J. & Hussain, M. A. (red.) *Metoder i samfundsvidenskaberne*. Samfundslitteratur 2016.

Vallgård, S. (2005) Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, 2(3).

Vallgård, S. (2010) *Tackling social inequalities in health in the Nordic countries: targeting a residuum or the whole population?*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010;64:495-496. doi:10.1136/jech.2009.102

Vilhelmsen, J. (2016) Social ulighed i levetid - De længst uddannede lever 6 år mere end de ufaglærte. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd 2016.
https://www.ae.dk/sites/www.ae.dk/files/dokumenter/analyse/ae_de-laengst-uddannede-lever-6-aar-mere-end-de-ufaglaerte.pdf (31.03.20)

Wackerhausen, S. (2005) Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme i Jensen, U. J. & Andersen, P.F. (red.) *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. 2. udgave. Philosophia.

Wilkinson, R. & Marmot, M. (red.) (2003) *Social determinants of health - The solid facts*. World Health Organization, 2. edition, WHO library cataloguing in Publication Data.

World Health Organization (1946) *Preamble to the constitution of WHO as adopted by the international health conference*. New York, USA.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (03.04.20)

World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*.
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (06.01.20)

World Health Organization (2008) Commission on the Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Final report. Geneva, 2008.

Bilagsliste

Bilag 1: Følgebrev

Bilag 2: Interviewguide Paul

Bilag 3: Interviewguide boligsociale medarbejdere

Bilag 4: Interview Paul

Bilag 5: Interview Asger

Bilag 6: Interview Jesper

Bilag 7: *Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*