

Community Health –

Sundhedsfremmestrategier og planlægning i lokalsamfund

Ph.D. afhandling:

Heidi Lene Andersen

Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring (ENSPAC)
Roskilde Universitet, Danmark
August 2015

© 2015 Heidi Lene Andersn

Front cover: Layout: Heidi Lene Andersn og Ritta Juel Bitsch

Front pages layout: Heidi Lene Andersn og Ritta Juel Bitsch

Print: Prinfo Paritas Digital Service

ISBN 978-87-7349-925-2

Forord

Egentligt lå min ph.d. ansøgning i forlængelse af en større forskningsansøgning, som ikke blev finansieret. Dette medførte en del udfordringer, blandt andet overvejelser over hvordan jeg skulle lave et aktionsforskningsprojekt alene, og uden en given empirisk samarbejdspartner.

Samtidig gav situationen dog også en mulighed for at vurdere om en given samarbejdspartner kunne være særlig interesseret i forhold til mit ønske om at lave empowerment orienteret aktionsforskning.

Jeg havde i min søgning efter et empirisk nedslag blandt andet kontakt til et sundhedscenter i Region Sjælland, men fandt her at et sundhedsfremme perspektiv dels ville blive knyttet op på en institutionel tilgang, og dels ikke ville kunne modsvare mit ønske om at have et community og et multilevel perspektiv inden for community health og planlægning i lokalsamfund.

Det empiriske nedslag i Fuglekvarteret i København NV gav, via lokal udvalg Bispebjerg, en mulighed for tvær-sektorielt og tvær-professionelt samarbejde, og ikke mindst havde lokaludvalget et ønske om metodeudvikling i pilot projektet ”Lige adgang til sundhed”. Denne kontekst opfatter jeg som særlig i en dansk sammenhæng.

Min inspiration til denne afhandling kommer fra en mangeårig praksis og leder erfaring som sygeplejerske i sundhedssektoren, hvor den tiltagende standardisering af arbejdet har medført en reduceret faglig udfoldelses mulighed, og fokusdrejning væk fra patient/borger hen mod en instrumentel administrativ dagsorden, hvilket frustrerede mig. Der er dermed i afhandlingen en bagvedliggende drivkraft for at få faglig vurdering, og vurderinger baseret på etik og værdier tilbage på dagsorden, samt at understøtte et borger/patient perspektiv i forhold til de aktuelle problemstillinger.

Endvidere har min tidligere arbejdssituation bidraget til et ønske om at skabe sammenhæng mellem de ydre krav, i form af standardiseringer og økonomisk tænkning, og indre krav om at udføre et fagligt forsvarligt arbejde. Jeg har ofte følt at mine faglige argumenter ikke kunne modsvare den økonomiske og styringsmæs-

sige logik. Dette har medført en drivkraft til vidensudvikling, og til at bygge bro mellem praksis og forskningsfeltet, og dette er baggrunden for inddragelse af et phronetisk aktionsforskningsperspektiv som udfoldes i afhandlingen.

Tak

Først og fremmest tak til mine to vejledere Jesper Holm og John Andersen, som har været meget mere end formelle vejledere. Tak for at dele ud af jeres viden, være tålmodige og krævende, og for den fantastiske dannelses rejse jeg har været på. Ikke mindst tak for jeres personlige engagement og humor, det har været en fornøjelse at diskutere, reflektere og grine sammen med jer.

Tak til CSUF – Center for Sundhedsfremmeforskning, på Roskilde universitet, som jeg har været en del af siden 2010, og som er fyldt med gode kollegaer. Tak til ENSPAC forskningsgruppen på sundhedsfremme, Erling Jelsøe, Jesper Holm, Nicole Thualagant, Birgit Land, Kirsten Bransholm Pedersen, Bente Kjærgård, Ditte Marie From, Marie Kolmos og Kristian Delica. Tak for, at I har skabt rum til faglige diskussioner og kollegial omsorg. Tak til min ”room mate” Charlotte Beck Lau, for mange snakke om aktionsforskning og sundhedsfremme.

En særlig tak til min mand Per, og min familie for at støtte mig gennem hele forløbet. I er fundamentet for det hele.

Tak til Jane South og Judy White fra Leeds Beckett University, som har været utrolig gæstfrie i forbindelse med mine besøg i England, og som har delt deres viden og vist deres forskningsmetoder gennem besøg hos forskellige community health projekter i Leeds og omegn.

En speciel tak skal lyde til Bispebjerg Lokal udvalg, Helene B. Rønne, Forebyggelsescenter Nørrebro og Brobyggerne, for at byde mig indenfor, og for jeres åbenhed og villighed til at reflektere over det daglige arbejde.

Resumé

Hensigten med denne afhandling er at bidrage med viden inden for sundhedsfremmeområdet med særlig fokus på community health promotion. Afhandlingen er inspireret af WHO's - World Health Organisations -forståelse af sundhed, der dels indbefatter menneskers ressourcer, kapacitet og handlerum for at påvirke egen sundhed, og dels omgivelsernes beskaffenhed. Der er tale om, at sundhed har baggrund i multifaktuelle årsagssammenhænge, der dels indbefatter menneskers ressourcer, kapacitet og handlerum for at påvirke egen sundhed, og dels omgivelsernes ressourcer og beskaffenhed.

Internationalt og i WHO-regi har der specielt siden Ottawa-chartret i 1986 været en gennemgribende koncept, strategi og policy-udvikling inden for sundhedsfremmefeltet, dels for at fremme sundhed og dels for at reducere uligheden i sundhed. På trods af international praksiserfaring og evidens for effekter af en sundhedsfremmede community health-tilgang er denne tilgang fortsat i sin vorden i Danmark. Afhandlingens problemfelt har således afsæt i, at der på trods af indsatser og teoretisk udvikling af et sundhedsfremmebegreb fortsat er en voksende ulighed i sundhed, og der er internationalt og i Danmark et gab mellem teori- og praksisudviklingen inden for sundhedsfremmefeltet. Afhandlingen bidrager med et sundhedsfremmeperspektiv, der dels har blik for sammenhængen mellem problemstillinger på tværs af forskellige sfærer i samfundet, og dels tilgodeser praksisfeltets problemstillinger på forskellige niveauer. Endvidere har afhandlingen et sigte på at afsøge muligheder for at mindske den voksende ulighed i sundhed. Der er dermed et dobbelt sigte, dels at udvikle sundhedsfremmestrategier, der er holdbare i forhold til sundhedsinterventioner i lokalsamfundet, og som sigter på kapacitetsopbygning af både professionelle sundhedsfremmere og borgere, og dels på læringsudvikling baseret på erfaringsviden hentet fra både forsknings- og praksisfeltet.

Afhandlingens problemformulering er følgende: Hvilke barrierer og muligheder eksisterer for at planlægge og facilitere en community health-tilgang til en dansk lokalsamfundskontekst? Og hvorledes kan en planlægningsproces, der kombinerer forsknings- og erfaringsviden bidrage til vidensudvikling inden for både sundhedsfremmepraksis og forskningsfeltet?

Gennem anvendelse af principper fra den internationalt anerkendte community health-tilgang og gennem kritik af de samfundsmæssige forhold, for eksempel gennem de nationale sundhedsstrategier, søges efter mulige løsningsforslag og alternative tilgange til den nuværende situation med voksende ulighed i sundhed.

Et community health-perspektiv bidrager med et fokus på de sociale determinanter til sundhed, som foregår i hverdagslivet, altså hvor mennesker lever, arbejder og bor. Dette kan ses som et alternativ til sundhedsvæsnets fokus på behandling af sygdomme og til forebyggelsesperspektivets fokus på at undgå sygdom. Endvidere bidrager et kontekstuel community health-perspektiv med inddragelse af forskellige sfærer, metoder og perspektiver i forhold til at adressere samme problem, og dette er nødvendigt i forbindelse med multifaktuelle årsagssammenhænge, som ofte gør sig gældende inden for ulighed i sundhed. Udfordringerne ved anvendelse af et community health-perspektiv har i praksis vist sig at omhandle håndtering af det brede community health-perspektiv. Afhandlingen udvikler derfor et begreb om social sundhed, der beskriver linket mellem sundheds- og sociale indsatser. En pointe er dog, at en videreudvikling af begrebet skal foregå i samarbejde med praksisfeltet.

Afhandlingen er opbygget over tre dele. I afhandlingens første del viser jeg, at Danmark har en ulige anvendelse af sundhedstilbuddene, og at de danske sundhedsstrategier overvejende er baseret på enstrengede sundhedsstrategier. Jeg har, via WHO, peget på, at en community health-tilgang kan anskues som en motor til at adressere de sociale determinanter til sundhed og til at reducere ulighed i sundhed. Anden del af afhandlingen omhandler community health som begreb, samt fordele og ulemper ved at anvende begrebet. Der fokuseres på community health-planlægningsmodeller, samt en beskrivelse af min egen planlægning og metodeanvendelse. Derefter indplaceres afhandlingens casestudie og empiri i forhold til anden international, nordisk og dansk forskning inden for området. Denne fremskrivning i del to leder til afhandlingens tredje del, som er en teoretisk del, der indeholder et kapitel om aktionsforskning, et om phronesis, samt et analyseafsnit, der leder til afhandlingens sammenfatning og konklusioner.

Teoretisk trækker jeg på kritisk teoris emancipatoriske og kritiske udgangspunkt. Kritisk teori er anvendeligt til at pege på samfundsmæssige barrierer, men for at svare på afhandlingens fokus på både muligheder og barrierer anvender jeg kritisk teori i sammenhæng med aktionsforskningen, som bidrager med et blik for mulig-

heder og for forandringspotentialer. Kritisk teoris emancipatoriske udgangspunkt anvendes i forbindelse med empowerment-begrebet, og hele ovenstående teoretiske udgangspunkt kombineres med det normative begreb phronesis, der tilføjer et blik på etik og værdier – begreber, som ofte er udeladt af den nuværende samfundsforskning.

Metodologisk er vidensudviklingen i afhandlingen faciliteret indefra og bottom-up ved at eksponere ligheder og forskelle, sammenligne habitus og erfaring, og dermed er der opnået refleksivitet, forandring og ny viden. Aktionsforskning er baseret på deltagelse, også forskeren er deltagende i sit forskningsfelt, og via kobling med et phronetisk perspektiv er der tale om, at også forskeren eksponerer sine teoretiske og praktiske forforståelser. Det er den fremkomne form for refleksivitet, der er et særkende for phronetisk aktionsforskning, og som har bidraget med forandring og skabelse af ny viden i praksis og i denne afhandling.

Det præcise empiriske nedslag, et sundhedsprojektet kaldt ”Lige adgang til sundhed” i boligområdet Fuglekvarteret i København NV, er interessant, da det danner en kontekst med mulighed for at facilitere en tværvideenskabelig og tværsektoriel community health-tilgang. Det empiriske nedslag er, som pragmatisk case-eksempel, interessant i en international sammenhæng, idet Danmark, som er et af de mest lige lande i verden, og som har et veludviklet universelt sundhedssystem (hvilket anses for en vigtig sundhedsdeterminant), også har en voksende ulighed i sundhed.

Det empiriske arbejde i et københavnsk lokalområde viste, at de nuværende enstrengede sundhedsindsatser medførte, at lokale, kontekstuelle og sociale sundhedsbehov blev overset. Endvidere viste casestudiet, at der i praksisfeltet er en manglende koordinering vertikalt, horisontalt og ikke mindst i forhold i borgerne, og der er, i en sundhedsfremmeplanlægningsproces, et manglende empowerment i forhold til den politiske proces over for forvaltningen og det kommunale politiske system, blandt andet på grund af manglende viden om, og dermed også argumentation for, at udføre sundhedsfremmende arbejde.

Afhandlingen argumenterer for, at udvikling af phronetisk aktionsforskning kan bidrage med ny viden til udvikling af alternative sundhedstilbud og sundhedsfremmestrategier og bidrage med et bredere og mere værdirationelt perspektiv på den nuværende samfunds- og sundhedsfremmeforskning. I stedet for generaliseret

kontekstafhængig viden og sundhedssyn er der behov for kontekstuel viden om sundhed.

Afhandlingens konklusioner bliver dermed: De nuværende enstrengede, nationale sundhedsstrategier er ineffektive i forhold til at reducere ulighed i sundhed forstået i et WHO-sundhedsfremmeperspektiv. Community health-tilgangen er en alternativ planlægningstilgang.

Phronetisk aktionsforskning kan skabe forandring og ændre den institutionelle dømmekraft uden en ekstern implementeringsproces, men gennem intern kollektiv refleksion og immanent kritik.

Der er gennem den phronetiske aktionsforskningstilgang med eksponering af forforståelser og habitus fremkommet forandring. Dette er for eksempel sket gennem diskussion af de anvendte metoder, som dels har medført refleksion over metodeudviklingen i projekt "Lige adgang til sundhed", og dels har medført refleksion over det daglige arbejde og de nuværende sundhedstilbud og over, hvorvidt de medfører de ønskede mål, samt over, på hvilket grundlag der egentlig træffes beslutninger.

Processen har medført, at projekt "Lige adgang til sundhed" nu er en del af den daglige drift og har ændret navn til "Sammen om sundhed".

Der er et behov for yderligere forskning til at udvikle de nuværende nationale sundhedsstrategier, der har vist sig ineffektive i forhold til at reducere den voksende ulighed i sundhed. Et begreb om social sundhed kan skabe viden om sammenhængen mellem sociale indsats og sundhedsindsatser. Sundhed som et åbent, foranderligt, kontekstuel og socialt begreb, bør, for at have effekt, integreres i de nationale og kommunale sundhedsforståelser og sundhedsfremmestrategier. Community health-tilgangen, som er udviklet i en international sammenhæng, har behov for at blive udviklet i forhold til en dansk velfærdsmodel og som alternativ til det nuværende fokus på sundhed i en sygehuskontekst eller en forebyggelseskontekst. Hvis vi som samfund ønsker at ændre på den nuværende situation med ulighed i sundhed, må vi gøre noget anderledes og lede efter alternativer til de nuværende sundhedsstrategier. En community health-tilgang er et alternativ.

Summary

The purpose of this dissertation is to contribute knowledge in the field of health promotion focussing particularly on community health promotion. The dissertation was inspired by the perception of health of the World Health Organisation (WHO), i.e. that health is made up of human resources, capacity and freedom of action to affect personal health, on the one hand, and the nature of one's surroundings, on the other. This means that health is based on multifactual causal relationships, which are made up of human resources, capacity and freedom of action to affect personal health, on the one hand, and the nature of one's surroundings, on the other.

At international level and under the auspices of the WHO, there have been fundamental developments of concepts, strategies and policies aimed at promoting health and reducing health inequality, particularly since the Ottawa Charter in 1986. In spite of practical lessons learnt and evidence of the effects of a health-promoting approach to community health internationally, this approach is still in its infancy in Denmark.

Thus, the problem area dealt with by the dissertation is based on the fact that, in spite of efforts and theoretical developments aimed at a health-promotion concept, health inequality is increasing, thus widening the gap between theoretical developments and the development of practical solutions in the area of health promotion, both internationally and in Denmark. The dissertation provides a health-promotion perspective which pinpoints the correlation between problems cutting across different societal spheres and takes account of the problems in "the community of practice" at different levels. In addition, the dissertation aims to identify options that will inhibit the growth of health inequality. Thus, there is a dual aim: 1) to develop viable health-promotion strategies in terms of health interventions in the local community which aim to build up the capacity of both professional health-promoters and recipients of healthcare; and 2) learning development based on experiential knowledge gained from the field of research and the community of practice.

The dissertation's problem statement is as follows: What barriers to and possibilities for the planning and facilitating of a community health approach to a local

community context currently exist in Denmark? Also, how can a planning process which combines scientific and experiential knowledge promote knowledge-sharing in the fields of both practical health-promotion solutions and research?

By applying principles from the internationally recognised community-health approach and by critically analysing societal factors, e.g. national health strategies, the dissertation seeks to identify possible solutions and alternative approaches to the present situation of growing health inequality. A community health perspective provides focus on the social determinants of health that take place in everyday life, i.e. where people live, work and age. This can be seen as an alternative to the health service's focus on treating illnesses and to the prevention perspective's focus on avoiding illness. In addition, a contextual community-health perspective contributes the involvement of different spheres, methods and perspectives related to addressing the same problem, and this is necessary vis-à-vis the multifactual causal relationships which often apply to health inequality. In practice, the challenges of taking a community health perspective have turned out to involve the handling of a broad community-health perspective. Therefore, the dissertation develops a concept of social health to describe the link between health-related and social actions. It is worth noting, however, that the concept must be further developed in collaboration with the community of practice.

The dissertation is structured in three parts. In the first part, I show how Denmark offers health provisions unequally and how Denmark's health strategies are predominantly based on one-tier health strategies. Via the WHO, I point out how a community-health approach can power the addressing of the social determinants of health and the reduction of health inequality. The second part of the dissertation deals with the concept of community health, as well as the benefits and disadvantages of using the concept. This part focuses on community-health planning models, and presents a description of my own planning and application of methods. After this, the dissertation's case study and empirical analysis are positioned in relation to international, Nordic and Danish research in this field. In part two, this extrapolation leads to the third and theoretical section of the dissertation, containing chapters on action research and phronesis, and an analysis section which leads to the dissertation's summary and conclusions.

In terms of theory, I draw on the emancipatory and critical basis of critical theory. Critical theory is useful for identifying societal barriers, but in response to the

focus of the dissertation on both possibilities and barriers, I apply critical theory in concert with action research and its focus on possibilities and potentials for change. The emancipatory basis of critical theory is used for dealing with the concept of empowerment, and the entire above-mentioned theoretical basis is combined with the normative concept of phronesis, which adds perspective on ethics and values – concepts often omitted from existing social research.

In terms of methodology, knowledge is developed in the dissertation from within and bottom-up by exposing similarities and differences and comparing habitus and experience, thereby achieving reflectivity, change and new knowledge. Action research is based on participation (the researcher also participates in her field of research) and through a link to a phronetic perspective, the researcher also exposes her theoretical and practical preconceptions. It is this resultant form of reflectivity – a distinctive feature of phronetic action research – which has provided change and the formation of new knowledge in practice and in this dissertation.

The precise empirical impact – a health project called “Equal Access to Health” (Lige adgang til sundhed) in the residential area “Fuglekvarteret” in the north-west district of Copenhagen – is interesting as it forms a context with the possibility of facilitating an interdisciplinary and inter-sectoral community-health approach. As a pragmatic case study, the empirical impact is interesting in an international context as Denmark, one of the most equal countries in the world with a well-developed universal healthcare system (considered an important health determinant), is also experiencing growing health inequality.

The empirical work in a local district of Copenhagen showed how the existing one-tier health actions caused local, contextual and social health needs to be overlooked. The case study also identified a lack of coordination vertically, horizontally and, not least, in relation to users in “the community of practice”, as well as a lack of empowerment in the health-promotion planning process in relation to the political process vis-à-vis the municipal administration and political system, due to, among other things, a lack of knowledge about, and thus also arguments in favour of, the implementation of health-promotion efforts.

The dissertation argues in favour of the fact that the development of phronetic action research can contribute new knowledge for developing alternative health-

hcare provisions and health-promotion strategies and can put existing social and health-promotion research into a broader perspective with greater emphasis on moral values. Instead of generalised, contextually independent knowledge and views of health, there is a need for contextual knowledge about health.

This leads to the following conclusions of the dissertation: Existing, one-tier national health strategies are ineffective when it comes to reducing health inequality from a perspective of WHO health promotion. The community-health approach provides an alternative planning approach.

Phronetic action research can generate change and modify institutional judgement without an external implementation process, but through internal collective reflection and immanent critique.

Change is achieved through the phronetic action-research approach which exposes preconceptions and habitus. This is exemplified by the discussion of the methods applied, which have in part led to reflection on the development of methods in the project “Equal Access to Health”, and has also prompted reflection on everyday work and the existing provisions of healthcare and whether they achieve the goals desired, and on which basis decisions are actually taken.

As a result of this process, the project “Equal Access to Health” is now part of everyday operation and has changed its name to “Collaborating on Health”.

Additional research is needed to develop existing national health strategies that have turned out to be ineffective when it comes to inhibiting the growth of health inequality. A social health concept could generate knowledge about the correlation between social intervention and health intervention. Health is an open, variable, contextual and social concept that, in order to have an effect, should be integrated into national and municipal perceptions of health and health-promotion strategies. The community-health approach, which was developed in an international context, needs to be developed in terms of Denmark’s welfare model and as an alternative to the current focus on health in a hospital context or a prevention context. If we, as a society, wish to change the current situation of health inequality, we must change our approach and look for alternatives to existing health strategies. A community-health approach is one alternative.

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Tak.....	5
Resumé	7
Summary	11
Afhandlingens opbygning.....	19
Kapitel 1. Ulighed i sundhed og sundhedsfremmestrategier	21
Formålet med afhandlingen.....	21
Casestudiet.....	30
Samfundsvidenskabens ærinde?	36
Gab mellem forskning og praksis.....	43
Løsningsmuligheder	44
Den danske fortolkning af lighed til sundhed	46
Den enstrengede sundhedsindsats	47
Kapitel 2. Præsentation af empiri	57
Organisationer og stedlige aktører	62
Tension points.....	74
Etnografiske stemmer	78
Resultatet af udviklingsarbejdet	93
Kapitel 3. Sundhedsfremme og sundhedsstrategier.....	105
Sygdoms- og sundhedsbegrebet	105
Sundhedsfremmebegrebet.....	107
Kollektiv sundhedsfremme	110
Empowerment.....	112
Empowerment og magt	118
Sundhedsfremmere.....	120
De nationale sundhedsstrategier	124

Kapitel 4. Community Health	133
Community health	133
Kritik af community-begrebet	138
Community health i et internationalt, europæisk, nordisk og dansk perspektiv	141
Evidensperspektivet inden for community health	142
Sundhedsfremme i et community health-perspektiv	146
Universiteternes forskningsperspektiver	150
Community health-perspektivet i danmark	152
Det europæiske sund by-netværk/who european healthy cities network.	155
Udsatte byområder og community health-eksempler i danmark	161
Gellerup, århus.....	162
Sundholmen, amager, københavn.....	165
Nørrebro/bispebjerg, københavn nv	167
 Kapitel 5. Planlægning	 169
Samskabelse.....	169
Planlægningsmodeller.....	171
Min planlægningstilgang	189
 Kapitel 6. Aktionsforskning.....	 195
Aktionsforskning.....	196
Aktionsforskningens ontologi.....	197
Aktionsforskningens epistemologi	198
Aktionsforskning og kritisk teori	200
Forskellige aktionsforskningsparadigmer	204
Handlingsperspektivet	208
Participatory action research - par	213
Kritisk utopisk aktionsforskning.....	215
Critical participatory action research – cpar.....	218
Participatorisk aktions forskning og sundhedsfremme	220
Afhandlingens aktionsforskningstilgang.....	221
 Kapitel 7. Phronesis	 223
Phronesis - vidensforståelser og praksis	223
Normativitet og kritik	226
Phronesis som deliberation	231

Phronesis i et forskningsperspektiv	240
Rationalisme vs. Relationisme	241
Phronesis, forskerrollen og analytiske perspektiv.....	248
Phronesis i et community health-perspektiv	253
Dømmekraftbegrebet	257
Den phronetiske forskning og kritisk teori	260
Kapitel 8. Sammenfatning og konklusioner.....	265
Tension points fremkommet i empirien.....	268
Sundhedsforståelsen	268
Tilgængelighedsproblematikken	273
Det politiske lobbyarbejde.....	275
Sammenhæng mellem forskning og praksis	279
Yderligere forsknings- og praksisudvikling	288
Kapitel 9. Liste over empiri.....	291
Baggrundsempiri	292
Hovedempiri	298
Liste over hovedempiri	301
Afslutning på empiri.....	337
Sekundær empiri	349
Metodeoversigt.....	357
Litteraturliste.....	361
Bilag 1: Evaluering af sundhedsdag.....	379
Bilag 2: Oversigt over hits ved søgning	393
Bilag 3: Fuglekvarteret i tal.....	399

Afhandlingens opbygning

Afhandlingen er opbygget i tre dele.

Del 1: Den første del omhandler afhandlingens samfundsvidenskabelige og meta-teoretiske perspektiv. Derefter følger en beskrivelse af problemfeltet ulighed i sundhed samt en præsentation af empirien, som er et casestudie i et Københavnsk lokalområde. Afslutningsvist på del 1 beskrives forskellige forståelser af sundhedsbegrebet, og der gives et indblik i professionernes og andre sundhedsfremmeres rolle i forhold til fænomenet ulighed i sundhed.

Del 2: Den anden del af afhandlingen indeholder først et kapital omhandlende community health perspektivet, og hensigten med at anvende begrebet, samt en beskrivelse af fordele og ulemper ved en community health tilgang. Derefter indplaceres afhandlingens casestudie og empiri i forhold til anden international, nordisk og dansk forskning inden for området.

Afslutningsvist på del 2 følger et kapitel omhandlende sundhedsfremme planlægning, hvor der fokuseres på community health strategier og planlægningsmodeller, samt der gives en fremstilling af planlægnings og metodeanvendelsen i afhandlingen.

Del 3: Omhandler videns perspektiverne bag kritisk teori, aktionsforskning og det Aristoteliske phronesis-begreb. Der er tale om en teoretisk del med et kapitel om aktionsforskning og et om phronesis, samt et sammenfattende og analyserende kapitel, der leder hen til afhandlingens konklusioner.

Bagest i afhandlingen er placeret en beskrivelse af empiri-indsamlingen. Dette kapital skal ikke læses som en direkte forlængelse af de øvrige dele af afhandlingen. Der er snarere tale om en fremstilling og en dokumentation af afhandlingens forløb og empiri indsamling. Der er tale om en lang fortløbende tidslinje som der henvises til gennem afhandlingens kapitler.

Ulighed i sundhed og sundhedsfremmestrategier

Indledningsvist beskrives formålet og hensigten med afhandlingen og dennes problemformulering. Derefter kommer et teoretisk afsnit med gennemgang af casestudiet og det overordnede samfundsvidenskabelige perspektiv inddragende C.W. Mills tanker om samfundsvidenskabens ærinde. Afslutningsvist beskrives muligheder og barrierer vedrørende problemfeltet omkring ulighed i sundhed.

FORMÅLET MED AFHANDLINGEN

Formålet med denne afhandling er at bidrage til reducere den voksende ulighed inden for sundhed i Danmark. Uligheden inden for sundhed udgør et menneskeligt og moralsk dilemma, og derudover har sundhed indflydelse på befolkningens livskvalitet, velfærdssamfundets sammenhængskraft, de offentlige udgifter og den generelle arbejdsevne (Davidsen, Pedersen, Holst, & Juel, 2014; Juel, 2010; Pedersen, 2008, 2013). Selvom ulighed i sundhed er et normativt begreb, er der i afhandlingen ikke et direkte politisk incitament for at fokusere på ulighed inden for sundhed. Nogle politiske ideologier vil hævde, at generel ulighed har en positiv indflydelse på samfundets vækst og produktion, andre det modsatte. Få vil kunne hævde, at ulighed inden for sundhed er produktivitet, og få vil kunne retfærdiggøre ulighed inden for sundhed som værende legitimt. Derfor er der i mange lande, inklusive i Danmark, udarbejdet politikker for at reducere uligheden i sundhed. På trods af mange tiltag og på trods af den teoretiske udvikling på området er der både internationalt og i Danmark en fortsat voksende ulighed i sundhed. Afhandlingen fokuserer på at finde løsningsmuligheder for at forbedre de nuværende danske sundhedsstrategier og på at mindske det eksisterende gab mellem politik, teori og praksisudvikling inden for sundhedsfremmefeltet.

Det har siden Alma Ata-deklarationen fra 1978 og gennem talrige andre WHO-deklarationer været kendt, at deltagelse i beslutninger forbedrer sundheden (Christopher, Le May, Lewin, & Ross, 2011). Ligeledes har det siden Alma Ata været slået fast, at de miljømæssige og sociale omgivelser påvirker sundheden (Almlund & Holm, 2014). Ifølge World Health Organisation (WHO) og det skelsættende Ottawa-charter fra 1986 (WHO, 1986) indbefatter sundhedsfremme at facilitere værktøjer og muligheder for at opnå sundhed og få kapacitet til at selv at tage kontrol over ens eget liv og de samfundsmæssige omgivelser eller rammer. Denne begrebsliggørelse af sundhed er linket til et Community Health-begreb, som indbefatter, at en stor del af de faktorer, der har indflydelse på sundhed, foregår i hverdagslivet og er afhængige af omgivelserne og de sociale levevilkår.

Et "community" betyder direkte oversat "fællesskab", og det er almindeligt at begrebet community er defineret "*by some combination of the following: heterogeneous groups of individuals who share something and combine to act collectively based in (i) geography-place(ii) networks and organisations (iii) aspirations, needs and interest (IV) bonds and ties*" (Verity 2007:1). De grundlæggende betingelser for et fællesskab indeholder en form for lige betingelser, det kan være i hverdagslivet, en interesse, en konflikt eller et behov. Derudover indbefatter et community i en vis udstrækning nærhed, eller fælles erfaringsdannelse over et tidsrum. Når community linkes til sundhed fremkommer en længere definition: "*The term "community health" refers to the health status of a defined group of people, or community, and the actions and conditions that protect and improve the health of the community. Those individuals who make up a community live in a somewhat localized area under the same general regulations, norms, values, and organizations. For example, the health status of the people living in a particular town, and the actions taken to protect and improve the health of these residents, would constitute community health. In the past, most individuals could be identified with a community in either a geographical or an organizational sense. Today, however, with expanding global economies, rapid transportation, and instant communication, communities alone no longer have the resources to control or look after all the needs of their residents or constituents. Thus the term "population health" has emerged. Population health differs from community health only in the scope of people it might address. People who are not organized or have no identity as a group or locality may constitute a population, but not necessarily a community*" (L. W. Green & McKenzie, 2002). Et community health-perspektiv implicerer altså et kollektivt og socialt sundhedsbegreb, der kan indbefatte dele af en befolkning, men ikke *udelukkende* individet.

Et community health-perspektiv er ofte, både internationalt og i Danmark, koblet med sundhedsindsatser målrettet mod udsatte befolkningsgrupper, hvilket også gør sig gældende i denne afhandlings casestudie i et udsat byområde i København. Dette gøres selvfølgelig i et forsøg på at afhjælpe ulighed i sundhed, og adressere hvor behovet er størst, men dermed kan der for eksempel også fremkomme en fare for at stigmatisere en befolkningsgruppe eller udvikle et parallelsamfund. Det er derfor afgørende, at en community health-indsats, som kan siges at foregå på et samfundsmæssigt mesoniveau, anskues i en større makrosamfundsmæssig sammenhæng, da der ellers er en risiko for at overse marginaliseringsprocesser og strukturelle fænomener som for eksempel skabelse af fattigdom, arbejdsløshed og dannelse af udsatte boligområder, hvilket har stor betydning for de sociale levevilkår og dermed for sundhed. Antagelsen i denne afhandling er, at indsatser på mesoniveauet, herunder forskellige professionsforståelser og institutionelle rammer, giver en mulighed for at inddrage mikroniveauet, herunder hverdagslivs- og borgerperspektivet, og at påvirke makroniveauets politikker og strategier. *“The central idea of community empowerment is that local communities can be mobilised to address health and social needs and work inter-sectorally on solving local problems”* (Laverach and Wallerstein, 2001). Det er af WHO slået fast at et community health perspektiv ses som en drivende kraft for at forbedre uligheden i sundhed (Trevor Hancock, 1999; Healty Cities, 1999; Ilona Kickbusch & Gleicher, 2012; WHO, 2015), og community health-perspektivet anses for at være en motor eller en igangsætter for empowerment-processer og som en tilgang, der sætter fokus på de sociale determinanter til sundhed (WHO, 1986; Wilkinson & Marmot, 2006).

Historisk set er Danmark et socialdemokratisk velfærdsregime (Esping-Andersen, 1990) med et universelt sundhedsvæsen, der implicerer et princip med ”lige adgang” til sundhed. Samtidig er Danmark i et internationalt perspektiv et af de mest lige lande i verden målt på indkomst (Ferreira, Peragine, & Brunori, 2013). Dermed er nogle vigtige aspekter af de sociale sundhedsdeterminanter understøttet (Pickett & Wilkinson, 2011), og alligevel er der en eksisterende og voksende ulighed i sundhed i Danmark (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011). WHO beskriver på deres hjemmeside sociale determinanter som *“The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels. The social determinants of health are mostly responsible for health inequities - the unfair and avoidable differences in health status seen within and*

between countries" http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

På trods af den lige adgang til sundhedsydelser i Danmark er der ikke en lige anvendelse af de eksisterende sundhedstilbud. Sundhedsstyrelsen i Danmark har påvist at der er social slagside i anvendelsen af sundhedsydelserne (Diderichsen et al., 2011; Diderichsen, Rasmussen, & Dollner, 2008). Samtidigt er det internationalt påvist, at en stor del af de sociale sundhedsdeterminanter foregår uden for sundhedsvæsenet og indbefatter det levede liv, omgivelserne og generelle livsvilkår (WHO, 1986; Wilkinson & Marmot, 2006).

På den internationale dagsorden har World Health Organisation, WHO, gennem flere årtier stået i spidsen for at advokere for helhedsorienterede og tvæssektorielle perspektiver og ressourceorientering i sundhedsfremme (Green & Tones, 2010; WHO, 1986). WHO fremhæver lokale initiativer tæt på borgerne, hvor ejerskab hos såvel borgere, lokale ressourcepersoner og den offentlige administration er væsentligt for at kunne håndtere social ulighed i sundhed og de komplekse udfordringer, som dette indebærer (Bezold & Hancock, 2014; M. Dooris & Heritage, 2013; Wilkinson & Marmot, 2006). Derfor tager denne afhandling udgangspunkt i et community health-perspektiv.

Mit ønske er at bidrage til feltet med et sundhedsfremmeperspektiv, der dels har blik for sammenhængen mellem problemstillinger på tværs af forskellige sfærer i samfundet, og dels tilgodeser praksisfeltets problemstillinger på forskellige niveauer. Endvidere har afhandlingen et sigte på at afsøge *muligheder* for at mindske den voksende ulighed i sundhed. Der er dermed et dobbelt sigte, dels at udvikle sundhedsfremmestrategier, der er holdbare i forhold til både flerstrengede sundhedsinterventioner i lokalsamfundet, og som sigter på kapacitetsopbygning af både professionelle sundhedsfremmere og borgere, og dels på læringsudvikling baseret på erfaringsviden hentet fra både forsknings- og praksisfeltet.

I forhold til mit empiriske nedslag i et udsat byområde i København kommer dette til udtryk via sammenhængen mellem den kommunale forvaltning, professioner og andre sundhedsfremmere, eksempelvis andre kommunale og ikke kommunale medarbejdere der er beskæftiget med sundheds, frivillige og borgerne. Jeg ønsker at mindske det eksisterende gab mellem teori og praksis ved at understøtte en teori og metodeudvikling som kombinerer forskning og praksisviden. Derfor tager denne afhandling udgangspunkt i et aktionsforskningsperspektiv. Det er vigtigt at være opmærksom på, at der eksisterer både et forskningsmæssigt behov for at

kvalificere sundhedsfremmemetoder og perspektiver samt et mere praksisorienteret behov for at håndtere den komplekse sundhedsfremmetænkning.

Min inspiration til denne afhandling kommer fra en mangeårig praksis og ledererfaring i sundhedssektoren, hvor den tiltagende standardisering af arbejdet har medført en reduceret faglig udfoldelsesmulighed og fokusdrejning væk fra patient/borger hen mod en instrumentel, administrativ dagsorden. Dermed er der i afhandlingen en bagvedliggende drivkraft for at få faglig vurdering og vurderinger baseret på etik og værdier tilbage på dagsordenen samt at understøtte et borger-/patientperspektiv i forhold til de aktuelle problemstillinger. Til at udfolde og begrunde dette har jeg hentet inspiration fra dels kritisk teoretisk aktionsforskning og dels fra Aristoteles' Phronesis¹-begreb, der supplerer med et værdirationelt perspektiv på den nuværende samfundsforskning. Et phronetisk forskningsperspektiv kan danne teoretisk baggrund for et socialt og empowerment-orienteret sundhedsbegreb og kan endvidere udfordre den instrumentelle og biomedicinske individorienterede sundhedsforståelse, der hersker inden for sundhedsfeltet.

Begrundelse for valg af empiri

I et internationalt perspektiv er et casestudie i et udsat boligområde i København interessant, da Danmark, som beskrevet, på trods af relativt stor lighed og et universelt velfærdsparadigme har en voksende ulighed i sundhed. Danmark adskiller sig endvidere fra de andre nordiske lande, der også har et universelt velfærdsregime, ved at have højere ulighed i sundhed og ved *ikke* i særlig stor udstrækning at have indført et community health-perspektiv i de nationale sundhedsstrategier. Den canadiske sundhedsfremmeforsker Dennis Raphael beskriver i artiklen *"Challenges to promoting health in the modern welfare state: the case of the Nordic nations"* (Raphael, 2014), at de nordiske lande: *"are leaders in promoting health through public policy action. Much of this has to do with the close correspondence between key health promotion concepts and elements of the Nordic welfare state that promote equity through universalist strategies and programs that provide citizens with economic and social security"* (Raphael, 2014:7). Det er nedslående at læse, at han samtidig fortæller, at: *"Denmark is not included in this article as a health*

1 Begrebet Phronesis stammer oprindeligt fra den græske filosof Aristoteles (384 f.Kr.-322 f.Kr.), der har udviklet phronesis-begrebet i en videns filosofisk forståelsesramme med fokus på etik og værdier – begreber, som ofte er udeladt at den nuværende samfundsforskning. Phronesis-begrebet betyder visdom, klogskab eller intelligens. Endvidere skelner Aristoteles mellem tre typer af viden: phronesis, epistémé og techné (Eikeland, 2008).

promotion leader as its health profile is rather poor for reasons not really understood. In addition, Denmark has not been known as being explicitly concerned with implementing Ottawa health promotion principles (Raphael, 2014:7). Nordiske analyser af de nationale sundhedsdokumenter understøtter denne beskrivelse af Danmark (Fosse, 2011; Vallgård, 2010).

Ovenstående problemfelt indskrives sig i et spændingsfelt mellem på den ene side en tilgang baseret på et individ- og risikoorienteret sundhedsperspektiv, med baggrund i epidemiologisk og biomedicinsk videnskabsteori, hvori de tilhørende sundhedsstrategier er baseret på adfærdsregulering og et individuelt ansvar for sundhed, hvilket potentielt kan resultere i stigmatisering og "victim blaming" af den enkelte, og på den anden side en tilgang med et socialt og kollektivt sundhedsperspektiv hentet fra Ottawa-charteret, hvor sundhed defineres som en: "*tilstand af komplet fysisk, socialt og mentalt velbefindende*" (WHO, 1986). Det sociale og kollektive sundhedsbegreb er svært håndterbart i praksis, men er et afgørende perspektiv til at reducere den voksende ulighed i sundhed (Hancock, 2009; Marmot, M., 2012; Wilkinson & Marmot, 2006). Derfor er sundhedsfremme i et lokalsamfund eller i et community-perspektiv relevant som casestudie, da det er en praksiskontekst, hvori de forskellige perspektiver mødes, udfordres og kan adresseres.

Der er i forskningsfeltet en diskussion af, om sundhedsstrategier skal være fokuseret på den "sociale gradient" i sundhed, som indbefatter universelle sundhedsstrategier for hele befolkningen, eller om sundhedsstrategier skal ses som dikotomier eller "targeted interventions", altså målrettet et bestemt sundhedsproblem eller en målgruppe, eller begge dele (Fosse, 2010; Vallgård, 2010).

Sundhedsstyrelsen beskriver denne skelnen som enten:

- En gradvis ulighed i den brede befolkning – kaldet den sociale gradient i sundhed. Det betyder, at udsathed for sundhedsrisici og sygdom i befolkningen stiger gradvis i takt med, at den sociale position falder. Nogle af de faktorer, som har betydning for den sociale gradient i sundhed, er uddannelseslængde, indkomst, beskæftigelsesforhold, boligforhold og etnicitet, eller
- Som ulighed i forhold til de særligt udsatte grupper som fx narkomaner, hjemløse og prostituerede. For disse grupper er der tale om, at deres udsathed for sundhedsrisici og sygdom er markant højere end for andre

befolkningsgrupper – dette kaldes også social dikotomi (<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesundhed/social-ulighed>).

Ministeriet for forebyggelse og sundhed har offentliggjort tal for den sociale ulighed i sundhed:

- Der er 10 års forskel i middellevetid mellem den rigeste fjerdedel og den fattigste fjerdedel af danske mænd.
- Hhv. 60 og 70 pct. af den sociale ulighed i dødelighed kan henføres til rygning og alkohol.
- Risikoen for indlæggelse er væsentlig større for personer med mindre end 10 års uddannelse end for personer med mere end 14 års uddannelse.
- Andelen af danskere over 40 år, der lever med multisygdom, er højere blandt personer uden uddannelse end blandt personer med lange videregående uddannelser (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, 2014).

For at modvare den voksende ulighed i sundhed anbefaler de to nordiske sundhedsfremmeforskere Elisabeth Fosse og Signill Vallgård en kombination af målgrupperettede strategier og strategier for den sociale gradient i sundhed, men begge pointerer, at strategier målrettet den sociale gradient er afgørende for en befolknings generelle sundhed. Som jeg senere vil udfolde i kapitel 3 er især Norges nationale sundhedsdokumenter indbefattet strukturelle sundhedsstrategier og strategier fokuseret på befolkningens livsvilkår og dermed målrettet den sociale gradient i sundhed.

Ifølge både udenlandske og danske sundhedsfremmeforskere som for eksempel Raphael, Fosse, Vallgård og Diderichsen er de danske nationale sundhedsstrategier fokuseret mod individuel adfærdsændring (Diderichsen et al., 2011; Fosse, 2011; Raphael, 2014; Vallgård, 2010). Traditionelt set har sundhedstilgangen internationalt og i Danmark været baseret på klinisk forskning, som kan beskrives som værende evidensbaseret og som værende dekontekstuel viden. Udviklingen af evidensbaseret viden har historisk set været prioriteret over for praksis og kontekstuel viden. Der er internationalt fremkommet et øget fokus på kontekstuel relevans og accountability og på forskning, der generer evidensbaserede praksisser, dvs. udvikling af procedurer, planlægningsmodeller og politikker. (Macaulay & Salsberg, 2014:392ff). I denne sammenhæng implicerer kontekstuel viden, at diverse aktører bliver involveret og engageret i at skabe denne viden.

Der findes forskellige tilgange til at skabe involverende forskningsprocesser. Jeg har valgt aktionsforskning, som er baseret på involvering af både forskning og praksis på flere niveauer og ikke mindst involverer borgerne. Sundhedsfremmeperspektivet fra Ottawa-charteret passer godt med de grundlæggende principper i aktionsforskning, da begge tilgange er baseret på deltagelse, aktion og værdier, blandt andet ved at fokusere på at give stemme og empowerment til dem med lille eller ingen stemme i beslutningsprocesserne.

I "*The SAGE Encyclopedia of Action Research*" (2014), beskrives partipatorisk aktionsforskning som en form for "*health promotion intervention*" (Suzanne F, 2014:399). Denne forsknings tilgang involverer praksiserfaringer, men også borger og communities (for eksempel lokalsamfund), som involveres gennem samarbejde og dannelse af partnerskaber.

Et aktionsforskningsperspektiv bidrager til en forskningsproces ved at koble erfaringsperspektiver mellem forskellige perspektiver, for eksempel kobles perspektiver fra dem, der er direkte berørte/involverede, med dem, der organiserer, og også med forskere. Et aktionsforskningsperspektiv kan endvidere bidrage til udvikling af politikker og planlægningsmodeller, der møder de aktuelle og reelle behov, og dermed hjælpe til at adressere årsagerne til ulighed i sundhed og finde alternative løsningsmuligheder.

Denne afhandling søger at undersøge, om et community health-perspektiv, som det er anbefalet af WHO, kan implementeres i et lokalsamfund i Danmark, og afhandlingen har derfor følgende problemformulering.

Problemformulering:

Hvilke barrierer og muligheder eksisterer for at planlægge og facilitere en community health-tilgang til en dansk lokalsamfundskontekst?

Og hvorledes kan en planlægningsproces, der kombinerer forsknings- og erfaringsviden bidrage til vidensudvikling inden for både sundhedsfremmepraksis og forskningsfeltet?

Problemformuleringen indebærer således to spor; dels et planlægnings- og sundhedsfremmestrategispor, og dels et spor omhandlende viden og læringsudvikling inden for både sundhedsfremmeforsknings- og praksisfeltet.

Det konkrete empiriske nedslag i afhandlingen er, et sundhedsprojekt kaldt ”Lige adgang til sundhed”. Projektet er valgt, da det danner en kontekst med mulighed for at facilitere en tværvidenskabelig og tværsektoriel community health-tilgang. Denne kontekst er fremkommet, dels fordi projektplanlægningen foregår i et lokaludvalg – lokaludvalg Bispebjerg, dvs. en slags fremskudt kommunal forvaltning placeret lokalt i et udsat bydelsområde, og dels fordi projektet fra start implicerer forskellige aktørperspektiver og har fokus på tværgående samarbejde. Denne kontekst er særlig i en dansk sammenhæng, da sundhedsprojekter oftest er placeret inden for en sundhedsinstitution og dermed er underlagt den institutionelle kontekst og problemforståelse, der eksisterer inden for dette felt. Der er i casen tale om et pilotprojekt: ”Lige adgang til sundhed”, hvor der er fokus på metodeudvikling, og dermed har pilotprojektet ikke fra start et fast implementeringsfokus.

Et empirisk casestudie som dette kan undersøges fra forskellige forskningsvikler og forskellige positioner. En policy-analyse ville blandt andet kunne bidrage med vigtig viden om de politiske og administrative udfordringer. En poststrukturalistisk forskningstilgang ville for eksempel kunne bidrage med et fokus på dominerende magtdiskurser. Jeg er dog primært interesseret i at afsøge muligheder for at forbedre indsatsen mod den nuværende voksende ulighed i sundhed og ønsker ud fra et bottom-up empowerment-perspektiv, som moddiskurs og ny praksis i forhold til den nuværende top-down administrative sundhedsplanlægningsstrategi, at udvikle mit bud på og facilitere en mere effektiv indsats mod ulighed i sundhed. Der er i denne tilgang ikke tale om et fravalg af et blik på det forvaltningsmæssige eller institutionelle perspektiv, snarere er både forvaltningen, sundhedsprofessionerne og institutionerne inddraget i projektet. Kort beskrevet er det empiriske casestudie en del af en udviklingsplan for et udsat boligområde i København. Projektet er baseret på metodeudvikling og videreudvikling af de igangværende sundhedstiltag i lokalområdet.

Metodisk opdeles forskningsprocessen i en række forskellige delelementer:

- Planlægningsforløb med metodeudvikling i samarbejde mellem forskning, kommune, lokalinteressenter og borgere.
- Metodetriangulering med anvendelse af både kvalitative og kvantitative data.
- Justering af multilevel- og flerstrengt interventionsstrategi efter internationale modeller og erfaringer.

- Vidensudvikling gennem erfaringsudveksling og kritisk stillingtagen til den aktuelle kontekst.

Denne afhandlings fokus på fænomenet ulighed i sundhed indebærer et komplekst undersøgelsesfelt, og det empiriske nedslag i et udsat boligområde i København repræsenterer en organisatorisk og social verden, der præges af et samspil mellem forskellige aktører og meningsstrukturer. Det er præcis en sådan kontekst, der egner sig til et casestudie.

Senere, i afhandlingens del 3, kobles casestudiets kontekstuelle blik og vidensproduktion med aktionsforskningens handlingsperspektiv og med begrebet Phronesis, der bidrager med normative begreber som etik og værdier.

Nedenstående afsnit indeholder en teoretisk beskrivelse af casestudiet og af metodetriangulering som metodisk fremgang i en forskningsproces. Dernæst følger et afsnit om samfundsvidenskabens ærinde eller nærmere betegnet ”Den sociologiske fantasi” af C. W. Mills (Mills, 1959) og hans kobling mellem ”den lille og den store historie”. Grunden til at inddrage dette perspektiv er, at Mills, ud over dette, har nogle relevante refleksioner over, hvad problemorienteret, tværfaglig, samfundsvidenskabelig forskning kan være, og dette er relevant i forhold til min problemformulering og den forskningsmæssige kontekst, der eksisterer på RUC, og som denne afhandling er en del af. Til sidst i kapitlet følger et afsnit, der udfolder problemfeltet omhandlende ulighed i sundhed.

CASESTUDIET

Et casestudie kan bidrage med en dybdegående kontekstuel undersøgelse af aktuelle og komplekse fænomener. (Bent Flyvbjerg, 2011; Gary Thomas, 2010; Yin, 2014). I uddybelsen af casestudiets videnskabelige bidrag og metodetilgang tages her udgangspunkt i centrale forskere inden for området. Det er den amerikanske samfundsvidenskabelige forsker Robert K. Yin, som gennem en årrække har præget den generelle viden om kvalitative metoder, den danske samfundsforsker Bent Flyvbjerg, der i den internationale litteratur har kritiseret de generelle antagelser omkring casestudier samt den britiske uddannelsesforsker Gary Thomas, som i sin bog ” *The case: generalisation, theory and phronesis in case study* ” definerer casestudiet som ” (...) *an in-depth exploration from multiple perspectives of the complexity*

and uniqueness of a particular project, policy institution, program or system in a "real life" context" (Simons 2009 in Thomas 2011: 512).

Casestudiets forskellige fremgangsmåder sigter på at studere hændelser og fænomener, som de faktisk foregår. Casestudiet kan undersøge fænomener i forskellige sfærer på forskellige niveauer og finde forskellige forklaringer. Den konkrete metodefremgang i forskningsprocessen er ifølge Flyvbjerg at observere og dokumentere de små ting, praksisserne og de konkrete cases, som skal ses i deres rette sammenhæng i deres kontekst: *"Data, begivenheder og fænomener fremstilles sammen med deres forbindelse til andre data, begivenheder og fænomener. Diskontinuitet og betydningsændringer af begreber og diskurser dokumenteres ... Forskeren forsøger derpå at forstå de roller, de undersøgte praksisser spiller i det totale relationssystem"* (Flyvbjerg, 2009:159).

Den anerkendte danske casestudie-forsker Bent Flyvbjerg beskriver casestudiet som "det konkretes videnskab", dvs. videnskabelige undersøgelser af konkrete fænomener med det formål at opnå detaljeret viden om fænomenerne (Bent Flyvbjerg, 2001). Casestudier beskrives som anvendelige til empirisk forskning og indebærer, at fund og konklusioner drages på baggrund af forskellige typer data, hvor opdagelser og fund eller konklusioner er baseret på "data". Der er altså fokus på *sammenhængen* mellem data og på roller og relationer inden for den givne kontekst. Det er væsentligt her at skelne mellem begreberne kontekst og partikularitet. Kontekst skal forstås i et bredt perspektiv, altså som de omgivelser, hvori noget finder sted. Dette kan omfatte den politiske, samfundsmæssige, økonomiske, kulturelle o.a. situation, som har indflydelse på eller kan forklare en begivenhed eller et fænomen. Derimod defineres partikularitet, det partikulære, som noget adskilt, noget særligt eller privat, som vedrører en del af noget: Det partikulære blik medfører et blik på en del af en helhed og ikke nødvendigvis sammenhængen mellem delene, som altså er i fokus i et kontekstuel perspektiv. Det kontekstuelle perspektiv medfører, at casestudiet er forankret i tid, rum og sted.

I modsætning til naturvidenskabelige undersøgelser, der afprøver en teori via bekræftelse gennem gentagelser, for eksempel gennem randomiserede forsøg, søger et casestudie at finde sammenhængen i selve hændelsen eller fænomenet. I casestudiet skelnes ikke mellem kvalitative og kvantitative forskningsdata, derimod fordrer et casestudie anvendelse af metodetriangulering, idet en enkelt datakilde vil være alt for usikker. Derfor anvendes ofte både observationer, samtaler, interviews og

dokumenter som datakilder til beskrivelse af et fænomen og til at underbygge de samme konklusioner. Dette benævnes også som datakonvergering, hvilket er med til at styrke casestudiets argumentationskraft og validere forskningsresultaterne (Thualagant).

Casestudieforskeren G. Thomas giver endvidere følgende beskrivelse af et casestudie: ”*Case studies are analyses of persons, events, decisions, periods, projects, policies, institutions, or other systems that are holistically by one or more methods. The case that is the subject of the inquiry will be an instance of a class of phenomena that provides an analytical frame –an object –within which the study is conducted and which the case illuminates and explicates*” (G. Thomas, 2011:513). Thomas lægger altså vægt på et holistisk perspektiv og på, at emnet, for eksempel ulighed i sundhed, analyseres i sin praksis, i sin natur, hvor fænomenet fremtræder. I casestudiet fremhæves en generel erkendelse af, at årsag/virkning-forholdet i et casestudie kan ændres over tid og sted, og at dette sætter præmisserne for metodeanvendelsen. Der er tale om en emergerende² proces, hvor undersøgelsens design ikke er fastlagt fra start, men kan udvikle sig undervejs, og hvor nye spørgsmål og nye datakilder kan komme til, efterhånden som de opdages.

Robert K. Yin definerer et casestudie på følgende måde: ”*An empirical inquiry about a contemporary phenomenon (e.g. a “case”), set within its real-world context – especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident*” (Yin, 2014:4). Her omtaler Yin kompleksiteten i et casestudie og problemstillingerne omkring videnskabelse inden for casestudiemetoden. Casestudiemetoden er særlig anvendelig, når forskningsspørgsmål, som i denne afhandling, ikke rummer veldefinerede hypoteser, eller når et fænomen ikke er let at afgrænse (Yin, 2014). Når målet er at forstå et sammensat og diffust fænomen som ulighed i sundhed kan emnet, fænomenet og problemstillingerne ikke reduceres til veldefinerede isolerede variable, men kalder på en dybdegående undersøgelse af den komplekse kontekst.

I forhold til videnskabelse er de ovennævnte casestudie forskere enige om, at casestudiet ikke producerer objektiv viden eller er upåvirket af forskerens fortolkning (Flyvbjerg, 2011; Thomas, 2011; Yin, 2014), derimod træffer forskeren både bevidste og ubevidste valg, som påvirker undersøgelsen og dens resultater. Men i

2 Definition: emergere, (af lat. *emergere* dukke op), dukke op; komme frem; sammenlign med emersion. <http://www.denstoredanske.dk/>

modsætning til naturvidenskabens forskningstilgang, som bidrager til generalisering, er der en akademisk debat om casestudiets mulighed for at kunne generalisere ud fra de fremkomne forskningsresultater. Her er Flyvbjerg og Thomas uenige. Thomas mener ikke, at generalisering er mulig, hvorimod Flyvbjerg mener, at en vis form for generalisering er mulig, da det er muligt at generalisere ud fra det gode eksempels magt, og et casestudie kan effektivt anvendes til falsificering af hypoteser. Flyvbjerg retter opmærksomheden på ekstreme eller afvigende eksempler, hvorfra han mener, at det er muligt at generalisere ud fra logikken om ”at hvis det er muligt her, er det muligt alle steder”, og han tilføjer, at casestudiet kan bidrage til den videnskabelige udvikling gennem generalisering som supplement eller alternativ til andre metoder (Bent Flyvbjerg, 2011).

Casestudiets teoretiske generalisering kan ifølge Flyvbjerg bestå i, at man generaliserer i forhold til sin teori ved, at fremkomne data kan styrke, svække, nuancere eller forkaste denne teori. Flere cases med samme resultat kan styrke og validere et casestudies resultater, men behøver ikke nødvendigvis sige noget om resten af verden. Flyvbjerg påpeger, at fravær af en generel, formel generalisering ikke betyder, at et casestudie ikke bidrager til viden inden for et felt, og han understreger, at formel generalisering er overvurderet som basis for videnskabelig udvikling, mens „eksempels magt“ er undervurderet. (Bent Flyvbjerg, 1993, 2011; Flyvbjerg, 2012). I stedet for et fokus på generalisering synes det vigtigere at spørge: Hvilken slags viden er brugbar i hvilken sammenhæng og kontekst?

De tre ovennævnte casestudieforskere, Thomas, Yin og Flyvbjerg, synes at være enige om, at et casestudie ikke er en metodisk opskrift i sig selv, men metodeanvendelsen er afhængig af kontekst og forskningsvalg. Der er enighed i deres optik om, at:

- Casestudiet producerer en stor mængde ”data”.
- Casestudiet indebærer en eksplorativ intention i fænomenets naturlige omgivelser.
- Casestudiet giver mulighed for udvidelse og formidling af resultaterne, mens viden og metodeanvendelse samtidig kan forblive i den konkrete kontekst.
- Casestudiet er baseret på metodetriangulering, hvor fænomenet bliver belyst fra forskellige vinkler.
- Der er tale om en emergerende proces med løbende erkendelser, som integreres i forskningsprocessen.

Casestudiets anvendelse af metodetriangulering fordrer en kombination af flere forskellige metoder til afdækning af en problemstilling. Ofte bruges udelukkende kvalitative analyseformer, men også i sammenhæng med kvantitative data får en given problemstilling større udfoldelse og argumentationskraft. Pointen er, at forskellige datakilder kan underbygge samme konklusioner og dermed øge validiteten af de fremkomne forskningsresultater (Norman K. Denzin & Lincoln, 2011). Ordet triangulering stammer oprindeligt fra matematikken – i forbindelse med landmåling findes målepunkterne ved at måle afstande og vinkler fra forskellige positioner og bagefter sammenligne resultaterne. Dette er benævnt triangulering, og pointen er, at ved kombination af målinger blev dels uoverensstemmelser mellem målinger opdaget, og dels kunne måleunøjagtigheder fra forskellige vinkler supplere hinanden.

Et andet begreb, der bruges om metodekombination, er bricolage (Norman K. Denzin & Lincoln, 1994, 2011). Bricolage kan nok bedst oversættes med ordet ”kludetæppe”. Dette begreb henviser til en større kreativitet, men samtidig med risiko for ”lappeløsninger”. Bricolage er da også kritiseret for at være overfladisk forskning, idet teorien og metoderne i nogle tilfælde kan blive valgt tilfældigt og sammensat efter behov, så de passer til den konklusion, man ønsker. I artiklen af Kincheloe, J. fra 2001; ”*Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research*” beskrives bricolage i sammenhæng med at arbejde interdisciplinært. Kincheloe argumenterer for, at bricolage er en metodetilgang, som har mange fordele. I stedet for at anse bricolage-tilgangen for at være overfladisk, anerkender Kincheloe behovet for at kunne gå på tværs af grænsefelter med et interdisciplinært sigte. Bricolage-tilgangen skal ses som et forskningsmæssigt greb og en modstilling til en mere snæver forskning, der kun trækker på én metode, og som derved begrænser sig til én diskurs og ét udsyn, hvorved kun en del af en problemstilling bliver belyst (Kincheloe, 2001). For at imødegå den åbenlyse, fremkomne kritik af tilfældige metodevalg kunne trianguleringen være fastsat som en del af designet fra starten i et forskningsprojekt, men dette ville kunne medføre en udelukkelse af relevante data eller begivenheder, der opstår undervejs i et forskningsforløb. Derfor er det derimod af væsentlig betydning at tydeliggøre baggrunden for og den forskningsmæssige betydning af de foretagne valg i forskningsprocessen.

Det emergende perspektiv i denne afhandlings casestudie er for eksempel fremkommet ved, at et par aftalte workshops med borgere og frivillige blev aflyst. Dette

blev et eksempel på nødvendigheden af at foretage nye metodevalg undervejs i en forskningsproces. Optimalt set ville jeg gerne have afholdt de oprindelig planlagte workshops for at opnå den synergi, der kan opstå af en workshop. Det har dog været af afgørende betydning, at empiri-indsamlingerne fra lokalområdet blev indhentet fra start, for at borgernes stemmer kunne blive hørt og inddraget i forskningsprocessen. Jeg valgte derfor at foretage feltstudier, observationer og interviews i lokalsamfundet og i frivillige organisationer. Denne metodeanvendelse viste sig yderst effektiv til at indhente beskrivelser af hverdagslivet, og den efterfølgende storytelling havde stor indflydelse på problemdefinition og på udarbejdelse af en fælles målsætning for fremtidige indsatser i lokalområdet.

I en aktionsforskning eller udviklingsproces er det endnu vanskeligere end i et traditionelt forskningsprojekt at forudsige, hvordan forløbet vil være, og der kan endvidere (som i mit forskningsdesign) være et ønske om at lade praksis have indflydelse på forskningsprocessen. Derfor er det nødvendigt at acceptere, at valg af metodekombination sker undervejs i en forsknings- og udviklingsproces. For at sikre validitet og imødegå kritik af ”tilfældighed” i metodekombinationen bliver det afgørende at tydeliggøre, begrunde og argumentere for de metoder, der anvendes i en given kontekst.

I denne afhandling er det emergerende perspektiv endvidere kommet til udtryk i selve forskningsprocessen via inddragelse af et phronetisk aktionsforsknings perspektiv. Dette perspektiv er inddraget dels for at facilitere en værdirationalitet som modsvar til en instrumentel rationalitet, som findes i de danske sundhedsstrategier, og dels fordi et phronetisk perspektiv teoretisk kunne underbygge et empowerment-perspektiv, som er indbefattet i sundhedsfremmebegrebet, som det er formuleret i WHO's Ottawa-charter.

Den dybdegående forskningsmetode, som findes i casestudiet, og styrken i besvarelse af spørgsmål om ”hvorfor” og ”hvordan”, findes også inden for Aristoteles' phronesis, og derfor er casestudiet en relevant forskningsmetode eller strategi i forbindelse med phronetisk aktionsforskning.

Udforskningen af særlige fænomener og værdien af det konkrete perspektiv er ikke en ny ambition, men kan vises tilbage til de klassiske filosoffer Aristoteles og Platon. Platon foragtede det konkrete i sin søgen efter de universelle sandheder, mens Aristoteles i modsætning dertil var optaget af det konkrete, det situations-

afhængige frem for det universelle, det konkrete og praktiske frem for regler og det teoretiske perspektiv. Ifølge Flyvbjerg troede Aristoteles dermed på eksemplets kontekstuelle magt (Flyvbjerg, 1991:71-75).

Senere i afhandlingen udfoldes Aristoteles' begreb *phronesis*, som betyder visdom, klogskab eller intelligens, men i forhold til casestudiet fremhæver både Thomas og Flyvbjerg, at *phronesis* omhandler en kontekstuel viden eller en praktisk viden, hvor forskeren går fra praksis til teori. I "det konkrete videnskab" uddrages den kontekstuelle viden – *phronesis* – som er emergerende og åben for modifikationer, eftersom den er kontekstuel og derfor ikke nødvendigvis tilbyder endegyldige svar på problemstillinger, men derimod er holistisk og problemorienteret og videnskabende.

Opsummerende kan siges, at den kontekstuelle forskningstradition kan, via metodetriangulering, bidrage med en dybdegående undersøgelse af et fænomen. I artiklen "*Case Study*" i Denzin & Lincoln "*The Sage Handbook of Qualitative Research*" pointerer Flyvbjerg (Flyvbjerg, 2011) endvidere, at en samfundsmæssig forskningstilgang kræver interaktion mellem det generelle og det konkrete. Her er Flyvbjerg helt på linje med Mills' beskrivelse af interaktionen mellem den lille og den store historie, men ifølge Flyvbjerg gøres dette bedst gennem en kontekstuel forskningstilgang hvor de små ting, praksisserne og de konkrete cases skal forstås i deres kontekst. Både den lille, lokale kontekst, der giver fænomenet den nære betydning, og den store, internationale og globale kontekst, hvori fænomenerne kan vurderes for deres almene og begrebsmæssige betydning (Flyvbjerg, Landman, & Schram, 2012; Flyvbjerg, 2001). Den konkrete metodefremgang i forskningsprocessen er, ifølge Flyvbjerg, at; "*Data, begivenheder og fænomener fremstilles sammen med deres forbindelse til andre data, begivenheder og fænomener. Diskontinuitet og betydningsændringer af begreber og diskurser dokumenteres.*" (Flyvbjerg, 2009:159). Denne forskningstilgang sammenkæder jeg i nedenstående afsnit med C.W. Mills' forståelse af samfundsvidenskabens ærinde og kobling mellem den lille og den store historie.

SAMFUNDSDVIDENSKABENS ÆRINDE?

I den klassiske bog fra 1959, "Den sociologiske fantasi", gør samfundsforskeren C. Wright Mills opmærksom på, at den moderne mainstream-samfundsvidenskab er

kørt af sporet, fordi den har tabt klassikernes overordnede sigte med at forstå en historisk epokes problemer og muligheder (Mills, 1959). Denne tanke har også mange senere samfundsforskere: Habermas, Giddens, Beck, Bauman og andre understøttet og ikke mindst videreført. Denne videreførelse er specielt sket inden for et modernitetsbegreb, som jeg ikke i denne afhandling tager udgangspunkt i. En anden og nok så vigtig grund til at inddrage Mills er hans betragtninger om *samfundsvidenskabens løfte* eller den sociologiske fantasi, hvis hensigt det er at sætte mennesker i stand til at forstå den større, historiske kontekst i lyset af, hvad den betyder for den enkelte (Mills, 1959:17ff).

Begrebet sociologisk fantasi kan beskrives som et visionært begreb, der kan signalere manglende jordforbindelse. Jeg vil anvende det lidt mere analytiske forestillings-evne, som bedre signalerer sammenhængen mellem vision og fornuft. Dog er hensigten den samme, nemlig at koble og forstå sammenhængen mellem menneskers hverdagslivsforståelser og problemopfattelser med den større, samfundsmæssige, historiske kontekst. Mills' hensigt med samfundsvidenskabens løfte er mere end den rent analytiske kobling mellem den lille og den store historie. Hans meta-problemformulering – løftet – omhandler betingelserne for, at mennesker kan formulere mål om et bedre samfund og bevidst kan ændre samfundsudviklingen. Mills ligger vægt på, at mennesker ikke kun skaber deres virkelighed ud fra deres egne evner eller forgodtbefindende, men er under indflydelse af de omstændigheder og betingelser, som er tilgængelige i den historiske kontekst, de befinder sig i (Mills, 1959:18ff).

Den historiske epokes kontekst indbefatter et spændingsfelt mellem path dependency og path shaping. De gamle spor kan ændres, men betingelserne for denne ændring sættes til dels af den gamle sociale orden og dermed af den historiske kontekst. Når Mills provokerende hævder, at den moderne samfundsvidenskab er kørt af sporet, begrundet han det i, at den har tabt klassikernes overordnede sigte med at inddrage og forstå en historisk epokes problemer og muligheder.

Med ovenstående inspiration fra den amerikanske, klassiske sociolog C. Wright Mills vil jeg derfor tage afsæt i et metateoretisk perspektiv som baggrund for at kunne fokusere på, hvordan en kritisk, praksisorienteret, phronetisk aktionsforskningstilgang kan bidrage til samfundsforskningen generelt og til sundhedsfremmeforskningen i særdeleshed.

Det samfundskritiske perspektiv i afhandlingen bliver blandt andet udviklet inden for kritisk teori og Jürgen Habermas' "kommunikative handlen" (Habermas, 2003), hvor det fremføres, at en af den moderne samfundsvidenskabs store udfordringer er, at det samfundsmæssige og det individuelle analyseres hver for sig. Dette bevirker dels, at kontekstuelle analyser og perspektiver på "det levede liv" falder bort, og dels, at der i samfundet i dag eksisterer en stigende grad af individualisering. (Eikeland, 2012; Bent Flyvbjerg, 2009a; Parra, 2013; Aagaard Nielsen, 2013). Inden for sundhedsfeltet udmønter dette sig i en individualisering af ansvaret for sundhed, hvor sundhed i de fleste nationale sundhedsdokumenter defineres i et individuelt perspektiv og ikke ses i et samfundsmæssigt eller strukturelt perspektiv (Fosse, 2011; Raphael, 2014; Vallgård, 2010)³.

C. Wright Mills' bog fra 1959, "den sociologiske fantasi", beskriver koblingen mellem "den lille og den store historie". Han bygger på koblingen mellem niveauerne og hævder, at det ikke er muligt at forstå de individuelle problemstillinger uden at forstå de samfundsmæssige, strukturelle og historiske problemer. Mills' centrale pointe er, at mange af de problemer, som folk står over for i samfundet, har sociale rødder og deles af mange andre. Disse rødder er ofte relateret til strukturen og de forandringer, der sker i samfundet. Derfor er det vigtigt, at sociologer og andre samfundsforskere viser, hvorfor disse problemer har sociale årsager, så den enkelte bliver i stand til at forstå, hvordan hans eller hendes livshistorie og problemopfattelse er knyttet til den historiske samfundsstruktur. Dette perspektiv skal ikke forstås således, at individet ikke har et individuelt ansvar og individuelle forpligtigelser, men skal forstås ud fra den kontekst, problemstillingen er indlejret i, indbefattende de individuelle, kollektive, strukturelle og samfundsmæssige betingelser.

Den måske mest frugtbare distinktion, den sociologiske fantasi gør brug af, er distinktionen mellem "*de personlige bekymringer i nærmiljøet*" og "*de almene spørgsmål i forbindelse med den sociale struktur*" (Mills, 1959:20). "*Den sociologiske fantasi sætter os i stand til at forstå historien og biografien og deres indbyrdes relationer i samfundet. Det er dens opgave og dens løfte*" (Mills, 1959:18).

3 Det nyeste tiltag inden for sundhedsstrategier er at fokusere på mental sundhed, men også dette psykologiske perspektiv har en tendens til at individualisere ansvaret for sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2012).

Om individet skriver Mills i *Den Sociologiske Fantasi* (1959): ”*De har ikke blot brug for information – i denne Kendsgerningens Tidsalder dominerer information ofte deres opmærksomhed i en sådan grad, at deres evne til at assimilere den lammes. De har ikke blot brug for fornuftens færdigheder – selv om deres kampe for at erhverve sig disse færdigheder ofte fortærer deres begrænsede moralske energi. Hvad de har brug for, og hvad de føler, de har brug for, er en bevidsthedsmæssig kvalitet, der kan gøre det nemmere for dem at udnytte informationerne og udvikle fornuften, så de kan danne sig et klart og endegyldigt billede af, hvad der foregår i verden, og hvad der måske foregår i dem selv. Jeg vil påstå, at der er denne kvalitet, som journalister og akademikere, kunstnere og borgere, videnskabsfolk og redaktører er begyndt at forvente sig af det, man kan kalde den sociologiske fantasi*” (Mills, 1959:17). Dette citat er fortsat aktuelt og beskriver en del af problemstillingen bag fortolkning af sundhedsfremmebegrebet og spændingsfeltet mellem sundhedsstrategier med baggrund i epidemiologi eller et bredt WHO empowerment-sundhedsfremmeperspektiv.

I Den sociologiske fantasi positioner Mills sig gennem en kritik af datidens to hovedstrømninger i amerikansk sociologi, nemlig Abstrakt Empirisme⁴ og Grand Theory⁵. Mills kritiserede både det, han kaldte Høj Teori med Talcott Parsons’ strukturfunktionalisme⁶ som eksempel, og den Abstrakte Empirisme, der stort set var ved at blive en ”bureaukratisk samfundsvidenskab”, her henført til det voksende fokus på måling (f.eks. Gallup-målinger) og effektivitetsverificering (f.eks. Hawthorne-forsøgene).

Den abstrakte empirisme fremstiller sig altså som en objektiv og neutral viden-

4 **Empirisme** er en erkendelsesteori, der lægger vægt på erfaringens rolle i etablering af viden. Klassisk empirisme blev modstillet rationalisme, der betoner tænkningens rolle i erkendelsen. Empirisme (eller empiricisme) står for den opfattelse, at vore observationer er ”givne”, hvori- mod hermeneutik står for den opfattelse, at vore erfaringer er betinget af vores forforståelse, vores sprog og sociale og kulturelle baggrund. Dette afspejler sig i forskellige metodeidealer i fx empiristiske og hermeneutiske forskningstraditioner.

5 **Grand Theory** beskriver Mills som en form for meget abstrakt teoretisering, hvor den formelle organisering og indretning af begreber har højere prioritet end at forstå den sociale verden. Efter hans opfattelse er grand theory mere eller mindre adskilt fra de konkrete bekymringer i hverdagen og dens historiske kontekst.

6 **Strukturfunktionalisme** er en metode inden for sociologien og antropologien, der fokuserer på at studere de sociale funktioner i en institution for at få en forståelse for hele systemets virke. Strukturfunktionalisterne ser samfundet som bygget op af forskellige uafhængige institutioner, som harmonerer med hinanden. Teorien er påvirket af teoretikere som Emilie Durkheim og Max Weber.

skab, men den er, ifølge Mills, en "teknokratvidenskab", der beskæftiger sig med forudsigelse, kontrol og regulering af de samfundsmæssige forhold.

Mills argumenterede for, at "*der ikke findes nogen 'Høj Teori' noget universielt skema, der sætter os i stand til forstå den sociale strukturs enhed*" (Mills, 1959:38). Den abstrakte empirisme er præget af "den metodiske hæmning", det vil sige: Det, der ikke kan laves hårde data og statistiske korrelationer om, er uinteressant. Dette er også aktuelt i dag, for eksempel inden for sundhedsfeltet. Jeg vil senere udfolde i min empiri, hvordan de epidemiologiske sundhedsdata dominerer problemdefinitionen og tilgangen i praksisfeltet.

Inden for poststrukturalismen er der i nogle tilgange fokus på at påpege negative sider af de samfundsmæssige forhold, for eksempel gennem afsløring af dominerende magtforhold (Flyvbjerg, 2012), og inden for epidemiologisk sundhedsforskning er der fokus på at determinere risikofaktorer, der forårsager sygdom. Dette fokus på at konstatere fakta eller at "sådan er det" medfører bortfald af et normativt perspektiv, en kritisk stillingstagen, og et blik på forandringspotentialer, og dermed mistes målestokken for obstruerende eller determinerende, samfundsmæssige forhold. Det kan være nyttigt at afsløre fakta som for eksempel magtstrukturer, der determinerer handlinger, og i nogle tilfælde holdninger, men det er vigtigt, at samfundsvidenskaben har blik for handlerummet og for et muligt forandringspotentialer. Jeg vil i denne afhandling fastholde fokus på, at ulighed, afvigelse, marginalisering og udsathed skabes af sociale og samfundsmæssige forhold. På denne måde flyttes fokus fra det individuelle niveau til det sociale og det samfundsmæssige niveau, men dette medfører ikke, at fokus flyttes fra individet eller subjektet, tværtimod skabes der et fokus på muligheds- og handlingsrummet for individer og grupper af individer og for den subjektive opfattelse af de aktuelle problemstillinger.

En anden og nok så vigtig grund til at inddrage C. Wright Mills her, er hans betragtninger om "samfundsvidenskabens løfte", som indeholder mere end den rent analytiske kobling mellem den store og den lille historie. Hans meta-problemformulering – løftet – vil jeg referere som betingelserne og kapaciteterne for, at mennesker kan formulere mål for et bedre liv og samfund og bevidst være i stand til at ændre samfundsudviklingen i bestemte, ønskede retninger. Endvidere har Mills en vigtig pointe i at ville analysere *både* problemerne og mulighedsstrukturerne i den historiske epoke, vi lige nu befinder os i, eller er på vej ind i.

Mills' kritik af mainstream-samfundsvidenskaben for "at være kørt af sporet" henleder som beskrevet tidligere til en kritik af manglende fokus på samfundsdiagnoser og beskrivelse af nuværende, samfundsmæssige problemstillinger set i et historisk og et muligt fremtidsmæssigt perspektiv. En vigtig pointe er, at gennem kritik af de samfundsmæssige forhold kan der skabes et vigtigt fokus på mulige alternativer og forandring. Det skal dog her pointeres, at der findes mange forskellige nutidige samfundsteorier og videnskabsretninger, der alle definerer sig selv som kritiske ud fra forskellige perspektiver. Men en del af denne forskning har ikke fokus på de efterfølgende forandringsmuligheder eller på eventuel manglende handlekompetence. Dette medfører, at et vigtigt forskningsbidrag til samfundsvidenskaben mistes, og dette er en del af baggrunden for, at jeg har valgt at anvende et aktionsforsknings- og empowerment-perspektiv i denne afhandling.

Empowerment bidrager i denne sammenhæng med et fokus på kapacitetsopbygning og individuel og kollektiv myndiggørelse, hvor der dannes indsigt og kraft til handling, og bidrager med et fokus på skabelse af et mulighedsrum, hvor (strukturel) handling bliver mulig (J. Andersen, 2011; Freire, 1970).

Jeg ser endvidere en forbindelse mellem Mills' syn på sociologisk fantasi⁷ og den tværvidenskabelige forskningstradition, der eksisterer på Roskilde Universitet, og som denne afhandling indskrives i.

Universitetets kritiske forskningstradition er baseret på problemorienteret projektarbejde, hvilket indbefatter et udgangspunkt i problemidentifikation med teori som baggrund, og ikke omvendt. Hensigten med denne tilgang er at forstå *sammenhængen* mellem almindelige menneskers/gruppers/institutioners/organisationers bekymringer eller problemstillinger/udfordringer, og de samfundsmæssige problemstillinger eller den sociale og samfundsmæssige kontekst, vi befinder os i. En vigtig pointe er, at et problemorienteret projektarbejde ikke kun er emneorienteret, men udgør en samlet analyse af en problemstilling. Gennem et sådant forskningsperspektiv er det muligt at belyse et emne/område/problemstilling, endvidere er der fokus på vidensudvikling, idet der ved ikke kun at belyse søges efter noget, man ikke ved i forvejen, men som eksisterer i forskningsfeltet.

7 Fantasibegrebet kunne signalere manglende jordforbindelse og kunne erstattes af det lidt mere analytiske *forestillingersevne*, som bedre kan sammenkobles med sammenhængen mellem vision og fornuft.

I denne afhandling vil jeg anvende Mills' forståelse af "samfundsvidenskabens løfte" til at forsøge at bidrage til at forbedre forståelsen af muligheds- og handlingsrummet for at bevæge og forandre samfundsudviklingen i bestemte (her mener jeg kontekstuelle reflekterede), ønskede retninger. Eller mere ydmygt formuleret at forsøge at bidrage med indsigt og viden om, hvordan vi kan forbedre, forstå og håndtere de forhold, der forårsager ulighed i sundhed. Gennem en kritisk, problemorienteret samfundsforskning vil jeg forsøge at opnå den nødvendige kobling mellem hverdagens- og de samfundsmæssige problemstillinger samt mellem de individuelle livshistorier og den sociale struktur, som ifølge Mills er kernen i den samfundsvidenskabelige forestillingsevne. Dette vil jeg gøre gennem at supplere Mills' perspektiv med udgangspunkt i et community health-perspektiv, hvor det kontekstuelle tilgodeses, og hvor det intermediære mesoniveau kan styrke sammenhængen mellem den lille og den store historie. Til dette henter jeg endvidere inspiration fra sundhedsfremmeforskerne Amy Schultz og Mary Northridge, der i 1994 i artiklen "*Social Determinants of Health: Implications for Environmental Health Promotion*" i et multilevel-perspektiv beskriver koblingen mellem de forskellige samfundsmæssige niveauer og sammenkæder dette med sundhedsfremme. (Schultz & Northridge, 2004).

Med inspiration fra den amerikanske klassiske sociolog C Wright Mills vil jeg tage afsæt i et metateoretisk perspektiv som baggrund for at kunne fokusere på, hvordan en kritisk, praksisorienteret, phronetisk aktionsforskningstilgang kan bidrage til samfundsforskningen generelt og til sundhedsfremmeforskningen i særdeleshed.

Det samfundskritiske perspektiv i afhandlingen bliver blandt andet udviklet inden for kritisk teori og Jürgen Habermas' "kommunikative handlen" (Habermas, 2003), hvor det fremføres, at en af den moderne samfundsvidenskabers store udfordringer er, at det samfundsmæssige og det individuelle analyseres hver for sig. Dette bevirker dels, at kontekstuelle analyser og perspektiver på "det levede liv" falder bort, og dels, at der i samfundet i dag eksisterer en stigende grad af individualisering. (Eikeland, 2012; Bent Flyvbjerg, 2009a; Parra, 2013; Aagaard Nielsen, 2013). Inden for sundhedsfeltet udmønter dette sig i en individualisering af ansvaret for sundhed, hvor sundhed i de fleste nationale sundhedsdokumenter

defineres i et individuelt perspektiv og ikke ses i et samfundsmæssigt eller strukturelt perspektiv (Fosse, 2011; Raphael, 2014; Vallgård, 2010)⁸.

Problemfelt - Ulighed i sundhed

Afsnittet omhandler en indledning og beskrivelse af de historiske og aktuelle problemstillinger inden for sundhedsfremmefeltet, som først og fremmest beskrives via udfoldelse af det eksisterende gab mellem den teoretiske og praktiske udvikling inden for feltet. Problemfeltet indeholder ligesom afhandlingens problemformulering et fokus på både barrierer og muligheder i forhold til den nuværende kontekst og leder op til næste kapitels præsentation af empiri.

GAB MELLEM FORSKNING OG PRAKSIS

Den voksende ulighed i sundhed bliver i store dele af den politiske verden og også af World Health Organisationen WHO beskrevet som et problem, der kræver handling. Den generelle ulighed i et samfund har ud over at have indflydelse på befolkningens sundhed også indflydelse på et lands økonomi og velstand (Helliwell, Putnam, & Mattei, 1995; Vanoli, 2010; McLeod, Hall, Siddiqi, & Hertzman, 2012, Bjørnsted 2012).

Diskussioner omkring policy-erklæringer og den videnskabelige udviklings betydning for udvikling af sundhedsfremmestrategier i praksisfeltet er løbende blevet debatteret, og problemstillingen er fortsat aktuel, da den internationale og den danske teoretiske tænkning på området kun i begrænset omfang har præget praksisfeltet. Der eksisterer et gab mellem konceptudviklingen og praksisudviklingen inden for sundhedsfremmefeltet (WHO 1986, McQueen and Dean 1996, Tones and Green 2010, Sundhedsstyrelsen 2012). Professor Richard Parish⁹, tilknyttet WHO, udtaler på en international sundhedsfremmekonference, at den største enkeltårsag til gabet mellem teori og praksis er manglende hensyn til implementeringsvanskelighederne i praksis. Endvidere peger han på, at sundhedsfremmetiltag

8 Det nyeste tiltag inden for sundhedsstrategier er at fokusere på mental sundhed, men også dette psykologiske perspektiv har en tendens til at individualisere ansvaret for sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2012).

9 Professor Richard Parish (2012): The CompHP Project: Developing Consensus on Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (available at <http://www.iuhpe.org/?page=614&lang=en>)

ofte er organiseret og finansieret ad hoc i korte projektforsøg, hvilket medfører problemer dels med hensyn til forankring og dels med manglende fokus på socialt bæredygtige indsatser. Parish henviser til, at vi inden for sundhedsfremmefeltet har været gode til at formulere langsigtede mål (policy), men ikke til at nå målene (praksis). (IUHPE konference i Tallinn:2012). En del af forklaringen på dette henviser han til, at der i store træk er tale om en visionær konceptbeskrivelse med baggrund i Ottawa-charteret, uden henvisning til konkrete forslag eller kontekster. Dette har medført, at sundhedsfremme er afhængig af den fortolkning og den kontekst, som tilgangen er implementeret i. Eksempler på dette kan være de enkelte landes sundhedspolitikker (Vallgård, 2003; Vallgård, 2010), eller for eksempel en dominerende biomedicinsk sundhedsforståelse (Land & Pedersen, 2010). Som alternativ eller supplement til en biomedicinsk sundhedsforståelse efterlyser flere internationale forskere et samfundsvidenskabeligt blik på sundhedsfremmefeltet (I. Kickbusch, 2012; McQueen, Kickbusch, & Potvin, 2007). Der findes selvfølgelig samfundsvidenskabelige perspektiver på sundhedsfeltet. For eksempel er der de Foucault-inspirerede governmentality-perspektiver (Ditte-Marie From, 2015; Vallgård, 2005; Vallgård, 2011), kommunikative og systemteoretiske (Almlund & Holm, 2014, 2015; M. Dooris & Heritage, 2013), konceptuel udvikling (I. Kickbusch, 2012; Land, Pedersen, & Kjærgård, 2013; McQueen et al., 2007), men der er, som jeg senere vil vise i et review, et behov for flere samfundskritiske og kontekstuelle perspektiver og for den videnskabelse, der fremkommer via et kritisk, samfundsvidenskabeligt perspektiv på sundhedsfremmefeltet.

LØSNINGSMULIGHEDER

På den internationale dagorden har WHO gennem flere årtier stået i spidsen for at promovere helhedsorienterede perspektiver og ressourceorientering i sundhedsfremme (J. Green & Tones, 2010; WHO, 1986). WHO fremhæver lokale initiativer tæt på borgerne, hvor ejerskab hos såvel borgere, lokale ressourcepersoner og den offentlige administration er væsentlige for at kunne håndtere ulighed i sundhed og de komplekse udfordringer, som dette indebærer (Heritage & Dooris, 2009; Ilona Kickbusch & Gleicher, 2012; WHO, 1986, 2015). Dette sundhedsfremmeperspektiv fordrer flerstrengede sundhedsstrategier, der i modsætning til enstrengede årsags-virkningssammenhænge har et bredere fokus på årsagskompleksitet, men som derfor også er sværere at evidensbasere og håndtere i praksis. Flerstrengede sundhedsstrategier fordrer *dels* tværfaglige kompetencer og

samarbejder (Dybbroe, Land, & Baagøe, 2012; Lau, Holm, Andersen, & Dybbroe, 2012a); Diderichsen: 2011) og *dels* initiativer, der i højere grad fokuserer på at opbygge netværk og handlekompetencer (Diderichsen F. et al. 2008; Jensen og Johnsen: 2000; J. Green & Tones, 2010). Det flerstregede perspektiv omhandler inddragelse af forskellige sfærer, metoder og perspektiver i forhold til at adressere samme problem, og dette er nødvendigt i forbindelse med multifaktuelle årsagssammenhænge, som ofte gør sig gældende inden for ulighed i sundhed.

Den engelske sundhedsfremmeforsker og sociale epidemiolog professor Sir Michael Marmot viste allerede i 1984 i The Whitehall Study en sammenhæng mellem social status og ulighed i sundhed. Hans studie viste, at der findes en klar, social gradient inden for sundhed og sygdom; mænd i den laveste socialgruppe havde en tre gange højere mortalitetsrate end mænd i den højeste socialgruppe (Marmot, 1984). Undersøgelsen er senere understøttet af yderligere forskning (J. Andersen, 1996; Hammer, 2014; Marmot, 2005; Marmot. M., 2012; Siegrist & Marmot, 2004). Undersøgelserne dokumenterer, at de kollektive og sociale vilkår er medkonstituerende for sundhed. Dette benævnes de sociale determinanter for sundhed. Verdenssundhedsorganisationen WHO beskriver dette som, at” *The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels*”¹⁰. WHO’s sundhedsfremmeperspektiv er grundlæggende baseret på en opfattelse af, at sundhed skal ses i et helhedsorienteret og hverdagslivsperspektiv i relation til, og som et produkt af, de mangfoldige sociale sammenhænge, som mennesker indgår i, og sundhed skabes i et gensidigt samspil mellem individer og omgivelserne. ”*Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one’s life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allows the attainment of health by all its members*” (WHO, 1986:332).

Der er altså tale om, at sundhed har baggrund i multifaktuelle årsagssammenhænge, der dels indbefatter menneskers ressourcer, kapacitet og handlerum for at påvirke egen sundhed, og dels omgivelsernes beskaffenhed.

10 http://www.who.int/social_determinants/en/

International forskning og litteratur viser da også, at flerstrengede indsatser i form af community health, setting-baserede tilgange¹¹ og empowerment-tilgange¹² er befordrende for at håndtere ulighed i sundhed (Woodall, South, & Warwick-booth, 2010; WHO 2008, Tones & Green 2006, 2010; Dooris, Kelley, & Trainer, 2004; Dooris et.al 2004, 2006; Heritage et al 2009; Laverack, 2006; Amdam, 2010a).

DEN DANSKE FORTOLKNING AF LIGHED TIL SUNDHED

Ovenstående tænkning er ikke ny, associationen mellem et samfunds sociale lighed og lighed i sundhed, eller mangel på samme, er ikke af nyere dato. Helt tilbage i 1850'erne blev der sat fokus på, at dårlige boligforhold påvirkede de fattiges helbred. I 1891 kom den første velfærdslovgivning i Danmark. Den fokuserede på at give økonomisk støtte til handikappede og støttede private sygekasser, der forsikrede, at deres medlemmer fik fri lægehjælp. I 1921 kom invalideforsikringsloven, så allerede inden velfærdsstatens opståen var der initiativer, omend private, der havde til hensigt at modvirke den sociale ulighed. Efter 2. verdenskrig var den dominerende tænkning, at et udbygget og lettilgængeligt sundhedsvæsen og etablering af sygeforsikringer ville reducere den sociale ulighed i sundhed (Diderichsen & Sund by Netværket: 2011). Denne tænkning har dog vist sig ikke at være tilstrækkelig. Dette sås blandt andet af det faktum, at på trods af, at de skandinaviske lande og England oplevede en stor økonomisk vækst, og der var en voldsom udbygning og udvikling af sygehusvæsenet, så var der fortsat stor ulighed i sundhed. Dette medførte en drejning af fokus i retning mod sociale faktorerers betydning for sundhed. I samme periode fremkom enkelte studier, der pegede på *sociale* forholds betydning for sundhed, fx Vagn Christensens afhandling fra 1953 om boligforhold og børnesygelighed (Diderichsen & Sund by Netværket: 2011),

-
- 11 The settings approach er opstået i WHO-regi som et udtryk for, at sundhed er et kollektivt, politisk og kontekstsensitivt område, og hvor de 'settings', som mennesker indgår i i deres hverdag, har afgørende indflydelse på menneskers sundhed. En væsentlig pointe for dette perspektiv er, at "tilgangen afspejler en ændring i fokus fra individer til populationer, fra sygdom til sundhed eller 'salutogenese' (Antonovsky: 1999) og fra et reduktionistisk fokus på enkeltfaktorer og risikofaktorer hen imod et holistisk perspektiv, der sigter mod at udvikle støttende kontekster dér, hvor folk lever deres liv" (Kickbusch 1996, 2003; Dooris 2009:281).
- 12 Ved empowerment-perspektiver er der helt grundlæggende en opfattelse af, at sundhed skabes i et gensidigt samspil mellem individer og omgivelserne. Sundhed ses i et helhedsorienteret og hverdagslivsperspektiv, som skal ses i relation til og som et produkt af de mangfoldige sociale sammenhænge, som mennesker indgår i. (Andersen 2007, 2005, Tones & Green 2004).

men på trods af denne tænkning kom de politiske konklusioner alligevel mere til at handle om socialpolitik end om sundhedspolitik. Dette har medført en politisk sporsætning, som også er gældende i dag (Vallgård, 2003; Vallgård, 2011).

Indsatserne mod ulighed i sundhed er i Danmark hovedsageligt forsøgt adresseret gennem enstrengede sundhedstiltag baseret på en simpel årsags-virkningssammenhæng (Brønnum-Hansen & Diderichsen, 2013b; Diderichsen et al., 2011; Diderichsen, Nygaard, & Bonde, 2009; Fosse, 2011;; Vallgård, 2008). Indsatserne er målrettet individuel adfærdsændring, og indsatserne suppleres via kampagner, undervisning, information og vejledning omkring risikominimering af eventuel sygdomsfremkomst. Der er epidemiologisk evidens for effekten af disse indsatser, men på trods af dette er uligheden i sundhed fortsat voksende (Brønnum-Hansen & Diderichsen, 2013b; Diderichsen et al., 2011). En del af forklaringen hentes i de eksisterende sundhedsstrategiers enstrengede og individualiserede fokus (Diderichsen et al., 2011; Fosse, 2011; Vallgård, 2011). I forbindelse med kommunalreformen blev forebyggelse og sundhedsfremme helt centrale politiske opgaver i kommunerne, og kommunernes foretrukne forebyggelsesindsatser blev hovedsageligt genereret gennem opførelse af kommunale sundhedscentre med fokus på sygdomsforebyggelse (diabetes, lungelidelser og hjertekarsygdomme). Sundhedscentrenes forebyggelsesindsatser har i de fleste kommuner omhandlet et fokus på det danske synonym KRAM – Kost, Rygning, Alkohol og Motion – i form af diabeteskurser, rygestopkurser og alkoholafvænningskurser. Evalueringer af sundhedscentrene har vist, at brugerne af centrene hovedsagelig udgør et mindre segment af befolkningen og for den største del består af midaldrende kvinder uden for arbejdsmarkedet med en kronisk sygdom (H. Andersen, 2011; Due, 2008; RegionMidtjylland, 2008). Denne borgergruppe er relevant at adressere i forhold til ulighed i sundhed, men hvordan nås andre dele af befolkningen? Problemstillingen omhandler ikke sundhedscentrene som organisation, men snarere den dominerede sundhedsforståelse, der fordrer enstrengede sundhedsindsatser, der ikke nødvendigvis appellerer til et bredere segment af befolkningen og ikke nødvendigvis dækker de aktuelle sundhedsproblematikker.

DEN ENSTRENGEDE SUNDHEDSINDSATS

På en workshop afholdt af Københavns Kommune, som jeg deltog i (se liste over empiri side 16), var der et oplæg ved professor Finn Diderichsen, medforfatter af

flere af sundhedsstyrelsens rapporter om Danmarks sundhedstilstand inklusive ”Flere og bedre leveår på Nørrebro og i Bispebjerg” (Brønnum-Hansen & Diderichsen, 2013a), som er en del af det empiriske materiale. Diderichsen havde under oplægget følgende refleksion: *”Når epidemiologi og økonomi vejes sammen, hvad vil så være mest effektivt til at reducere den ekstra sygdomsbyrde i Bispebjerg og på Nørrebro?”*

Og han giver følgende svar (hentet fra hans overhead-præsentation):

- Intensivt udbud af rygestoptilbud til +45-årige på Nørrebro
- Strukturelle tobakspolitiske tiltag for alle på Bispebjerg
- Opportunistisk screening for alkoholover forbrug

Og han konkluderer, at der generelt findes tre typer af indsatser mod social ulighed i sundhed generelt:

1. Indsatser mod faktorer tidligt i livet, som senere påvirker både social position og helbred: indsatser for børns tidlige udvikling, deres nærmiljø, deres chancer at afslutte en ungdomsuddannelse etc.
2. Indsatser mod sygdomsårsager, hvor forekomst og sårbarhed er skævt fordelt i den voksne befolkning: Indsatser mod tobaksrygning, alkohol, fysisk inaktivitet, arbejdsløshed, fysisk arbejdsmiljø, økonomisk stress etc.
3. Indsatser mod forhold, som skaber ulige konsekvenser af at være syg: Indsatser mod ulighed i brug af forebyggende ydelser, ulighed i de lange rehabiliteringsforløb, særligt for psykisk syge etc. (Finn Diderichsen; 130313, dias 16).

Disse forslag er samstemmende med sundhedsstyrelsens sundhedsstrategier, der ligeledes er baseret på evidensbaserede epidemiologiske data (Diderichsen, 2011; Diderichsen, 2008; Hovedstaden, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2011), hvor der på samme vis er fokus på tidlig indsats, dvs. børn, fokus på at undgå sygdom, her med et specielt fokus på rygning.

Der er dog i ovenstående forslag til indsatser et fokus på ulige konsekvenser og ulige brug af sundhedsydelser, og måske derved et fokus på strukturelle tiltag. Problemstillingen i et kritisk samfundsvidenskabeligt perspektiv fremkommer ved, at også de strukturelle tiltag i en eller anden udstrækning er målrettet mod

individuel adfærdsregulering, idet de sigter på at ændre individets adfærd, fx gennem rygeforbud.

Der er ingen tvivl om, at holdningen til tobak er ændret markant over de sidste 10 år, og den epidemiologiske forskning har bidraget til feltet med vigtig viden, dog har der også i flere år været tale om, at effekten af indsatserne er stagneret (Diderichsen et al., 2011; Juel, 2010; Koefoed, 2013).

Der er tale om, at de sundhedsindsatser, der følger af ovenstående tænkning, rammer et bestemt segment af befolkningen, nemlig den del, der lytter til og retter sig efter sundhedskampagnerne, og den del af befolkningen, der har ressourcer til at deltage i de eksisterende sundhedstilbud, for eksempel et rygestopkursus. I forhold til Diderichsen refleksion om at veje epidemiologi og økonomi sammen, sammenholdt med den stagnerende effekt, er tiden måske moden til, at alternative og supplerende metoder kunne overvejes.

Problemstillingen kommer også til udtryk i artikelsamlingen *"Lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund"* også udgivet af sundhedsstyrelsen (Diderichsen, 2011a). Artikelsamlingen viser forskellige opfattelser af relevansen af de nuværende danske sundhedsstrategier. Spændingsfeltet fremkommer mellem Finn Diderichsen og sundhedsfremmeforskeren Signill Vallgård fra Københavns Universitet. I pjecen forklarer Diderichsen, at årsagsforklaringen på den fortsatte stigning i ulighed i sundhed skyldes, at indsatserne mod tobaksrygning, især hos de udsatte borgere, endnu er i en tidlig fase. Denne sammenhæng og problemdefinition er sundhedsfremmeforskeren Professor Signill Vallgård, ikke enig i. Hun peger på, at *"enhver problematisering indebærer valg og fravalg. En måde at se er samtidig en måde ikke at se. Samtidig er det ofte sådan, at man er mere tilbøjelig til at se problemer man mener, man har løsninger på. Eller man definerer problemerne, sådan at de passer til de vante løsninger"* (Diderichsen, 2011a:14).

Diskussionen afspejler en central problemstilling inden for forebyggelses- og sundhedsfremmefeltet i Danmark, hvor forebyggelsespolitikken generelt har lagt stor vægt på den tænkning, der eksisterer inden for det epidemiologiske domæne. Det kan få den konsekvens, at politikere og myndigheder har en tendens til at fokusere indsatserne mod adfærdsregulering i stedet for at fokusere på samfundsmæssige og sociale årsager, der ofte medfører multifaktuelle problemstillinger, som er sværere at håndtere, evaluere og iværksætte indsatser mod. Som alternativ

peger Vallgård på forholdene i Norge, hvor indsatserne for at ændre den voksende ulighed i sundhed i højere grad fokuserer på at forandre menneskers levekår, arbejdsforhold, boligforhold og give økonomisk tryghed osv. (Vallgård & Sund by Netværket. 2011). I pjecen gives ingen bud på alternative løsningsmuligheder til den voksende ulighed i sundhed.

Der er dog inden for sundhedsstyrelsens virke bud på mere flerstrengede sundhedsindsatser. Inden for mental sundhed er der for eksempel beskrivelser af vigtigheden af sociale relationer og netværk.

I sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om mental sundhed beskrives selve begrebet mental sundhed som *"ikke kun fravær af psykisk sygdom"* (Sundhedsstyrelsen., 2012:4) sættes i forbindelse med trivselsbegrebet.

I forebyggelsespakken beskrives de faktorer, der påvirker den mentale sundhed i negativ retning:

- Usikker tilknytning til forældre eller omsorgspersoner
- Manglende omsorg
- Belastende begivenheder i nær familie
- Dårlig trivsel og læring i dagtilbud/skoler
- Mobning og diskrimination
- Uafsluttet skolegang
- Arbejdsløshed
- Belastende arbejdsmiljø
- Lav social kapital i boligområder og social isolation

Ovenstående faktorer beskrives som centrale faktorer for reducere af den mentale ulighed i sundhed. Samtidig fremhæves mere sygdomsspecifikke risikofaktorer, som eksempelvis familiær disposition og fødselskomplikationer, samt misbrug, infektioner og udsættelse for visse kemikalier i graviditeten (Sundhedsstyrelsen., 2012:5).

Der er endvidere inden for den epidemiologiske forskning *"vist klare sammenhænge mellem dårlig mental sundhed og faktorer som dårligt selvvurderet helbred, kroniske smerter, søvnproblemer, sygefravær, dårligt psykisk arbejdsmiljø, svage sociale relationer, rygning og fysisk inaktivitet. Langvarig dårlig mental sundhed har konsekvenser;*

både for den enkeltes muligheder for at leve et godt liv og for udvikling og forløb af sygdom (specielt hjertekarsygdom, depression og angst). Op mod 50 procent af mennesker med mentale helbredsproblemer udvikler langvarig sygdom i form af diabetes, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), hjerte-kar-sygdom eller muskelskeletlidelser” (Sundhedsstyrelsen., 2012:5).

I publikationen *”Mental sundhed blandt voksne danskere”* fra 2010 beskrives også, hvorledes der ses en sammenhæng mellem sociale relationer og den mentale sundhedstilstand. Undersøgelsen viser, at forekomsten af dårlig mental sundhed er højere blandt personer, der har svage sociale relationer, end blandt personer med stærke sociale relationer. Endvidere er der en højere forekomst af dårlig mental sundhed blandt personer, der aldrig deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter sammenholdt med personer, der ugentligt deltager i foreningsliv/fritidsaktiviteter. Sammenhænge gælder for både mænd og kvinder (Christensen, Davidsen, Kjølner, & Juel, 2010:69-70). I samme publikation beskrives, at *”de sociale relationer er relateret til helbred, idet de udgør en støttefunktion og er forum for udveksling af viden og kundskaber. Undersøgelser har vist, at personer med stærke sociale relationer i mindre grad bliver syge, og at de kommer sig hurtigere efter deres sygdom, hvis de bliver syge. Personer med stærke sociale relationer har desuden mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer”* (Christensen et al., 2010:69).

Der foretages endvidere en skelnen mellem sociale relationer som hhv. et strukturelt og et funktionelt aspekt. Det strukturelle aspekt dækker over, hvor mange og hvilke personer den enkelte har kontakt med – det vil sige den kvantitative del af de sociale relationer. Det funktionelle aspekt udgør den form for støtte, en person modtager fra sit netværk, eller de problemer og bekymringer, som netværket giver – det vil sige den kvalitative del af de sociale relationer. Undersøgelsen viser: *”at der både blandt mænd og kvinder generelt er større andele med dårlig mental sundhed blandt personer, der sjældent eller aldrig træffer familie, sammenholdt med personer, der træffer familien mindst én gang om måneden. Den samme tendens ses i forhold til venner og bekendte”* (Christensen et al., 2010:69).

I publikationen gives ikke tal for, men der peges på negative aspekter ved sociale relationer, som viser sig ved, at sociale relationer også kan være en barriere for udvikling og forbedring af sundhedsadfærd og helbred, idet relationerne kan give bekymringer, udnytte og på anden måde være skadelige.

Der ses altså en sammenhæng mellem sociale relationer og den mentale sundhedstilstand, og det er i utallige undersøgelser dokumenteret, at sociale relationer er en vigtig sundhedsdeterminant (M. Dooris & Heritage, 2013; Marmot. M., 2012; WHO, 1986).

Sociale relationer eksisterer dermed i et krydspres mellem at være gode og være dårlige at indgå i, men de kan ikke undværes. Det er vigtigt at fremhæve, at **Ensomhed har vist sig at være på niveau med rygning og alkohol som risikofaktor for død** (Sundhedsstyrelsen., 2012:6).

Andre undersøgelser har påvist en sammenhæng mellem ensomhed, mangel på sociale netværk og forekomst af fysisk sygdom (som hjerte kar sygdomme) og død (Kriegbaum, 2013; Lund, Christensen, & Iversen, 2011; Lund, Holstein, & Osler, 2004; Lund, Hulvej, & Christensen, 2012; Lund & et al, 2014; Lund & Nilsson, 2013; Ross & et al, 2013).

Den største problemstilling fremkommer ved, at de forskellige data og sundhedsforståelser ikke bliver koblet og forstået i deres sammenhæng, og dette ses ved, at ovenstående vigtige epidemiologiske fund inden for mental sundhed ikke er afspejlet i de nuværende nationale sundhedsdokumenter.

En alternativ sundhedsindsats kunne være målrettet de sociale relationer ud fra en tænkning om, at de sociale bånd skal etableres, udvikles eller erstattes af andre, før en borger ønsker og eventuelt magter at ændre sundhedsadfærd. For eksempel kan rygning og alkoholindtagelse være et socialt samlingspunkt, og det kan opfattes værre at miste venner, uanset om der er tale om spinkle venskabsbånd. Dette blev bekræftet i min egen empiri, hvor en borger på gaden udtaler: *"Hvorfor skal jeg holde op med at ryge? Alle ryger, dagens projekt er at få fat i min T/B (tobak og bajere)"* (udtalelse fra borger på gaden). Ud over dette har nogle borgere komplekse problemstillinger, der synes vigtigere at løse, før for eksempel deres rygeproblemer kan takles.

Etablering af solide sociale bånd synes ikke at være et aspekt i regeringens sundhedsstrategi, men også i pjecen findes en spire til forbedring af den nuværende sundhedsretorik idet der afslutningsvist beskrives at *"En ulempe ved SF-12 (selve undersøgelsen) kan være, at det først og fremmest måler reduktion i mental sundhed og ikke inddrager de salutogenetiske aspekter, altså de processer og forhold, der skaber,*

Tabel 1: Oversigt over faktorer af betydning for mental sundhed. Efter Barry og Jenkins, 2007. (Barry & Jenkins, 2007 i Christensen et al., 2010:73).

	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse. Gode evner til at håndtere stress og udfordringer. Følelse af socialt tilhørsforhold. Gode kommunikationsevner. God fysisk sundhed.	Lavt selvværd. Dårlige evner til at håndtere stress og udfordringer. Dårlige familiære relationer. Fysisk og psykisk aktivitetsbegrænsning (disability). Risikoadfærd. Dårlig fysisk sundhed.
Socialt niveau	Omsorgsfulde forældre/gode familieband. Tilhørsforhold til omgivelser. Støttende sociale relationer. Deltagelse i fællesskaber. Positive erfaringer med uddannelse	Misbrug og vold Adskillelse og tab Social eksklusion
Strukturelt niveau	Sikre og trygge rammer Godt miljø og gode boligforhold Økonomisk sikkerhed Beskæftigelse. Adgang til uddannelse Adgang til sociale støttefunktioner	Voldelige og kriminelle omgivelser. Fattigdom. Arbejdsløshed Hjemløshed Manglende skolegang Social og kulturel diskrimination Manglende støttefunktioner

udvikler og fastholder sundhed hos det enkelte menneske, i grupper og/eller i samfundet. En fremtidig undersøgelse af mental sundhed kan med fordel udvides hermed.” (Christensen et al., 2010:72).

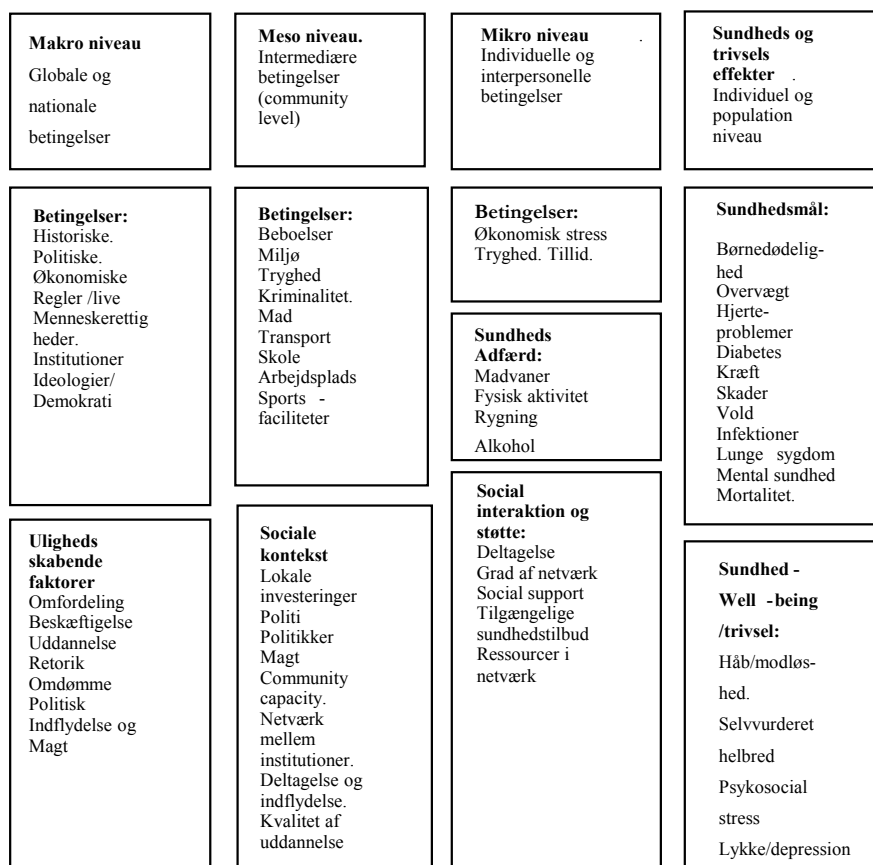
Set fra et epidemiologisk perspektiv er en af problemstillingerne ved inddragelse af et salutogenetisk¹³ perspektiv den svært målelige komplekse årsagssammenhæng, men som jeg har refereret tidligere, findes der en del europæisk og international evidens på, at en flerstrengt tilgang til sundhed har positiv effekt. Det kan dog være vanskeligt at påvise isolerede effekter direkte konnoteret til fysisk sundhed, og her har især tidsforløbet stor betydning, idet der blandt andet tages hensyn til borgernes motivation¹⁴ og kapacitet til at igangsætte sundhedstiltag. Det er dog afgørende at koble både et salutogenetisk og et socialt perspektiv indeholdende omgivelsernes betydning til årsagsforklaringerne bag ulighed i sundhed. I bogen ”The social determinants of Health” fra 2006 undersøger sundhedsfremmeforskere Wilkinson og Marmot årsagerne bag sundhedsdeterminanterne, og de har en meget præcis formulering omkring problemstillingen, da de bliver bedt om at forholde sig til vigtigheden af nye opdagelser omhandlende den menneskelige arvemasse (human genome). De siger; *“The new discoveries on the human genome are exciting in the promise they hold for advances in the understanding and treatment of specific diseases. But however important individual genetic susceptibilities to diseases may be, the common causes of the ill health that affects populations are environmental; they come and go far more quickly than slow pace of genetic change because they reflect the change in the way we live. This is why life expectancy has improved so dramatically over the recent generations; it is also why some European countries have improved their health while others have not, and it is why health difference between different social groups have widened or narrowed as social and economic conditions have changed”* (Wilkinson & Marmot, 2006:7). I dette perspektiv sættes altså fokus på omgivelsernes betydning for sundhed, og Wilkinson og Marmots fund og forståelser er samstemmende med WHO’s perspektiv og bud på indsatser mod ulighed i sundhed, hvor WHO endvidere sætter fokus på at skabe muligheder for at leve et sundt liv. Der er tale om multifaktuelle årsagssammenhænge mellem omgivelserne og sundhedseffekterne.

13 *salutogenese* (saluto = sundhed; genese = oprindelse) omhandler faktorer, der forårsager sundhed. Begrebet kan ses som modstilling til patogenese, som omhandler faktorer, der forårsager sygdom.

14 Motivation til sundhedstiltag ser jeg som et aspekt af den enkeltes samlede sociale situation, herunder de sociale relationer og det omgivende samfund. Motivation viser sig gennem ønsket om og muligheden for eller kapaciteten til at sætte, erkende og synliggøre mål ud fra den samlede situation, mennesket befinder sig i.

For at forsøge at beskrive den komplekse sammenhæng har jeg nedenfor, inspireret af miljø- og sundhedsfremmeforskerne Schultz og Northridge (Schultz & Northridge, 2004), lavet en skematisk fremstilling over de faktorer, der har indflydelse på social-, fysisk- og mental sundhed, og ikke mindst, hvor årsagerne til sundhed produceres på forskellige samfundsmæssige niveauer.

Skemaet skal forstås således, at der er forbindelse og sammenhæng mellem de forskellige sidestillede kasser, således at skemaet illustrerer sammenhængen mellem de forskellige samfundsmæssige sfærer og forbindelsen til fysisk, psykisk og mental sundhed. Grundlæggende faktorer af uretfærdigheder på makroniveauet bliver produceret og reproduceret gennem sociale processer og gennem organisationer og intuitioner på mesoniveauet. For at undgå reproduktion af disse er det afgørende at inddrage de grundlæggende årsager til ulighed i sundhed, som



Figur 1: Figuren er inspireret af Schultz og Northridge (Schultz & Northridge, 2004)

produceres på makroniveauet. Pointen er, at interventioner på mesoniveauet kan påvirke makroniveauets faktorer, der relaterer til ulighed i sundhed og trivsel. I forhold til WHO's empowerment-orienterede sundhedsfremmetiltag er forståelsen, at empowerment-processer kan modvirke eller interferere på de processer, der forårsager usundhed. WHO ser, som beskrevet, mesoniveauet som en sundhedsfremmende kontekst (Bezold & Hancock, 2014; T. Hancock, 1996; I. Kickbusch, 2012).

Dette problemfelt leder til afhandlingens problemformulering omhandlende Hvilke barrierer og muligheder der eksisterer for at planlægges og faciliteres en community health tilgang til en dansk lokalsamfundskontekst.

Denne problemstilling skal undersøges med det sigte at finde mere effektive metoder til at reducere den voksende ulighed i sundhed. Antagelsen er, at ved at diverse aktører involverer sig i planlægning og sociale velfærdsinitiativer, kan aktørerne, for eksempel forvaltningsfolk, sundhedsfremmere, borgere og forskere, bedre påvirke og adressere de underliggende faktorer, som er årsag til den sociale ulighed i sundhed. En pointer er, at ved sundhedsfremmeinterventioner på mesoniveauet, i et community health-perspektiv, bliver sundhed adresseret i en kontekst uden for sundhedsvæsenet, og dette medfører, at fokus drejes fra et blik på den fysiske sundhed til også at inddrage psykisk og ikke mindst social sundhed.

I det næste kapitel præsenteres afhandlingens empiriske nedslag i et udsat byområde i København.

Præsentation af empiri

Casestudiet tager udgangspunkt i et udsat byområde i København i nordvestkvarteret (NV), med særlig fokus på et boligområde benævnt Fuglekvarteret.

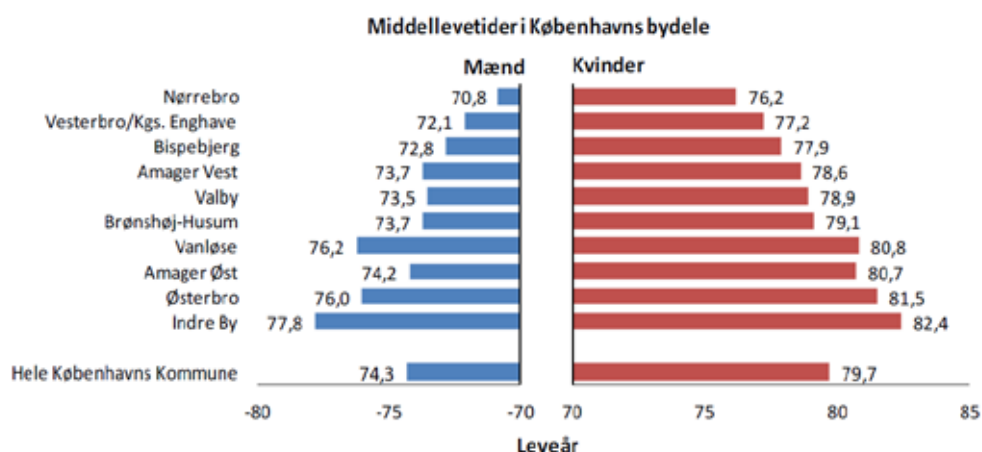


Figur 2: Billedet viser den geografiske placering af Fuglekvarteret i København, NV.



Figur 3: Boligblok i Fuglekvarteret.

Den officielle måde at måle ulighed i sundhed på er via en epidemiologisk beskrivelse af sundhed målt i befolkningens middellevetid¹⁵. Der har i mange år været en stigning i middellevetiden i Danmark, men tallene afslører, at stigningen i middellevetiden har været størst blandt danskere med lang uddannelse og høj indkomst, mens stigningen for danskere med kort uddannelse og lav indkomst har været mindre. I dag lever den rigeste fjerdel af danske mænd i gennemsnit knap 10 år længere end den fattigste fjerdedel. For 25 år siden var den forskel blot 5,5 år (Regeringen "Sundere liv for alle": 2014). I Københavns kommune er der 7 års forskel i middellevetiden. Er man bosat i Indre By er middellevetiden 77,8 for mænd, mens den er 70,8 på Nørrebro/Bispebjerg, som dermed har en middellevetid på samme niveau som Serbien (Diderichsen, 2011).



Figur 4: Figur over middellevetiden i de københavnske bydele 2008-12 kilde: (Brønnum-Hansen & Diderichsen, 2013b)

I Københavns Kommune har de da også, som respons på den bydels-geografiske ulighed i sundhed, lavet en politik for at reducere denne ulighed og har igangsat fem byfornyelsesprojekter for de udsatte byområder i København. Et af dem er Nørrebro/Bispebjerg, som dette casestudie tager udgangspunkt i.

15 Middellevetiden for 0-årige angiver det gennemsnitlige antal år, som en nyfødt vil leve under den forudsætning, at de nuværende aldersbetingede dødshyppigheder holder sig konstante i fremtiden. Middellevetiden for 0-årige og det alderstrin, som halvdelen af de nyfødte vil opnå, er ikke det samme. Sidstnævnte er næsten tre år højere for både mænd og kvinder. Mere information: Se flere tal i Statistikbanken på www.dst.dk/stattabel/762 og på www.dst.dk/doedsfald.

Det boligsociale samarbejde PULS, som er allokeret i Fuglekvarteret, har foretaget to naboskabsundersøgelser¹⁶, som beskriver netværk og samarbejdsmuligheder i lokalområdet. Naboskabsundersøgelserne viser, at 62 % af borgerne bor alene, 23 % har en samlever, og 83 % har ingen hjemmeboende børn. 51 % har boet i området i over 10 år, og 78 % af de studerende har boet i boligområdet i under 1 år (PULS, 2012:9).

I dag er der fortsat fokus på denne sammenhæng, og der er som beskrevet både ministerielle og kommunale politikker for at reducere den voksende ulighed i sundhed, men oftest er der tale om en adskillelse mellem social- og sundhedspolitikken. I ”Politik for udsatte byområder” er der en vis, omend svag, sammenblanding af sociale og sundhedsmæssige forhold.

Københavns Kommune har identificeret seks udsatte byområder i Købehavn. De udsatte byområder er identificeret ud fra en række socioøkonomiske forhold, som for eksempel relativt mange små og utidssvarende boliger, mange beboere uden for arbejdsmarkedet og mange uden uddannelse.

Kommuner i Danmark kan ansøge Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter om støtte til gennemførelse af områdefornyelse i nedslidte byområder med sociale problemer. På ministeriets hjemmeside står: *”Støtten kan bruges til at forny gader og veje, torve og pladser og til at sætte sociale eller kulturelle aktiviteter i gang. Områdefornyelse kan gennemføres i problemramte byområder med henblik på at sætte en positiv udvikling i gang. En forudsætning for støtten er, at interessenterne i området inddrages i planlægning og gennemførelse af indsatsen. Ved at inddrage de private kompetencer og midler tidligt i processen kan der ske en ansvarliggørelse af de berørte borgere, virksomheder og organisationer, der sikrer en fortsat udvikling i området – også efter at de offentlige investeringer ophører”* (<http://www.mbbi.dk/by/byfornyelse/omraadefornyelse>).

København NV er et af disse områder, som har fået bevilget penge til et områdeløft. Derfor er der lavet en udviklingsplan (Bispebjerg/nordvest Udviklingsplan, 2012) som har indsatsområder indeholdende flg. temaer: 1) Folkeskoler og dagpasnings-

16 Naboskab er udviklet af boligforeningerne KAB og NRO – rådgivende sociologer i fællesskab og finansieret af Realdania, Landsbyggefonden, Velfærdsministeriet og Integrationsministeriet. Metoden er Videnskabeligt gennearbejdede spørgeskemaer til forskellige aldersgrupper omhandlende netværk i og uden for lokalområdet, de fysiske udeområder, ressourcer og tryghed. www.naboskabet.dk

tilbud, 2) Uddannelse, 3) Beskæftigelse, 4) Kultur og idrætsliv, 5) Sundhed, 6) Ren- og vedligeholdelse, 7) Tryghed, 8) Byliv, 9) Almene bebyggelser.

En del af denne udviklingsplan indbefatter området omkring Fuglekvarteret. Der er iværksat 15 forskellige projekter, og et af dem er pilotprojektet ”Lige adgang til sundhed”, som er udgangspunkt for dette casestudie.

Pilotprojektet ”Lige adgang til sundhed” er placeret under Lokaludvalg¹⁷ Bispebjerg, som er lokaliseret lokalt på biblioteket på Rentemestervej, ikke langt fra Fuglekvarteret. Et lokaludvalg består af politikere fra de forskellige politiske partier repræsenteret i Københavns Kommune, repræsentanter fra aktive borgere fra lokalområdet, samt et sekretariat bestående af kommunalt ansat personale, der varetager den daglige drift og er ansvarlige for projektudførelsen.

I mindre byer har lokaludvalgene typisk været placeret på kommunens rådhus, i København har man placeret lokaludvalgene lokalt i byområderne, som en slags fremskudt forvaltning. Lokaludvalgets formål er at skabe bedre koordinering og sikre mere lokalt fokuserede indsatser (Leonardsen, 2007), men skønt lokaludvalg Bispebjerg er ansvarlig for pilotprojekt ”Lige adgang til sundhed”, har de ikke en senere implementerende funktion af projektet, det skal derimod forankres i Forebyggelsescenter Nørrebro.

Lokaludvalget har dermed hovedsagelig fokus på metodeudvikling samt på gennem projektet at skaffe midler til lokalområdet. Hensigten er at pilotprojektet skal munde ud i en projektansøgning om fortsatte midler. Hvis Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SOF) i Københavns Kommune bevilger penge til et fortsat projekt, skal projektet forankres i Forebyggelsescenter Nørrebro – FCN. Dette er en udsædvanlig kontekst, for oftest vil et projekt fra start være placeret hos FCN, men i dette eksempel er projektet startet hos lokaludvalget i forbindelse med områdefornyelsen og dens særlige fokus på inddragelse af diverse interessenter. Det er netop denne kontekst, der vakte min interesse for at bruge denne case i afhandlingen.

17 Bispebjerg Lokaludvalg består af 23 medlemmer, der alle enten bor i bydelen eller er aktive i Bispebjerg. Det første lokaludvalg i Bispebjerg blev etableret i april 2007. www.kk.dk/lokaludvalg

I Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikters publikation ”Områdefornyelsen fortæller” beskrives selve områdetilgangen: ”Områdetilgangen vil sige at udgangspunktet for det konkrete projekt er stedsspecifikt, snarere end fagspecifikt og at problemløsningen er helhedsorienteret snarere end isoleret. Der ligger en fordel, forstår vi i fortællingerne, i at arbejde med udgangspunkt i et konkret fysisk byrum eller område: Byrummet er med sin materialitet manifest og svært at komme uden om, særligt når områdefornyelsen tager rollen som lokal driver og holder de mange aktører fast på at udvikle en fælles dagsorden. Dette faciliterende arbejde er tidskrævende, men de resultater man skaber gennem det fysisk bundne relations arbejde er afgørende for og gør at projekter der ellers ville være blevet glemt, bliver positivt udviklet” (E. Christensen, 2014).

Den tidligere ministerielle leder af områdeløftindsatsen under integrationsministeriet Asger Munk sammenfatter i publikationen ”10 år med kvarterløftsplaner” fordele og ulemper ved den integrerede indsats:

Tabel 2: Tabellen viser fordele og ulemper ved områdeindsatser

Fordele ved områdeindsatser	Ulemper ved områdeindsatser
Stærke ”community ties”. Udgangspunkt i lokale problemer og løsninger.	Risiko for isolation. For stærk ”bonding” [*] på horisontalt niveau.
Empowerment - Lokalområdet har en stemme. Styrket organisering. Tæt samarbejde mellem ansatte og borgere. Uddanne borgere til at arbejde i lokalområdet.	Projektet ”tilhører” lokalsamfundet.
Projekter har en holistisk tilgang – brede perspektiver på lokale problemer inddragende psykiske og sociale aspekter.	Kan lave projekter, der modarbejder kommunale eller nationale projekter
Områdeløftets sekretariat sikrer projektet momentum – skal sikre gennemførelse af projekter og skal være opmærksomme på borgerinvolvering. Lokaludvalget er ambassadører for lokalområdet. Skaber tillid og forståelse. Opbygger vertikal empowerment.	Områder vedbliver med at være problemområder – dårligt image og dårlig omtale. For at få penge til projekter skal problemer tydeliggøres. Lokaludvalget kan have loyalitetsproblemer mellem lokalområdet og arbejdsgiveren, som er kommunen.

^{*} Robert D Putnam, Amerikansk sociolog og professor arbejder med to former for social kapital: den afgrænsende sociale kapital (bonding social capital) og den brobyggende sociale kapital (bridging social capital). Afgrænsende social kapital bygger på stærke sociale bånd indadtil og betegner bånd mellem mennesker, der ligner hinanden i kraft af fx deres sociale status, stil-lingskategori eller etniske baggrund – altså homogene grupper. Disse homogene grupper vil grundet deres fælles identitet typisk afgrænse sig skarpt over for omverdenen.

Kilde: (Munk, 2007).

Evalueringen konkluderer afsluttende, at kun ved at arbejde lokalt er det muligt at gennemføre kvarterløftsplaner (Munk, 2007:31) og han pointerer endvidere, at det er vigtigt at sørge for en bred inddragelse af de lokale kræfter i kvarteret (Munk, 2010).

ORGANISATIONER OG STEDLIGE AKTØRER

Områdefornyelsens styregrupper er sammensat af beboere fra kvarteret, repræsentanter fra det lokale erhvervs- og foreningsliv, de lokale skoler, lokaludvalget, Beboerprojekt Puls, Områdefornyelses kommunale koordinationsgruppe og fra sekretariatet.



Figur 5: *Aktøroversigt*

I forhold til projekt ”Lige adgang til sundhed” inddrages flere aktører, og en aktøroversigt ser således ud:

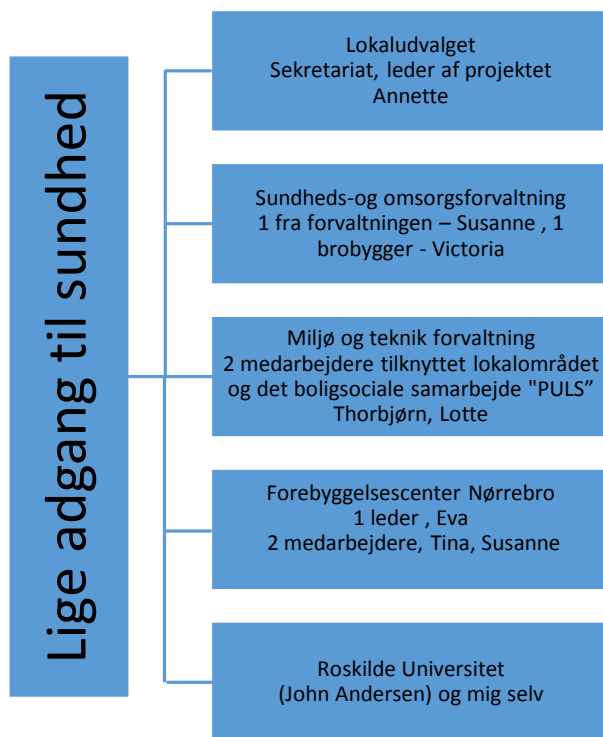
I selve planlægningsprocessen i projekt "Lige adgang til sundhed", som jo er et delprojekt af områdefornyelsen, er følgende interessenter/aktører involveret:

I lokaludvalget er lederen af projektet "Annette", hun er ansat i lokaludvalgets sekretariat, som har et særligt fokus på at skaffe økonomiske midler og igangsætte projekter i lokalområdet. Derfor har Annette fokus på den politiske kontekst og diskurs i Københavns Kommune. Det boligsociale område i Fuglekvarteret har lavet en fælles sammenslutning, PULS, der består af Boligforeningen AAB, Samvirkende Boligselskaber SAB og Boligforeningen 3B. PULS har til huse i en lejlighed i lokalområdet, hvor de arbejder tæt sammen med lokale medarbejdere fra Miljø og Teknikforvaltningen; herfra er "Lotte" og "Thorbjørn" repræsenteret i projekt "Lige adgang til sundhed".

Københavns Kommune har under sundheds- og omsorgsforvaltningen en "brobyggerfunktion"¹⁸, som skal koordinere indsatser mellem kommunen og civilsamfundet, herfra er "Victoria" repræsenteret.

Centralt fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er "Helle". Hun er en vigtig repræsentant på grund af sin mulighed for at koordinere den lokale indsats i forhold til den kommunale forvaltningsmæssige kontekst. Fra Forebyggelsescenter Nørrebro er der tre Repræsentanter – lederen "Eva" og to medarbejdere "Tina" og "Susanne". Fra Roskilde Universitet er vi to personer, Professor John Andersen, som er studieleder på uddannelsen "Plan, By og Proces" er aktiveret i forskellige samarbejder i kommunen og i lokalområdet, og han er min adgang til dette casestudie. Det har stor betydning for det videre samarbejde, at der allerede er etableret en tillidsfuld kontakt mellem lokaludvalget og Roskilde Universitet, og på grund af dette igangværende samarbejde deltager John Andersen i de første planlægningsmøder i projekt "Lige adgang til sundhed". Min egen forskerrolle bliver uddybet i aktionsforsknings- og phronesis-kapitlerne. Her vil jeg for overskuelighedens skyld vise en oversigt over aktørerne i projektet.

18 Brobyggere: I København er der fem lokale brobyggere fordelt i fem forskellige bydele. Brobyggerne er ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 2012. Med Reformprogrammet og budgetaftalen for 2012 er reduktion af ensomhed blandt ældre rykket højt op på den politiske dagsorden. Reformprogrammet "Stærkere fællesskaber – der er brug for alle" har fokus på at åbne forvaltningens døre for civilsamfundet for derved at skabe bedre rammer for udfoldelse af aktivt medborgerskab og forebygge ensomhed blandt ældre. Brobyggerne har tre hovedformål: *Åbne døre for civilsamfundet og opgør med ensomheden. Facilitere konkrete samarbejdsaktiviteter. Fælles læring med udgangspunkt i borgernes behov.*



Figur 6: Oversigt over aktører i planlægningsprocessen til projekt "Lige adgang til sundhed".

Planlægningsprocessen er foregået over et tidsforløb på cirka et år, med størst aktivitet i det første halve år, hvorefter der skulle foreligge en færdig projektsøgning til et videre projekt med henblik på forankring i FCN. Der er tale om en omfattende empirimængde, som jeg har redegjort for i afhandlingens sidste kapitel "liste over empiri", og som jeg løbende henviser til. Jeg har nedenstående lavet en simplere tidslinje, hvis detaljer bliver uddybet i de nedenstående afsnit:

Tabel 3: Tidslinje over væsentligste aktiviteter. Se endvidere uforkortet tidsliste i kapitel 9.

Dato	Væsentligste aktiviteter
13.12.12	Fokusgruppeinterview på Sundhedsdag for etniske kvinder; Kulturhuset, Bispebjerg Bakke. Arrangeret af Lokaludvalg Bispebjerg
7.2.2013	Første planlægningsmøde på Lokaludvalgets kontor på Biblioteket, Rentemestervej. NV.
13.3.2013	Workshop – for kommunale medarbejdere på Bispebjerg hospital omhandlende "Længere og bedre liv i Bispebjerg og Nørrebro". Arrangeret af Sundheds- og omsorgsforvaltningen i Københavns kommune.

8.4.2013	Interview med Annette (projektlederen) grundet "tension point".
16.4.2013	Snak med "Arly" – formidler kontakt til "Kathy"
22.4.2013	Borgerinterview med "Kathy" i hendes lejlighed på Nørrebro, lille lejlighed på tredje sal over et værtshus. Formidler kontakt til hendes "hunds far", Verner, der er hjemløs.
23.4.2013. Vi mødes kl. 10.00	Borgerinterview med "Arly" og besøg på værtshuse i lokalområdet
April 2013	Videns indsamling i lokalområdet – med hjælp fra studenterhjælp Frederik, der besøger viceværter og laver yderligere borgerinterviews og gadeobservationer.
16.5.2013 varighed: 3 timer	Afholdelse af workshop med Lokaludvalg Bispebjerg/planlægningsgruppen Foregår i, Kulturhuset Nordvest.
21.5.2013 Varighed: 3 timer	Afholdelse af fremtidsværksted for sundhedsprofessionelle ledere, på biblioteket, Rentemestervej.
28.5.2013. Varighed: 3 timer.	Afholdelse af workshop for sundhedsprofessionelle medarbejdere, på biblioteket, Rentemestervej.
20.6.2013	Borgerinterview med "Verner", (hundens far) ved "Hus Forbi" 20.6.2013. (Kontakt er formidlet via Kathy).
1.7.2013	Afleveringsdato for projektansøgning.
28.8.13 + 17.9.13 + 9.10.13	Deltagelse i tre seminardage om samarbejde mellem kommune og civilsamfund
Midt august 2013	Besked fra forvaltningen ang. "lige adgang til sundhed". Projektformål er blevet væsentligt omformuleret af forvaltningen.
Aug 2013->	Hvornår slutter empiriindsamlingen? Dette er en overvejelse i forbindelse med et aktionsforskningsforløb. På en måde kunne empiriindsamlingen være overstået efter projektansøgningen blev afleveret. Men det videre forløb har vist, hvordan principper og metoder er blevet anvendt i praksis og dermed, hvilken effekt og forandring planlægningsprocessen har bidraget til. Jeg har bevaret kontakten og haft flere opfølgende møder, hvilket beskrives i analysen og kan ses af Liste over empiri.

Processen er opdelt i tre sideløbende faser:

1. Empiriindsamling i lokalområdet
2. Planlægningsprocessen
3. Afholdelse af workshops

Som det kan ses af ovenstående aktørdiagram over projekt ”lige adgang til sundhed”, er borgerne ikke fra start inkluderet i samarbejdet i projektet. Og som jeg senere vil forklare, formår lokaludvalget ikke at fokusere på denne kontakt, hvorfor jeg, med baggrund i mit aktionsforsknings- og bottom-up-perspektiv, starter en empiriindsamling i lokalområdet. Den indsamlede viden deler jeg med deltagerne i planlægningsprocessen og ved afholdelse af workshops. Inden denne empiriindsamling uddybes i afsnittet ”etnografiske stemmer”, vil jeg for overskuelighedens skyld først redegøre for afhandlingens metodeanvendelse og min forskningstilgang.

Forskerrolle og metodetriangulering

På baggrund af min aktionsforskningstilgang er jeg aktivt deltagende på planlægningsmøderne. Dette indebærer, at jeg fortæller om min viden og stiller kritiske spørgsmål undervejs i forløbet. Mine spørgsmål har medført en del diskussioner og har afsløret en del ”tension points”. Det har haft betydning, at vores samarbejde fra start er indgået på frivillig basis, forstået på den måde, at lokaludvalget ikke *skal* samarbejde med mig, de kan til enhver tid afslutte samarbejdet, og der er ikke en overordnet implementeringsstrategi, der styrer samarbejdet. Lokaludvalget har valgt at samarbejde med mig, da de ønsker en alternativ sundhedstilgang og efterspørger metodeudvikling. Jeg er i den situation, at min ph.d. er 100 % finansieret af Roskilde Universitet. Der er dermed ingen økonomiske implikationer mellem os.

Vi aftaler, at jeg deltager aktivt i planlægningsmøderne, men jeg udfører ikke direkte kommunalt arbejde, dvs. jeg skriver for eksempel ikke projektansøgningen, men diskuterer gerne indholdet.

Jeg har fra start fortalt om mit forskningsperspektiv og min multilevel-empowerment-tilgang, der indbefatter deltagerne i planlægningsgruppen.

På et møde i Forebyggelsescenter Nørrebro, som afholdes *efter* projektforløbet, udtaler en af deltagerne fra planlægningsgruppen, at jeg har fungeret som en ”kritisk

ven”. Dette beskriver meget vel den aktionsforskerrolle, jeg gerne ville indtage. Det er vigtigt at pointere, at en aktionsforskers rolle ikke er at løse problemerne i den aktuelle kontekst, men at understøtte deltageren i at definere og analysere de aktuelle problemstillinger. Gennem mit empowerment-perspektiv har jeg et sigte på at facilitere empowerment-processer, der skaber muligheder for handling og forandring.

På et af de første planlægningsmøder aftalte vi et projektdesign, der, ud over planlægningsmøderne, indbefatter i alt fem workshops.

Workshops afholdes med:

- Planlægningsgruppen
- Sundhedsprofessionelle ledere
- Sundhedsprofessionelle medarbejdere fra lokalområdet
- Frivillige og borgere
- En afsluttende fælles workshop

Vi aftaler, at lokaludvalget inviterer deltagerne, og jeg afholder workshops.

Denne plan bliver senere ændret og ender med, at vi kun afholder de tre første workshops, da lokaludvalget ikke formår at invitere deltagere til de to sidste. På trods af lokaludvalgets forankring i lokalområdet har de ikke tilstrækkelig kontakt til borgere og frivillige til at kunne invitere til workshop. Dette vender jeg tilbage til. Vi aftaler endvidere, at både ”Annette” og jeg deltager i alle workshops, og efter hver workshop har vi i samarbejde sammenfattet resultaterne.

Som beskrevet i det indledende kapitel i afhandlingen fordrer et casestudie anvendelse af metodetriangulering. Nedenstående er en oversigt over min metodeanvendelse i ”Lige adgang til sundhed”, som beskrives og uddybes senere i afhandlingen:

- Aktiv deltagelse i planlægningsprocessen – PAR.
- Kombination af top-down- og bottom-up-planlægningsstrategier.
- ABCD – Assed Based Community Development (ressource orienteret planlægningsstilgang).
- Empowerment-tilgang.
- Workshops med inspiration af metoderne fremtidsværksted og empowerment-evaluering.

- Observation, fokusgruppeinterviews og interviews med borgere i lokalområdet samt i forskellige frivillige organisationer i lokalområdet.
- Deltagelse i forskellige kommunale workshops og møder.
- Fokus på netværk og kapacitetsopbygning som alternativ til KRAM.
- ”story-telling”/praksisfortællinger .
- Dokumentanalyser.

Workshops

Den første workshop jeg afholdte var med planlægningsgruppen, med deltagelse af Thorbjørn en front medarbejder fra Områdefornyelsen ansat under Miljø og Teknik forvaltningen, Lederen – Eva og Susanne fra Forebyggelsescenteret, Annette, lederen af projektet og ansat i Lokaludvalg Bispebjerg, samt Victoria fra ”Brobyggerne”¹⁹, som har fokus på at forbedre forholdet mellem kommunen og civilsamfundet.

Den første diskussion i workshoppene omhandlede forskellig metodeanvendelse. For at tale hul på processen i workshoppene fortæller jeg om en viden jeg har fra tidligere samarbejde med sundhedschefer i region Sjælland, som sagde at kommunerne mangler metoder til at fremme borgerdeltagelse (Liste over empiri: dato sept. 2010). Dette medførte en diskussion. Sundhedspersonalet var enige i dette perspektiv, de har mangel på borgerinddragende metoder som de ikke har erfaring med. Sundhedspersonalet beskrev et dilemma. På den ene side har de som sundhedsinstitution stor succes med deres sundhedstilbud målrettet KRAM, på den anden side er der en voksende ulighed i sundhed, og de mest udsatte borgere anvender ikke sundhedstilbuddene.

Personalet fra Teknik og Miljøforvaltningen var ret uenig i mit udsagn, idet de arbejder målrettet med borgerdeltagelse hver eneste dag (fx ved etablering af pladser og by-haver). Derimod beskrev de et andet dilemma. På den ene side har de masser af metoder og kendskab til borgerdeltagelse. På den anden side blev deres deltagende og tværgående arbejde opfattet som ”forstyrrende”, og ikke som

19 Brobyggere: I København er der fem lokale brobyggere fordelt i fem forskellige bydele. Brobyggerne er ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i 2012. Med Reformprogrammet og budgetaftalen for 2012 er reduktion af ensomhed blandt ældre rykket højt op på den politiske dagsorden. Reformprogrammet ”Stærkere fællesskaber – der er brug for alle” har fokus på at åbne forvaltningens døre for civilsamfundet for derved at skabe bedre rammer for udfoldelse af aktivt medborgerskab og forebygge ensomhed blandt ældre. Brobyggerne har tre hovedformål: *Åbne døre for civilsamfundet og opgør med ensomheden. Facilitere konkrete samarbejdsaktiviteter. Fælles læring med udgangspunkt i borgernes behov.* NB: Præcis samme fodnote som på side 46.

en del af ”kerneopgaven” i Miljø og teknik forvaltningen, på trods af at det er en del af områdefornyelsen.

På workshoppene omdannes dette til dels en snak om at forene de forskellige tilgange, men også til at hjælpe hinanden til at argumentere for det daglige lokale arbejde i forhold til forvaltningen.

Senere i planlægningsprocessen er det tydeligt, at det fælles mål med at forbedre sundheden i lokalområdet har ændret samarbejdet mellem deltagerne og deres arbejdspladser. De inviterer, men korrigerer også hinanden i deres tilgang og metodeanvendelse i det daglige arbejde. Dette vil jeg beskrive som reflektivt og som en immanent kritik, dvs. en kritik af eget arbejde og kommunens/arbejdspladsens arbejde. Sundhedscenteret fokuserede på at udvikle sundhedskurser ”ud af huset” og i samarbejde med forskellige NGO’er. Personalet fra Miljø- og teknikforvaltningen så nu ”sundhed alle vegne” og anså sundhedsfremmetilgangen for et godt argument for at lave borgerdeltagende arbejde.

Gennem workshopafholdelsen bliver det tydeligt, at det er nyt for de involverede at arbejde med sundhed i et kollektivt og socialt perspektiv, og der er grundlæggende en manglende viden om, hvordan sundhed i lokalområdet kan forstås og håndteres.

Et andet diskussionspunkt omhandler det tværgående samarbejde, hovedsageligt vertikalt, i forhold til forvaltningen. Det viser sig, at der er forskellige forhold til de respektive forvaltninger. Miljø- og teknikforvaltningens frontmedarbejdere oplever større problemer med deres flerstrengede og tværgående samarbejde, end sundhedspersonalet gør med deres enkeltstrengede sundhedstiltag. En deltager udtaler: *”Det kortslutter, når de sidder centralt og laver udviklingsplaner”, ”Jeg får at vide af de andre forvaltninger, at det er møgirriterende, at vi går og blander os i deres arbejde, når jeg arbejder på tværs. Men i den virkelighed, hvor jeg arbejder, står de med åbne arme og er lykkelige for, at vi gider høre, hvad de laver, og de vil gerne høre, hvad vi laver”.*

”Det er et problem, at politik og planlægning bliver centralt styret ... og så ruller man... (afbrydes)” ”Problemet er, at det bliver projekteret ned mod os, og så bliver der modstand mod os fra systemet, og derfor vil de egentlig også gerne afskaffe os, fordi de synes, det er os, der laver balladen” (optaget på lydband/se liste over empiri: dato 5.3.2013).

Der bliver i workshopen enighed om, at frontpersonalet vil arbejde tættere sammen og skal blive bedre til at støtte hinanden i arbejdet. Endvidere bliver vi bevidste om, i projektansøgningen, at pointere det vigtige i et multilevel- og tværsektorielt samarbejde.

Den anden workshop afholdtes med de sundhedsprofessionelle ledere.

Deltagere: "Annelise", ledende sundhedsplejerske, "Tina", organisationskonsulent i hjemmeplejen, "Marianne", leder af voksenenheden under Socialforvaltningen, "Cecilie", centerleder, den sociale hjemmepleje, "Eva", leder af forebyggelsescenteret FCN, Annette (Lokaludvalget).

Fremtidsværkstedet med lederne, og også det med medarbejderne, startede med, at folk hilste på hinanden. Det er altså ikke sådan, at man kender hinanden, selvom man arbejder i samme lokalområde.

Fremkomne pointer:

- Der er brug for netværk/vidensdeling.
- Godt, at projektet tager udgangspunkt i eksisterende viden/tiltag.
- Der mangler viden om sundhedsbegrebet (vi taler ikke samme sprog).
- Lederen af voksenenheden (meget psykisk udsatte) er ikke umiddelbart interesseret i al mulig sundhed. Her er succeskriteriet, om det overhovedet er muligt at komme ind i lejligheden.

Løsningsforslag:

- Officielle netværksmøder, hvor de forskellige professionelle samarbejder og kordinerer indsatser.
- Netværksopbygning på tværs af forvaltninger og fagligheder.
- Netværksmøder med boligsocialt område.
- Læring om sundhedsbegrebet og metoder.
- Et neutralt mødested i lokalområdet.

Denne workshop havde en god og konstruktiv debat mellem deltagerne, der gerne ville arbejde mere sammen omkring de komplekse problemstillinger, de møder hos borgerne i lokalområdet.

Med hensyn til selve workshopafholdelsen syntes Annette (lokaludvalget), at der opstod en udfordring mellem projektlederrollen og forskningsprojektet. Annette syntes, at min rolle som forsker blev for stor i forhold til, at mødet i hendes perspektiv handlede om at give ejerskab til lederne. Annette ønskede metodisk, at diskussionen foregik ud fra en diskussion om positive antagelser, fx ”vi antager, at der er en viden, som går tabt, fordi vi ikke taler sammen”, eller at ”vi antager, at der er ressourcer i lokalområdet”, i stedet for et udgangspunkt gennem kritik. Dette tension point vender jeg tilbage til.

Efter hver workshop har Annette og jeg sammen gennemgået pointer og løsningsforslag, og vi konkluderede, at der kom nogle meget relevante konklusioner fra workshoppen, og at disse stemte overens med pointer fra den anden workshop.

Tredje workshop blev afholdt med sundhedsprofessionelle frontmedarbejdere fra lokalområdet:

Da medarbejderne ikke kendte hinanden, blev de bedt om at lave en kort præsentation.

Deltagere:

”Tina”, Forebyggelsescenter Nørrebro. Arbejder med borgerrettede forebyggelsesindsatser baseret på KRAM-faktorer.

”Helle”, Forebyggelsescenter Nørrebro. ”Vi har fokus på at være derude, hvor de sårbare er og opholder sig.”

”Michael”, Den sociale hjemmepleje. Har at gøre med folk med misbrug, sindslidelser etc. Rigtig mange enlige +45-årige mænd.

”Lise”, støttekontaktperson. ”Vi har samarbejde med de samme som den sociale hjemmepleje. Bispebjerg Hospital har vi et godt samarbejde med. Det handler om tillid og at få etableret kontakt til det resterende samfund.”

”Mette”, Hjemmeplejen. ”Jeg får deres dagligdag til at fungere. Der er enormt mange alkoholikere i Fuglekvarteret (67 år og op). Derudover er der mange demente.”

”Birthe”, Hjemmeplejen. ”Er styret af ”besøgsblokke”, som borgerene tildeles, hvorefter man kan få en ekstra tidsblok, hvis man føler, det er nødvendigt. Vi arbejder aktivt med at ændre borgerne fra passive til aktive borgere.”

Problemer (de største):

- Manglende koordinering.
- Jo mere centralt man sidder, jo mindre lytter man til praktikerne. De, der udvikler projekterne, lytter sjældent til praktikerne.
- Komplekse problemstillinger. Den helhedsorienterede tilgang går tabt, da vi arbejder i kasser. Rummeligheden går tabt.

Visioner:

- Borgerhus: Der mangler et sted, hvor man kan få hjælp til de små ting. For eks. afmelde reklamer, aflæse elmåler. Borgerservice er god, men det er svært at komme derned (pga. psykisk sårbarhed).
- Fremskudt hus ønskes, for eksempel som Cafe Nora i Mjølnerparken. De kender til de aktører, der kan hjælpe borgerne, og er en indgang for en stor befolkningsgruppe.
- Fysiske rammer. Cafe for borgere og arbejdere. Det skaber lidt mere lighed mellem borger og system. Foredrag etc. Debat etc. Cafe Nora. Rammerne skal være indbydende og ikke for institutionsagtige. (Her er en udfordring, da institutionsmål typisk er en hindring). Der kan opstå et møde mellem de forskellige borgergrupper, der gør, at netværk kan blomstre.

Tilliden og kontinuiteten:

- Det tager knap to år, før man har fået tillid til en aktivitet fra borgerne. Man skal affinde sig med, at der i starten kun kommer fem-seks borgere. Lige pludselig kommer der hul igennem, men når der hele tiden sker ændringer i struktur og økonomi, er det enormt svært at arbejde med længerevarende indsatser.

Empowerment:

- Udgående sundhedsplejerske Vesterbro har vist sig at være meget succesfuldt. Eksempelvis har de formået at etablere et korps af narkomaner, der

kan tage sig af ligesindede, hvis de får en overdosis, eller blot informere om stofindtagelse.

- Korpset af narkomaner er generelt gode og er glade for at gøre noget for andre, hvilket er et stort potentiale, da vi herigennem kan få aktiveret nogle borgere til at tage en tørn og opleve, at de udfylder en plads i samfundet.
- Der mangler en vejviser for mennesker (sundhedsformidler). Selvom mødet handler om D-vitamin, handler det jo om meget andet, og de har en bred viden om borgeren, der er til gavn for de andre forvaltninger.

Koordinering og netværk:

- Kendskab til hinanden. Orientering om eksisterende tilbud.
- Den motiverede borger skal der tages hånd om, her kunne det neutrale hus være med til, at man mødes med andre, der har samme problem.
- Samarbejdsfredage, hvor vi mødes i kommunen og lærer hinandens kompetencer og organisationer bedre at kende.
- Et problem, at vi (hjemmeplejen) ikke længere må kontakte sygeplejersken.
- Bedre deling af erfaringer med hinanden.

De vigtigste punkter prioriteres i fælleskab til at være:

- Koordinering.
- Cafe og borgerhus.

Konkluderende fastslår deltagerne, at projektet skal have fokus på at få os til at arbejde på tværs. Deltagerne vil gerne oprette officielle netværksmøder, hvor de kan diskutere fælles komplekse problemstillinger. Der er enighed om, at der mangler læring om og håndtering af det kollektive og sociale sundhedsbegreb.

Tilføjelse til metodeanvendelse i forbindelse med fremtidsværkstedet:

Ved afslutning af hvert fremtidsværksted er den sidste fase realiseringsfasen, hvor de konkrete løsningsforslag diskuteres og prioriteres af deltagerne. Her har jeg inddraget Empowerment-evalueringen og spurgt, hvordan det er muligt at måle succesen af arbejdet. I denne del har måleparametre som ”selvvurderet helbred”, netværk og ikke mindst ”institutionel tillid” været faktorer, der kunne måles på. Generelt vil deltagerne gerne måle, hvad der virkelig sker i det daglige arbejde, og vil gerne arbejde mere med alternative måleparametre, så man bedre kan argumentere for sit arbejde.

Efter hver workshop har Anne og jeg diskuteret de fremkomne fund og har viderebragt dette til arbejdet i planlægningsgruppen og i lokaludvalget.

Ovenstående workshopforløb er som beskrevet foregået sideløbende med empiriindsamling i lokalområdet og selve planlægningsprocessen.

Opsummerende for det ovenstående forløb vil jeg fremhæve, at det er i selve planlægningsprocessen, at de største "tension points" er fremkommet. Dette skyldes måske, at det er i denne sammenhæng, at deltagerne har kendt hinanden bedst, og der er også her, der er størst forskel på deltagerenes perspektiver og arbejdsmetoder. Det kan ikke fremhæves nok, at vidensindsamlingen fra de lokale borgere har haft afgørende indflydelse på forløbet, så det er hovedsagelig for at give et overblik over casens kontekst og tidsforløbet, at afsnittet om de etnografiske stemmer er placeret sidst i dette kapitel, så inden de etnografiske stemmer beskrives, vil jeg redegøre for de vigtigste tension points.

TENSION POINTS

Der har gennem planlægningsforløbet været et rigtig godt og tillidsfuldt samarbejde, hvilket har betydet, at vi gensidigt har eksponeret vores usikkerheder, forud indtagelser og også uenigheder. Dette har været et vigtigt grundlag for projektforsøgets succes. Jeg vil her eksponere nogle "tension points", der beskriver de diskussioner, der er fremkommet gennem vores samarbejde.

Det første "tension point", der opstår i planlægningsprocessen, vedrører tilgængelighed, selve navnet på projektet og opfattelsen af "lige adgang til sundhed". Problemstillingen omkring *lige adgang* til sundhed ses, i denne kontekst, af Københavns Kommune som fremkommet af, at Forebyggelsescenteret flytter ud af Fuglekvarteret til nye lokaler, 2 km væk fra kvarteret. Der er derfor en bekymring for, hvordan det fremover bliver muligt at få borgere fra kvarteret til at deltage i centerets sundhedstilbud.

Ved de indledende planlægningsmøder fremstiller jeg min viden fra lokalområdet og stiller spørgsmål til forståelsen af *lige adgang* og tilgangen generelt til ulighed til sundhed. Dette giver mange frugtbare diskussioner, både om de strukturelle betingelser og egen tilgang til borgerne. Jeg fremlægger mit kollektive og sociale sundhedsperspektiv, og dette er der stor forståelse for og enighed i. Der er dog

usikkerhed omkring *håndtering* af et socialt og bredt sundhedsbegreb: - hvad er "det nye" – og endvidere fremkommer udtalelser som: "*Jamen vi ved jo, hvad problemet er*", der henviser til de epidemiologiske data, der klart viser, at borgerne i NV drikker og ryger for meget (se endvidere epidemiologiske data Bilag 3).

Vi diskuterer fra start, og over flere planlægningsmøder, om *lige adgang* i pilot-projekt "lige adgang til sundhed" vedrører et transportproblem, eller at sundhedskurserne og andre sundhedstilbud simpelthen ikke appellerer til de mest udsatte borgere. Tilgængelighedsproblematikken vendes via diskussionerne fra at omhandle "rekruttering af borgere" til forebyggelsescenteret til, at systemet skal åbne sig op mod borgernes behov. Lederen af FCN udtaler: "*Lad os benytte os af de nye fagligheder, spændende at tale om trivsel, det er lige i kernen af, hvad vi tænker. Sundhed er rigtig mange ting. Vi arbejder med det hver dag, men vi er dårlige til borgerinddragelse. De har mange ressourcer, og jeg er frisk på at prøve den anden vej rundt, og så kan vi spejle os op ad det*".

Der er altså en villighed til at arbejde på nye måder, og der er forståeligt også en del barrierer for at arbejde ud fra nye metoder og perspektiver.

Her vil jeg fremhæve to barrierer 1) I forhold til min tidligere beskrevne inspiration fra Schultze og hans multilevel-perspektiv kan problemstillingerne lidt forenklet beskrives ved, at effekterne viser sig på mikro-nivauet (lokalt hos borgerne), behandles på meso-nivauet (af FCN og lokaludvalget), men er hovedsageligt forårsaget på makro-nivauet (det politiske og strukturelle niveau). Det er dog samtidig på dette praksisorienterede meso-niveau, at de forskellige perspektiver mødes og kan udfordres. Denne problemstilling beskrives yderligere i community health-kapitlet.

Hele diskussionen om lige adgang til sundhed drejer projektet, og også denne afhandling, i en retning mod en tilgængelighedsproblematik, og dette fører videre til den anden barriere, 2) der omhandler at forebyggelsescenteret traditionelt arbejder ud fra en epidemiologisk og enstrengt sundhedsindsats baseret på en enkel årsags-virkningssammenhæng, altså for eksempel at rygning forårsager sygdom og derfor skal bekæmpes. Den danske sundhedsstyrelse har i forbindelse med en udvidelse af KRAM – konceptet tilføjet et S (KRAMS), for at sætte fokus på begreber stres. Senere er dette blevet fortolket ind i en mental sundhedslogik. Dette har medført, at der fra sundhedsstyrelsen er fremkommer et fokus på fler-

strengede indsatser, hvor der ønskes tværsektorielt samarbejde (Brønnum-Hansen & Diderichsen, 2013a; Diderichsen, 2011b; Sundhedsstyrelsen, 2012).

Kommunen laver dog allerede flere tiltag for at arbejde på tværs. Som beskrevet tidligere er der fokus på at oprette partnerskaber, dvs. samarbejde med frivillige organisationer, private virksomheder og også forskningsinstitutioner. Disse tiltag foregår hovedsageligt på organisations- eller institutionsniveau, og desværre ofte ud fra et top-down-perspektiv. Kommunen har en retorik om netværks- og kapacitetsopbygning, men som jeg vil vise gennem dette casestudie, sker det ikke i tilstrækkelig grad i institutionerne, på medarbejderniveau eller på street level-borgerniveau.

Pointen her er, at der eksisterer en sammenhæng mellem kapacitetsopbygning/empowerment og tilgængelighed i sundhed. Manglende empowerment kan føre til manglende anvendelse eller tilgængelighed til sundhedssystemet (som fungerer ud fra egne præmisser). Dette sker, da manglende empowerment nedsætter evnen til at træffe valg og se muligheder og nedsætter evnen til egenomsorg. På institutionsniveau nedsættes evnen til forandring og til at arbejde ud fra en faglig og ikke administrativ målsætning. Dette bliver begrundet yderligere gennem afhandlingen, dels i phronesis-kapitlet og dels det afsluttende og analyserende kapitel.

I planlægningsprocessen på et af de første planlægningsmøder fremkom der et diskussionsemne omhandlede projektdesignet og rækkefølgen af workshopafholdelsen, altså om vi skulle indtage et top-down-perspektiv og invitere lederne først eller invitere borgere først. Jeg var fra start interesseret i en bottom-up-tilgang, da jeg mener, at borgernes problemopfattelser er af betydning for hele planlægningsprocessen. Modsat dette blev der argumenteret for, at det er afgørende at få opbakning fra de forskellige ledere. Problematikken blev ekstensiveret af min beskrivelse af aktions-

forskningsmetoden "Fremtidsværksted"²⁰, som jeg gerne ville anvende. Metoden tager udgangspunkt i en kritik af de eksisterende forhold, men er derefter baseret på at finde løsninger via en utopi og en realiseringsfase. Det kritiske udgangspunkt vækker bekymring. Annette er specielt bekymret i forbindelse med at afholde workshop for lederne, da de skal være positivt indstillet over for projektet og skal "*masseres på skuldrene*" (Liste over empiri: dato 8.4.13). Hun ønsker i stedet, som tidligere beskrevet, at vi tager udgangspunkt i positive antagelser. Jeg argumenter for, at det kritiske udgangspunkt danner baggrund for at beskrive de problemfelter, som ønskes forandret. Debatten munder ud i, at vi aftaler, at den første workshop er en "dummy workshop", som jeg afholder med selve planlægningsgruppen, så gruppen selv kan afprøve forløbet. Derefter bliver konklusionen, at vi anvender fremtidsværkstedsmetoden, men først afholder en workshop med lederne.

Et yderligere "tension point" i processen fremkommer mellem det lokale niveau og det centrale forvaltningsmæssige niveau internt i kommunen. På et af planlægningsmøderne diskuterede vi barrierer i det organisatoriske opdrag, i dette tilfælde forvaltningernes måde at forstå verden på, i forhold til områdefornyelsens niveau. Deltagerne beskriver et problem omkring aflønning af mellemledere i forvaltningen, idet de får bonus efter, hvor mange sager de har igennem deres egne udvalg. På grund af dette aflønningssystem er mellemlederne ikke interesserede i, hvad der foregår i andre udvalg, og dermed heller ikke med koordineringen i kommunen. "*Tværtimod vil de hellere trække sagerne over til sig selv – det er grotekst i min verden, at de nyeste chefer kan sidde og bestemme og blive en barriere for, hvad vi kan komme igennem med – og faktisk forhindre samarbejde på tværs*"... *Chefer, der bliver belønnet for egne sager, har ikke noget incitament til tværgående arbejde. I virkeligheden er de glade for, at sagerne bliver afvist, så de kan gå igennem en gang mere*" (udtalelse i planlægningsgruppen).

20 Metode: Fremtidsværkstedet består af tre faser: Indledningsvis beskriver deltagerne problemet, de negative eller problemfyldte elementer, i en *kritikfase*. Derpå følger en *utopifase*, hvor fantasier og ønsker om fremtidige forhold bringes frem. Endelig laves der i en *virkeliggørelsesfase* planer for at realisere ønskerne diskuteres og planlægges. Fremtidsværkstedet er udviklet af den østrigske fremtidsforsker Robert Jungk (Jungk & Müllert, 1984). Jeg har suppleret den sidste fase "virkeliggørelsesfasen" med elementer fra metoden "Empowerment Evaluering" hvor formuleringen af mål og kriterier for evalueringen tager udgangspunkt i medarbejdernes og borgernes egne visioner, mål og problemopfattelser (Fetterman, 2005), hvormed at der fremkommer en sammenhæng mellem det arbejder der udføres og det der måles på. Dette indebærer endvidere en mulighed for at formulere alternative sundhedsmålinger for eksempel institutionel tillid (Amdam, 2007, 2010).

Den manglende koordinering i forvaltningen beskrives og erfares gennem planlægningsprocessen som et problem, der forplanter sig videre i systemet, dels gennem 1) vigtigheden af et politisk lobbyarbejde, der ligger forud for en projektansøgning, og dels 2) gennem manglende koordinering af arbejdet i lokalområdet.

Ad 1: Selvom jeg kendte til vigtigheden af at det politiske arbejde, var det først efter flere planlægningsmøder og diskussioner, at jeg virkelig forstod den afgørende faktor, det politiske lobbyarbejde er for ethvert projekt.

Ad 2: Den workshop, jeg afholdte med planlægningsgruppen, viste et "tension point" mellem de forskellige forvaltningers tilgange, metodeanvendelser i forhold til borgerinddragelse, og også deres kendskab til hinandens metoder. Dette tension point uddybes senere i afhandlingen. Dog vil jeg her sige, at det samme princip gjorde sig gældende for workshoppen med lederne og med medarbejderne, der ikke havde kendskab til hinandens tilbud og arbejdsmetoder. Endvidere beskrev de alle et behov for samarbejde på grund af de komplekse problemstillinger, de møder hos borgerne.

Sammenfattende kan det siges, at Københavns Kommune råder over en meget stor viden, som ikke bliver anvendt på tværs af organisationen.

ETNOGRAFISKE STEMME

Nedenstående gennemgang og beskrivelse af etnografiske stemmer er foretaget med udgangspunkt i et fokusgruppeinterview med en gruppe etniske kvinder og tre interviews med borgere i lokalområdet. Det er tale om en grundig gennemgang for at få fortalt en detaljeret historie og beskrivelse af lokalområdet. Endvidere har jeg adgang til i alt 29 interviews foretaget i lokalområdet og to naboskabsundersøgelser foretaget af det boligsociale samarbejde PULS.

Mit første møde med lokalområdet er deltagelse på en "Sundhedsdag" med etniske minoritetskvinder, som blev afholdt i kulturhuset på Bispebjerg Bakke.

Her bliver jeg uforberedt bedt om at hjælpe til med at snakke med kvinderne om deres sundhed. Jeg indvilliger og laver et fokusgruppeinterview med seks kvinder. Kvinderne taler i starten om, at de gerne vil have nye måtter til deres gymnastik-

træning, men da jeg efter et stykke tid får forklaret dem, at jeg ser sundhed som meget mere end gymnastik, begynder de at tale om mere dagligdags ting. De har mange ønsker. Jeg fortæller kvinderne, at det eneste, jeg kan gøre, er at videregive ønskerne til kommunen, hvilket jeg selvfølgelig vil gøre, men ikke kan garantere for det videre forløb. Jeg fortæller kvinderne på billedet, at jeg egentlig synes, de er ret beskedne med hensyn til ønsker for at leve et sundt liv, og at jeg også gerne vil høre deres mening om tiltag de mener vil kunne hjælpe dem eller andre kvinder i området. Herefter bliver de meget interesserede i at fortælle mig, hvad de, som gruppe, virkelig er bekymret for.

Der er lavet en evaluering af denne sundhedsdag (Bilag 1)(Rasmussen, 2012), hvor en stor del af mit fokusgruppeinterview er gengivet. Her vil jeg kort referere emnerne: Kvinderne har psykiske problemer fra deres tidligere liv (mange er medicineret). Mange er blevet skilt. De er bange for at forlade landet, fordi de er bange for ikke at kunne komme ind igen pga. manglende statsborgerskab. En af kvinderne fortæller, at hendes mand tog børnene med på ferie. De har været væk i to år, men hun tør ikke rejse efter dem, for så kan hverken hun eller børnene blive i Danmark.

De synes, kvinder burde få højere ”løn” – dette skal forstås på den måde, at når kommunen giver penge til en mand og en kvinde, er det kun kvinden, der tager sig af børnene. Kvinderne oplever kommunen som sure, og de har i det hele taget svært ved at forstå systemet og sproget. De vil dog gerne tale med en rar politimand, fordi de har svært ved at styre deres store drenge. Kvinderne har et stærkt socialt netværk med hinanden, de beskriver hinanden som søstre, men de har ikke et stærkt netværk til deres familier. Kvinderne fortæller, at de kender mange andre kvinder, der er ensomme, som ikke kommer ud af deres hjem. Kvinderne vil gerne have lave en café, hvorfra de kan arbejde, sælge mad og tjene penge selv, og hvor nogle af de ensomme kvinder også kunne komme.

Der er altså både tale om ressourcer og udfordringer i forbindelse med kvinders sundhed, og hvordan den skal gribes an. Når kvinderne taler sammen om de ting, der har betydning for dem i deres liv, taler de ind til et socialt sundhedsbegreb omhandlende netværk, trivsel, mægtiggørelse og myndiggørelse (en del af i empowerment-begrebet) og ikke i et fysisk sundhedsperspektiv.

Senere i forløbet interviewer jeg en praktiserende læge ”Mohammed”, der har en lægepraksis i NV sammen med en dansk, kvindelig læge. Denne lægepraksis har,

hvad jeg vil beskrive som et bredt sundhedsbegreb, der implicerer social sundhed. Lægepraksissen har ud over de almindelige lægekonsultationer indrettet lægehuset med et fitnesscenter kun for kvinder, hvor kvinderne kan træne uden tørklæde, og hvor de kan have et netværk. Derudover har lægen planer om at oprette en tilhørende café, som skal drives af kvinderne. Dette gør han, fordi der findes mange ensomme og deprimerede kvinder, som pga. religion og økonomi ikke har mulighed for at komme i de almindelige fitnesscentre og cafeer (Liste over empiri: dato 18.7.2013).

Disse eksempler viser, at der findes alternative sundhedstilgange i NV, men de findes enkeltvis og er ikke en del af den kommunale sundhedsfremmestrategi. En anden målgruppe for projektet "Lige adgang til sundhed" er +45-årige mænd.

Efter et af de første planlægningsmøder på biblioteket på Rentemestervej træffer jeg "Arly", som bor i lokalområdet, og som er politisk valgt fra SF og dermed er lokalpolitiker i lokaludvalget. Han har et særligt kendskab til +45-årige mænd i lokalområdet, da han er selv en del af denne "udsatte" gruppe, som han siger. Han lægger ikke skjul på, at han ikke er særlig sund, han ryger meget og går på værtshus.

Arly siger (optaget på lydband), at man ikke bare kan snakke om +45-årige mænd som en gruppe. Han inddeler gruppen i:

- Hjemløse og bænkebrugere.
- Misbrugere - spilafhængige og pillemisbrugere (de sidste udgør det største problem).
- Psykisk syge (nattegængere/isolerede/skizofrene).
- Ensomme pensionister (mangler mening med livet. Disse har tidligere haft en meget struktureret hverdag med arbejde osv. Nu har de ingenting at stå op til. Der er ofte tale om enker).

Beskrivelse af sundhedstilstand:

Nogle borgere oplever ikke, de kan bruge hospitalerne, da man ikke må ryge. "*Vi ryger hele tiden*". Arly stiller spørgsmålet: "*Hvorfor skulle man gå til læge? Lægen sender dig bare på hospitalet, og vi kan ikke bruge hospitalet*".

Arly fortæller, at mange har droppet de almindelige, praktiserende læger, da det ofte er dem, der er årsag til problemerne, for eksempel når de udskriver medicin.

Folk spiser en masse piller, og folk kan godt mærke, at de får problemer pga. pillerne. *"Ved godt, de får det ad helvedes til af de piller"*.

Arly fortæller, at folk i lokalområdet bytter piller med hinanden. Han fortæller at *"vi dør ikke af at ryge, vi dør af almindelige sygdomme, fordi for hvert lille symptom tager vi en pille mere"*.

Ifølge Arly er der en anden gruppe med problemer, etniske ældre mænd med indvandrerbaggrund, som ikke har fået familien med herop. De får folkepension og går rundt og ser ulykkelige ud. De passer sig selv, men er skamfulde over, at de ikke fik drevet det videre.

Arlys forslag til indsatser:

Mangler en organiseret hobby som overgang fra jobmarkedet.

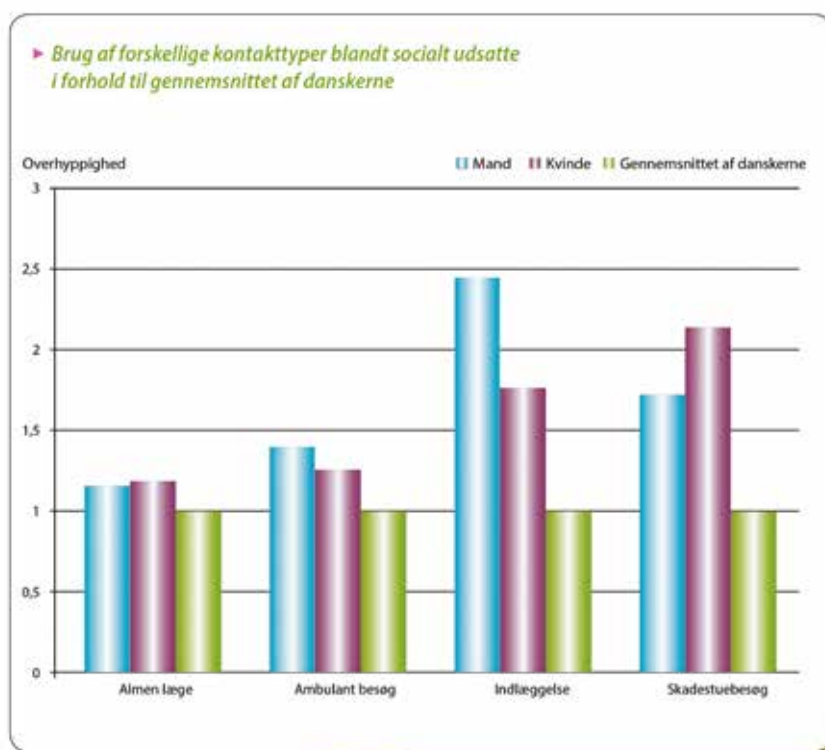
Det er nemt at lave foreninger i området, men det kommer ofte til at dreje sig om spil.

- En sygeplejerske el. lign. er et bedre alternativ til en læge. Tilsyn og rådgivning.
- Specialplejehjem for alkoholikere, hvor man bliver mødt som man er. Plejehjem, hvor man kan komme uden for: *"Jeg skal have frisk luft"* (har svært ved at trække vejret) og *"Jeg er ude hele dagen"*.
- Der eksisterer i dag et privat plejehjem for jødiske personer, som vil leve efter de jødiske retningslinjer. *"Det samme må også være muligt for os"*.
- Tilbud om afvænnning af lægeordineret medicin (evt. nede på forebyggelsescenteret).
- *"Sukkersyge er det mest oplagte at sætte ind imod. Kræver kun en blodprøve"*.
- Folk begynder at komme på værtshuset, når de mister deres arbejde, deres kone eller mand. Det er der, man skal hjælpe dem.

Arly peger altså på at udvikle det opsøgende arbejde og sætte ind med hjælp, når der sker brud i livet. Dette foreslår han sker gennem mobile klinikker, opsøgende besøg af en sygeplejerske og gennem gademedarbejdere. Jeg spørger ind til de sociale netværk i området, og her fortæller Arly, at der er en verden til forskel fra Tomgårdsvej til Fuglekvarteret: *"Man taler med samme accent, men man holder sig til et lille område"* Arly vil godt tage mig med rundt i lokalområdet, for som han siger: *"Det er nemmere, hvis du følges med mig"*

Arly kan godt lide min tilgang, at jeg ikke kun ser området som et problem. Han henviser til, at jeg skal snakke med ”Kathy”, som bor i området. Hun laver musikarrangementer og vil være god at snakke med for at fortælle mere om lokalområdet, også fra et kvindesyn. Vi aftaler, at Arly kontakter ”Kathy” og hører, om hun vil tale med mig. Endvidere aftaler vi en dag, hvor jeg går med på værtshus i lokalområdet med Arly. Der er tale om værtshuse med forskellige åbningstider, hen over dagen. Det er helt almindeligt, at man har 2-3 stamværtshuse, men ikke flere. Der er tale om små netværk inden for et lille geografisk område.

Arlys betragtninger dokumenteres via forskellige danske rapporter. I rapporten ”*Jo mere udsat – jo mere syg*”²¹ vises en graf over socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet (Davidsen et al., 2014).

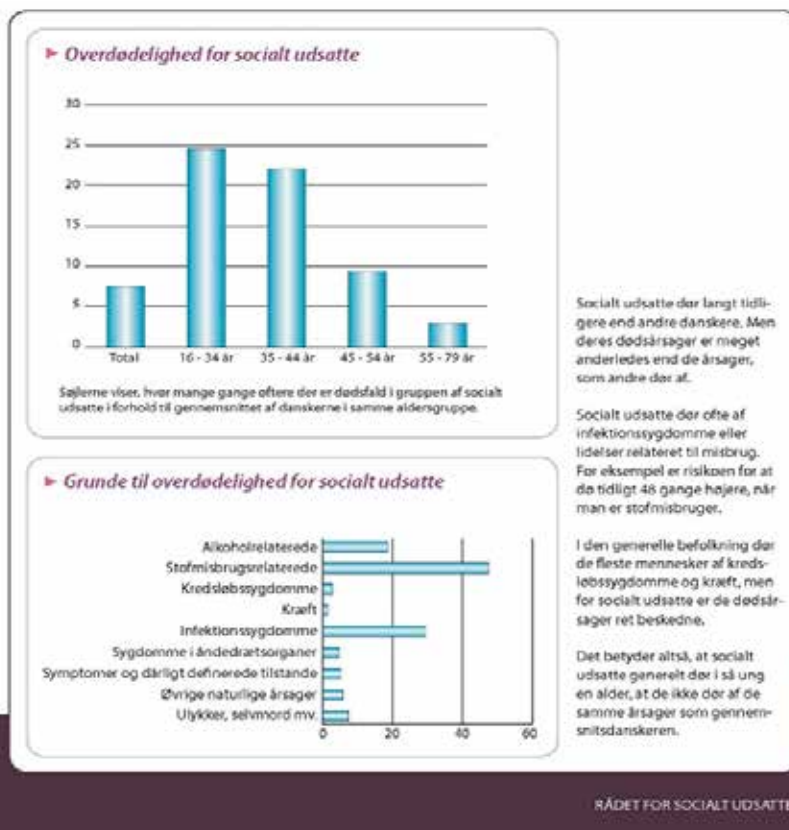


Figur 7: Graf over socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet (Davidsen et al., 2014: 41)

21 Rapporten er baseret på tre større rapporter: ”*Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012 – Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager* (2013)”, og ”*SUSY Udsat 2012 – Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*”, og ”*Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*”, 2010, alle udgivet i et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Rådet for Socialt Udsatte (Pedersen. et.al, 2009, 2012, 2013).

Rapporten dokumenterer endvidere, at ”Socialt udsatte mennesker er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet, end danskerne generelt er. De går for eksempel oftere til lægen, er oftere indlagt på hospitalet og kommer oftere på skadestuen. Kvinderne er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet end mændene. Det giver god mening, når man tænker på, at socialt udsatte er mere syge end andre danskere – og at kvinderne er mere syge end mændene. Men man kan alligevel se, at socialt udsatte bruger sundhedsvæsenet usystematisk og for lidt i forhold til, hvor meget hjælp de egentligt har brug for. Mange kontakter først sundhedsvæsenet, når de får en akut sygdom. Og derefter bliver de ofte udskrevet, før de er færdigbehandlet, og efter udskrivelsen bliver der ikke altid fulgt op med tjek”. (Davidsen, Pedersen, Holst, & Juel, 2014:39).

Selvom socialt udsatte ofte har kontakt til sundhedsvæsenet, tyder Rådets undersøgelser på, at den kontakt ikke altid er god. Nogle socialt udsatte mennesker bliver udskrevet fra hospitalet, før de er behandlet færdigt.



Figur 8: Overdødelighed for socialt udsatte

”Nogle socialt udsatte oplever at blive talt ned til, og andre oplever, at de ikke bliver taget seriøst. En del fortæller, at de dårlige oplevelser betyder, at de en anden gang ikke går til lægen eller ikke tager på hospitalet, selvom de måske har det dårligt” (Davidsen et al., 2014:45).

Arly har bidraget med specifik lokalkendskabsviden, han har peget på at pillemisbruget (og ikke hårde stoffer blandt stofmisbrugere) er meget udtalt i lokalområdet, og dette har store sundhedsmæssige konsekvenser. Det er et helt afgørende fokus i forhold til ”Lige adgang til sundhed”, idet der i dag ikke er nogen tilbud om-handlende pillemisbrugsproblemet i lokalområdet. På planlægningsmøderne har vi diskussioner omkring, hvorledes det specifikke fokus på KRAM kan skygge for andre nødvendige sundhedsindsatser. Arly peger endvidere på, at en problematik omkring socialt udsatte ikke er ens for de forskellige områder. Der er tale om forskellige problematikker og forskellige typer af netværk i de forskellige geografiske lokalområder. Endvidere er der tale om forskellige problemstillinger inden for de forskellige grupper, for eksempel inden for gruppen af +45-årige mænd. Det er altså nødvendigt med et nært kendskab til det lokalområde, som et sundhedstilbud skal implementeres i.

Ovenstående fund præsenterer jeg for projektlederen ”Annette”, og det medfører, at hun bliver selvrefleksiv og siger, at kommuner fremover skal tænke anderledes i henhold til *”hvordan vi laver politisk udvikling, projektprogrammer og evalueringer”* (Liste over empiri: dato 20.6.2013).

Derudover har Annette en frustration over lokaludvalgets manglende legitimitet, som bunder i, at der eksisterer en politisk diskussion om strukturen omkring lokaludvalgene. Kort fortalt forklarer Annette, at de borgerlige partier ikke ønsker lokaludvalgene, men i stedet ønsker en centralisering af opgaverne. Hun mener, at lokaludvalgets legitimitet skal vurderes ud fra tre ben: 1. hvem er der sidder på møderne og træffer beslutninger (er de repræsentative for lokalområdet?), 2. hvad er det for en lokal viden, de kan frembringe, og 3. at lokaludvalgene tænker helhedsorienteret og på tværs – *”altså den der koordination af helhedsperspektivet”*. Men samtidig siger hun også om borgerinddragelse: *”Det er så skide svært.(.), og i øjeblikket er diskursen fra forvaltningen, at de ønsker projekter, der styrker kernerdriften – men hvad er kernerdriften? – det er fint nok at ville løfte os sundhedsmæssigt op på københavnerniveau, men lige nu er vi kun ved at udfylde hullerne. Man går ikke ind og undersøger – hvad er historien bag hullerne”* (Liste over empiri: dato 20.6.2013).

Denne refleksion, og sammenfaldet mellem data på forskellige niveauer, viser vigtigheden af, at borgerne stemmer, og behov bliver inddraget i et multi-level sundhedsfremmeperspektiv.

Borgerinterview med Kathy den 22.04.2013 i hendes lejlighed på Nørrebro. Det er en lille lejlighed på tredje sal over et værtshus. Interviewet er optaget på lydbånd. Den første kontakt foregår over telefon, hvor Kathy ringer til mig, efter at hun har snakket med Arly. Vi aftaler at mødes, og jeg siger, at vi kan få en kop kaffe. ”Ja”, siger Kathy, ”eller et glas hvidvin” Dette får mig til at købe en flaske hvidvin, som jeg tager med til mødet. Jeg vælger at købe flasken på trods af, at det kan forekomme umoralsk at opfordre til at drikke, men mit ærinde er ikke at fokusere på risikofaktorer, men på muligheder, og det er vigtigt, at jeg ikke fremstår moraliserende.

Det er helt klart, at hvidvinen har den ønskede funktion. Kathy er fra starten informativ, og hun fortæller, at hun faktisk var ”*lidt usikker på, hvad jeg ville*”.

Lejligheden er godt fyldt af ting, men alle tingene har en værdi. Kathy fortæller, at hun har mange ting, fordi hun faktisk har tre dødsboer i huset. Dels fra to eksmænd og dels fra hendes far.

Kathy er 59 år. Hun fortæller, at hun vejer 47 kg. Hun har været nede på at veje 44 kg. For en måned siden var hun indlagt. ”*Jeg blev syg i 2002, i bugspytkirtlen, og så er det gået ned ad bakke siden, men jeg er jo også 50 år, så det er vel ok. Der har jo altid været våde varer, ik? Både min bror og jeg har jo lært det hjemmefra. Min far ville hellere have, vi fik et glas vin til maden, ligesom de italienske børn*”. (Interview med Kathy 5:05).

Kathy beskriver, at hun de sidste to år har ligget det meste af tiden på sofaen, fordi hun fik en nedtur pga., at hendes mand Thomas (som hun ikke var nået at blive gift med) døde af kræft. Dette har været en psykisk meget belastende oplevelse for Kathy, og til hendes overraskelse bliver hun ved indlæggelsen for en måned siden indlagt på psykiatrisk hospital.

Kathy er faktisk en ressourceperson i lokalområdet. Hun arrangerer musikarrangementer på de forskellige værtshuse i lokalområdet. Arrangementer er sat i gang via lokaludvalget, som Kathy er en del af. Arrangementerne kører nu uden øko-

nomisk støtte fra lokaludvalget. Det er værtshusejerne, der betaler musikerne, og dette kan køre rundt, fordi der simpelthen kommer så mange til arrangementerne, at omsætningen kan betale for musikerne. Altså en stor succes. Kathy beskriver arbejdet som meget givende. Det er ikke altid – dvs. sjældent – hun deltager i arrangementerne. Hun vil hellere være hjemme, og langt det meste af arbejdet med at arrangere musikerne kan Kathy lave hjemmefra. Det er tydeligt, at hun er stolt af sit arbejde, som giver hende en følelse af mening og værdi.

Kathy fortæller forskellige historier, dels fra sin tid som aktiv cirkusartist sammen med sin far, og dels om sin tid som værtshusforvalter.

Hun har også i sine unge dage været mannequin – ligesom hendes mor. Hendes mor beskrives som meget smuk, og Kathy har også et stort billede af hende stående lige ved siden af sofaen. Forældrene blev skilt tidligt i hendes barndom. Lillebroren har boet hos moren, som har levet et luksusliv i Nordsjælland. Men Kathy siger, hun hellere ville rejse rundt med sin far. Kathy fortæller, at hun har røget, siden hun var 12 år, og engang kom hun hjem og var meget fuld: *”Engang var jeg faldet i til en klassefest i skolen, så to af mine kammerater fulgte mig hjem, og så lå jeg ellers ude på toilettet. Nej, hvor var jeg syg. Næste dag – far boede sammen med hende, jeg kalder min onde stedmoder, men hun skulle i byen – så vi skulle have en rigtig far/datter-aften (griner), så han havde dækket op med vores Martini-dug, der lå på sofabordet, og så var der ellers dækket op med chips og cigaretter og en hel flaske Johnny Walker, og kun is og vand, og så sagde han, at nu skal vi rigtig hygge os min pige...Men jeg var jo også kun få meter fra mit værelse (griner).”* (Interview med Kathy 6:02).

Kathy fortæller fra sin som tid som værtshusforvalter, hvordan de havde mange stamgæster, der stod uden foran døren tidligt om morgenen, når værtshuset åbnede. Nogle gange sørgede de for morgenmad, men ellers var det ikke noget problem for *”efter et par øl er man ikke sulten mere”*.

Kathy fortæller om en stamgæst, som lige pludselig ikke kom mere. Efter en uge ringede hun til sosu-assistenterne, som faktisk ikke reagerede på forespørgslen. Kathy ringede igen senere. Noget tid senere blev stamgæsten fundet død i sin plejebolig. Kathy beskriver, at hun af politiet blev bedt om at identificere stamgæsten. Det var en rigtig ubehagelig oplevelse: *”Han var næsten forsvundet ned i gulvet og var blå som en blomme, og der var en stank”*.

Da jeg spørger, hvordan man kunne hjælpe ham, går Kathy i stå. Han kunne ikke hjælpes, han var gammel, og han havde frabedt sig hjemmehjælp, hvilket Kathy syntes var rigtig dumt. Kathy har selv lige fået tildelt hjemmehjælp én gang om ugen til at skifte sengetøj og støvsuge og vaske gulv. Det kan hun ikke mere, *"det vil simpelthen tage 14 dage"*. Kathy fortæller om hjemmehjælpen: *"Hun styrter rundt, så man bliver helt svimmel af bare at kikke på hende, men hun er også sød, når hun har tid til at snakke, men hun skal hurtigt videre. Tænk, de har fem-seks besøg om dagen"*.

Kathy vender tilbage til snakken om stamgæsten. *"Han kunne måske også have brugt at kende en Verner?"* spørger jeg.

"Verner" er den person, Kathy har fortalt vil hjælpe hende, hvis hun bliver syg. Verner beskriver hun som "hundens far", han kommer og går tur med hunden, fordi Kathy ikke selv kan. Verner er hjemløs og sælger "Hus forbi".

Verner er den, der handler og hjælper, når Kathy er syg. Eller dvs. faktisk handler han generelt. Supermarkedet ligger ca. 100 m fra bebyggelsen, men Kathy kan knapt gå op og ned ad trapperne til 3. sal, og hun kan højst købe tre-fem ting med ad gangen, mere kan hun ikke løfte op ad trapperne. Hun kommer op ved at bruge armene til at hive sig op, og hun holder pauser undervejs.

Kathy svarer på mit spørgsmål om Verner. *"Ja! Men der er mange som ham (stamgæsten), de går bare for sig selv. De vil ikke hjælpes. Der er ikke noget at gøre. Man ved, at når de begynder at skide i bukserne, så er det ved at være slut"*. Kathy beskriver, hvordan toilettet på værtshuset kunne have lort på væggene. *"Men det er, fordi de ikke har kræfter til at løfte sig selv op og tørre sig. Jamen så kommer det op på væggene. Det er ikke så sjovt at komme ud og se det"*. Kathy fortæller endvidere, hvordan det var rart, når gæsterne var gået, og hun satte sig hen til spillemaskinerne og brugte et par timer der.

Jeg spørger, om hun kender noget til pillemisbrug blandt kvinderne i lokalområdet. Det kender hun ikke noget til. Måske vil Verner kunne fortælle mig noget om pillemisbrug. Hun vil gerne spørge, om han vil tale med mig (der går seks uger, inden aftalen er i stand, men Kathy holder ord og ringer til mig flere gange). Kathy fortæller, at hun har taget piller som ung (pillerne fik hun fra sin farfars medicin). Hun fortæller, at hun engang tog en Valium, og det var en dejlig følelse,

så det gjorde hun flere gange sammen med alkohol: ”*Problemet i dag er, at det ikke er rent, det man kan få*”.

Kathy bor lige oven på et værtshus, som hun også kommer på. Hun kommer også på et andet (som også ligger meget tæt på). Der er altså, som Arly har fortalt, tale om et meget lille geografisk område. Både Kathy og Arly har beskrevet, hvordan mange værtshusstamgæster bevæger sig fra værthus til værtshus, og at de er sjældent eller aldrig er hjemme. Deres netværk begrænser sig ofte til de værtshuse, de besøger, og det er ofte et-to steder meget tæt på hinanden. Nogle stamgæster har ikke andet netværk.

Nogle stamgæster er lokale beboere, der kommer efter arbejde. Arly, for eksempel, er ikke på værtshus hele dagen, han har også andre beskæftigelser, bl.a. aktiviteter i lokaludvalget, og han er amatørornitolog og kender alt til fuglelivet i Utterslev mose.

Kathy beskriver, at det lokale netværk er meget vigtigt på trods af, at der tale om, hvad jeg vil beskrive som spinkle relationer. Hun fortæller, at det var meningen, at hun skulle være flyttet i beskyttet bolig med Thomas, men så døde han. Da jeg senere spørger hende, hvad det ville betyde for hende, hvis hun nu skulle flytte væk fra sit nærmiljø, siger hun: ”*Så ville jeg dø*”.

Her vil jeg lige inddrage en anden interessant faktor præsenteret i rapporten ”Jo mere udsat, jo mere syg”, som omhandler sociale netværk. Rapporten beskriver, ”*at på trods af, at socialt udsatte relativt ofte er sammen med venner og bekendte, føler de alligevel meget ofte, at de ikke har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Ofte regner de heller ikke med at kunne få hjælp fra andre til praktiske problemer, hvis de bliver syge*” (Davidsen, Pedersen, Holst, & Juel, 2014:52).

Gennem interviewet har vi også snakket om mad. Kathy fortæller, at hun har levet som en prinsesse, hvad det angår. Da hun rejste med sin far, lavede de ikke selv mad. Og så har hun arbejdet i en kantine, hvor hun kunne spise noget der. Ellers har hendes mænd lavet mad til hende. Nu spiser hun ikke rigtig noget. Hun er ikke sulten. Hun åbner køleskabet, kikker ind, og så er hun mæt. Engang imellem køber hun en pølse eller lignende. Verner har åbenbart en konflikt med sig selv, fordi han mest køber hvidvin til hende.

Det sidste interview, jeg vil beskrive her, er et interview med ”hundens far, Verner”. Interviewet med Verner foregår 20.6.2013 (optaget på lydbånd) i et mindre lokale i foreningen ”Hus Forbi”. Kontakten er som beskrevet skabt via Kathy. Jeg møder Verner uden for, der er fem andre hjemløse og fem hunde. Lederen af ”Hus Forbi”, der fungerer som ressourceperson, er også til stede. Desuden er der også en meget påvirket hjemløs mand, der ikke har en hund.

Da jeg taler med Verner, er Kathy blevet indlagt aftenen før. Verner ringede 112, ”og de sparkede døren ind”. Kathy var meget dårlig, hun havde været fuld i flere dage og havde skidt i hele sengen. Hun fik ifølge Verner hjertestop, da ambulancen var der. Verner turde ikke selv gå op i lejligheden, han var bange for, hvad der mødte ham. Derfor ringede han til 112, men holdt sig ellers på afstand. Kathy er nu indlagt på Bispebjerg Hospital. Da Verner fortæller mig dette, går der en koordinering i gang mellem de hjemløse. De arrangerer, hvem der besøger Kathy, og hvem der passer hundene imens. I øvrigt er de enige om, at de bliver nødt til at finde penge til en madras til Kathy. ”Kommunen gør rent deroppe, men de vil sgu ikke give en madras”. Der er enighed om, at Kathy skal have en madras på trods af, at ingen har penge, så de må ud og sælge ”Hus forbi” for at skaffe penge. Verner og jeg går et andet sted hen og snakker. Under samtalen ringer Kathy flere gange, hun vil have Verner til at tage hvidvin med ind på hospitalet, hvilket han synes er et problem.

Verner beskriver sig selv som en hjælper og en ressourceperson, hvilket ofte er belastende for ham. Ofte føler han sig udnyttet, som da Kathy skulle tildeles hjælp af kommunen, hvor hun fortalte om Verner og fik tildelt mindre hjælp.

Vi taler om lokalområdet, og Verner beskriver pillemisbrug som et stort problem. Han fortæller også, at Kathy har et stort pillemisbrug, selvom hun ikke fortæller om det. Verner mener, at hendes mavesår og nuværende situation skyldes, at hun får for mange piller. ”Apotekerne tjener kassen på det”. Verner fortæller desuden om ”pensionist-pushere”, der sælger de piller, de får fra deres læge. Verner mener ikke, pillerne er nødvendige: ”Gør som Simon Spies, send folk til Gran Canaria i stedet for. Det er meget billigere”. Verner beskriver, at der er mange personer som Kathy. Folk er ensomme, uden netværk. Verner er tidligere stofmisbruger og har været i fængsel. Under fængselsopholdet kontaktedes han af lederen af ”Hus forbi”, der ville hjælpe ham, når han blev løsladt. Dette, siger Verner, er grunden til, at han ikke er kriminel i dag.

Verners løsningsforslag:

- Foreningsarbejde, hvor folk passer på hinanden.
- Verner vil gerne have en kontakt til kommunen, hvor han kan få hjælp til at hjælpe andre. Det er bedre, at vi gør det selv, men vi har brug for nogle donationer fra fx lokaludvalget.
- Verner spørger selv: Kan man have tillid til os? Ja! vi har viljen og kontakterne (hvilket denne situation er et eksempel på). Men han påpeger mht. penge-kassen: *"Jeg tror, den skal ligge hos lokaludvalget, hvor der skal være to mennesker, der har en "cigarkasse", vi kan få bistand fra. Der er problemer, der bare skal ordnes, og vi hjælper alle, også narkomanerne"*.
- Verner har taget fem hjemløse med til borgermøde på Bornholm. Dette ville for eksempel være godt at få hjælp til.

Verners fortælling viser, at der er på trods af små netværk er en rørende velvilje til at hjælpe hinanden. Systemet opfattes dog som en vanskelig modpart. Kommunen opfattes både som en hjælper og en økonomisk sikkerhed, men også som formynderisk og ikke til at tale med og stole på (mistillid). Verner har til gengæld stor respekt for "ildsjæle", fx lederen af hus forbi.

Overvejelser over metode ved interview:

Interviewspørgsmålene er "blue color"-mentalitet (som beskrevet i Leeds, altså enkle og direkte spørgsmål, som arbejdsmænd taler til hinanden). I Leeds kaldes dette "street credibility", Arly beskriver det som *"vi taler med samme accent"* (Liste over empiri: dato 2.12.2012). Derudover giver jeg mig god tid til at lytte til det, som er interessant at fortælle for interviewpersonen. Ved at lade samtalen flyde kommer der mange oplysninger om det levede liv. Det er et vigtigt udgangspunkt at være anerkendende og fokusere på ressourcer. Det er mere væsentligt at spørge ind til, hvordan man kan hjælpe andre, fremfor at fokusere på interviewpersonen. Det giver mere energi at hjælpe end at være et "offer", der har brug for hjælp.

Kathy er et eksempel på en person, som nemt kan beskrives som ressourcesvag, men som også besidder kompetencer. Tillid er en meget afgørende faktor. Det var meget vigtigt for Kathy at finde ud af, *"hvad jeg ville"*. Da jeg forklarede, at jeg ikke kom fra kommunen (og dermed ikke havde sanktionsmuligheder), men gerne ville hjælpe kommunen med for eksempel fortælle dem, hvad der virkelig er af problemer i lokalområdet, ville hun gerne tale med mig. Jeg gjorde opmærksom på, at jeg ville fortælle lokaludvalget (som hun jo kender) om de afgørende ting, hun fortalte mig, men jeg kunne ikke love at noget om, hvad der skete efter det.

Jeg har oplevet gennem flere interviews, at det vigtigste udgangspunkt er at skabe tillid, og dette gøres gennem åbenhed og ved ikke love mere, end man kan holde (troværdighed).

Andre lokale aktører

Jeg har gennem min afsøgning af ressourcer i lokalområdet besøgt forskellige frivillige og/eller private organisationer.

PULS, som er et boligsocialt samarbejde, har, ifølge en rapport om helhedsplanen for området, gennem de seneste år tydeligt mærket konsekvenserne af den negative (bolig)sociale udvikling i området, bl.a. i form af synlige problemer for psykisk syge og misbrugere, kriminalitetsproblemer blandt grupper af unge, integrationsproblemer og et generelt faldende engagement og ejerskab i området ("Beboerprojekt Bispebjerg," 2013). *"Problemer som beboerdemokrati kan ikke løftes alene. Parallelt hermed oplever såvel boligorganisationerne som de øvrige professionelle aktører i området, at manglende koordinering mellem lokale indsatser er et stort problem. Der eksisterer i dag en række gode indsatser med lokal forankring i området, men manglende koordinering og netværksdannelse betyder, at viden og ressourcer ikke udnyttes optimalt. Den største udfordring i Fuglekvarteret er således dels at udvikle og igangsætte projekter med udgangspunkt i behovene blandt områdets mange forskellige beboergrupper og dels at få eksisterende aktører til at tale sammen, at koordinere projekter og indsatser samt at ruste hinanden til at imødegå nye udfordringer"* (AAB, 2010:4).

Denne tilgang er, ligesom min egen forskningstilgang, baseret på den ressource- og kapacitetsopbyggende community development-metode ABCD, som jeg vil udfolde i kapitel 4. Helhedsplanen og områdefornyelsen indeholder dermed emner, der har indvirkning på beboernes sundhed, men i rapporten nævnes ikke sundhedsproblematikker. I et interview med strategisk sundhedskonsulent "Helle" spørger jeg ind til dette, og hun siger: *"Det man laver boligpolitisk har alt sammen en indflydelse på folks sundhed. Alle dagsordner indeholder faktisk sundhed, men forklaringskæden er ikke tydeliggjort"* (Liste over empiri: dato 06.02.2013).

Jeg ser her et tension point mellem sundhed som allestedsnærværende og samtidig ikke tydeliggjort. Der er her et behov for at sammenhængen mellem trivsel, sociale omstændigheder og sundhed kan blive tydeliggjort og dermed indgå og ekspliciteres i rapporter og kommunale politikker.

Frivillige organisationer

FAKTI er en frivillig institution, jeg har besøgt over flere gange. Hos FAKTI er lederen meget optaget af at beskytte kvinderne mod krav fra omverdenen og give dem mulighed for selv at finde løsninger på deres problemer. Dette medførte en meget spændende diskussioner om begrebet empowerment. Hvornår er der i en empowerment-proces tale om manipulation, og hvornår er der tale om at guide eller facilitere en udvikling. Dette vender jeg tilbage til.

"Hus Forbi" er en frivillig forening, der ansætter hjemløse til at sælge hjemløseavisen "Hus Forbi", hvorved de kan tjene penge og samtidig oplyse om de hjemløses forhold. Ved "Hus forbi"s lokaler i NV mødes jeg med Verner, "hundens far". Foreningslokalerne har et køkken og et stort opholdsrum. Desuden har huset tilknyttet en sygeplejerske og dyrlæge (eller en veterinær sygeplejerske).

Andre aktører i lokalområdet

Jeg har, af lokaludvalget, fået hjælp til mit lokalkendskabsarbejde. Dette er foregået via studentermedhjælper Frederik. Jeg har valgt at Frederik skulle hjælpe med at indhente viden om ressourcer hos borgere og ikke kommunalt ansatte frontmedarbejdere, for eksempel viceværterne i de lokale boligkomplekser. Frederik er, på tidspunktet for empiriindsamlingen, specialestuderende fra Roskilde Universitet, han har under sin uddannelse været praktikant hos lokaludvalg Bispebjerg og har endvidere indhentet sine otte interviews til sin specialeempiri blandt borgerne i Fuglekvarteret (Liste over empiri: sekundær empiri). I forbindelse med "Lige adgang til sundhed" foretog Frederik observationer i lokalområdet (sidde på en bænk), interviews med borgere i deres hjem, og han foretog også flere dages observationsbesøg hos viceværterne i et par af bebyggelsesblokkene i Fuglekvarteret. Dette var for at få klarlagt mulige ikke-kommunale ressourcer i området. Frederik har foretaget et fokusgruppeinterview på en bænk i Fuglekvarteret, samt fire interviews og altså observationsbesøg og interviews med viceværter. Derudover har Frederik fået adgang til PULS' arbejde med at afdække lokalområdet og har her fået adgang til i alt 20 transskriberede interviews, som jeg har fået lov til at læse.

Frederiks arbejde med viceværterne gav værdifuld viden om ikke-kommunale ressourcer i lokalområdet. En vicevært laver traditionelt småting og forefaldende arbejde i bebyggelsen. Viceværterne beskriver, at for at arbejde i et område som Fuglekvarteret er tilgangen til borgerne vigtig. Viceværterne prioriterer den sociale kontakt til skæve eksistenser højt, for som de siger: "*De kan ikke vente*". Vice-

værten er ikke opsøgende, men hjælper neutralt. *"Det er, når de selv henvender sig, det virkelig rykker noget"*. Nogle gange kommer beboerne og spørger, om der er noget, de kan hjælpe viceværterne med som modydelse for den hjælp, de har modtaget. Viceværterne siger, at området har et meget dårligere omdømme, end det burde have, selvom der er tale om mange borgere med komplekse problemstillinger. Viceværterne påpeger, at tillid er altafgørende for en god kontakt til borgerne: *"Hvis du løfter pegefingeren, bryder du tilliden"*. Viceværterne fortæller, at kommunen ofte møder borgerne med velmenende tilbud eller med løftede pegefingre – og det virker ikke.

På spørgsmål om *"Hvordan kan kommunen hjælpe jer i jeres daglige arbejde?"* siger viceværterne, at de ikke rigtig kan bruge kommunen. De beskriver, at når der endelig er etableret kontakt til kommunen, bliver man bedt om at ringe til nogle andre, og det er alt for tidskrævende. Viceværterne beskriver endvidere, at PULS har en plan om at etablere sociale viceværter, som skal hjælpe beboerne, men viceværterne tror ikke på ideen med sociale viceværter, der skal fungere i flere afdelinger samtidig. Nærheden og det neutrale udgangspunkt er afgørende. Beboerne ved, hvor viceværterne er, og at de vil hjælpe ved behov.

Denne viden fra viceværterne har jeg viderebragt til lokaludvalget og til PULS, og det har medført, at viceværterne har fået deres eget netværk, som nu er forankret i beboerprojekt PULS, der varetager kontakten til kommunen.

RESULTATET AF UDVIKLINGSARBEJDET

Inden den færdig projektansøgning blev sendt til social- og omsorgsforvaltningen, havde projektet medført, at der hos PULS var blevet etableret et netværk for beboernes viceværter.

På de afholdte workshops aftalte de forskellige lokale medarbejdere, at de ville etablere et netværk eller et samarbejde, hvor de kunne koordinere deres arbejde omkring de komplekse problemstillinger, de hver især møder enten hos borgerne i lokalområdet eller for eksempel i forhold til forvaltningen. I planlægningsprocessen har der været en kritisk refleksiv tilgang til eget arbejde, og dette har medført en ændret forståelse af sundhedsbegrebet og også tilgængelighedsperspektivet.

Selve projektansøgningen mandede ud i nedenstående (forkortede) projektbeskrivelse.

Lige og effektiv adgang til sundhed i Fuglekvarteret

- Community-baseret model til at fremme lighed i sundhed

Bidrag til Københavns Kommunes politiske målsætning.

Københavns Kommune har en politisk målsætning om at øge middelealderen i Bispebjerg/Nørrebro gennem investering i nye velfærdsteknologiske løsninger, styrkelse af KRAM-orienterede indsatser m.m. Dette projekt supplerer disse indsatser på tre punkter:

- Forebyggelsescentret udvikler en lokal organisering og koordinering af sundhedsfremmende tilbud og aktiviteter, som øger effekten, gennemslagskraften og rækkevidden af andre indsatser, som sættes i værk på byniveau og lokalt.*
- Projektet styrker det lokale, opsøgende, sundhedsfremmende arbejde, så sundhedstilbud bliver tilgængelige for udsatte borgere, der i dag ikke opsøger Forebyggelsescentret. Projektet udvikler tilbud til borgere, som aktuelt ikke er klar til at tage imod eksisterende KRAM-orienterede tilbud, men som er motiveret til at tage hånd om andre sundhedsproblemer. Pilleforbrug og -misbrug er et eksempel på en sådan indsats.*
- Projektet styrker frivillighed og organisationsbaserede engagement i lokal sundhedsfremme i et udsat boligområde.*

Projektet er udviklet i et konstruktivt samarbejde med Forebyggelsescenter Nørrebro, Roskilde Universitetscenter, Områdefornyelsen i Fuglekvarteret, Folkesundhed København, SUF's brobygger og Bispebjerg Lokaludvalg. Den lokale sundhedspleje, hjemmepleje, sociale hjemmepleje, SOF's voksenenhed i Fuglekvarteret og Beboerprojekt Puls har bidraget til idéudvikling til projektforslaget. Ligeledes har interviews med viceværter og med borgere på værtshuse, på bænke, ved markedsdag, på særarrangementer med etniske minoritetskvinder m.m. været vigtige bidrag til indkredsning af projektets indsatser.

Aktiviteter:

Lokal koordination- og tværfaglig netværksopbygning.

Projektet udvikler et tværfagligt netværk bestående af lokale kommunale og civilsamfundsaktører i Fuglekvarteret. Netværket skal koordinere det tværfaglige sundhedsfremmende arbejde i Fuglekvarteret. Forebyggelsescenteret (FCN) skal være tovholder på netværket.

Pilotprojekt: Pilleforbrug i Fuglekvarteret

Der byttes og handles piller i kvarteret, og der findes en holdning om, at folk bliver syge af forkert pilleindtag, og at symptombehandling med piller betyder, at folks egentlige sygdom ikke opdages. Samtidig vurderer nogle af kvarterets storrygende og øldrikkende mænd, at de vil være motiveret for at få styr på deres pilleforbrug, mens de her og nu er yderst tøvende med at se på deres daglige indtag af "BT" ("bajere og tobak"). Et fokus på pilleforbrug kunne derfor være en måde at motivere udsatte grupper til at tage bedre vare om deres helbred og samtidig mobilisere uformelle, sociale netværk i Fuglekvarteret blandt -blandt andre - enlige mænd 45+ og ældre etniske minoriteter.

Kompetence- og kapacitetsudvikling

For at understøtte samarbejdet og målsætningerne med det tværfaglige netværk faciliterer FCN relevant kompetence- og kapacitetsudvikling af netværkets tilknyttede institutioner, så alle arbejder mod de fastlagte udviklingsmål.

Pulje til aktiviteter

FCN tilføres en pulje på 300.000 kroner, som skal understøtte arbejde i det tværfaglige netværk for at mindske den socialt betingede ulighed i sundhed i Fuglekvarteret. Midlerne kunne bruges til opsøgende social sygepleje, der tager kontakt til folk i gaderummet, værtshuse, klubber, væresteder, ejendomskontorer m.m.

Frivillighedscentral og sundhedsambassadører

Frivilligheds- og kommunikationscentral

Lokaludvalget opsætter i samarbejde med Områdefornyelsen og Beboerprojekt Puls en midlertidig bygningspavillon, der skal fungere som kvarterets frivilligheds- og kommunikationscentral. sigte, og vil kunne bruges af frivillige grupper og foreninger i området, der f.eks. organiserer markedsdag, grønne fællesskaber, besøgsvenner, fællesgrill og

Sundhedsambassadører - også kaldet Naboerne

Projektet etablerer under FCN's ledelse et korps på 25 frivillige sundhedsambassadører (i daglig tale "naboerne"), der får base i pavillonen. Social innovation i pavillonen Pavillonen bliver samtidig lokalt centrum for social innovation, hvor lokale borgere og civilsamfundsaktører er medskabere af lokale sundheds- og netværksfremmende ydelser.

Forventede resultater

1. Den kommunale kernerdrift styrkes gennem effektiv lokal koordination, viden-
deling og kompetenceudvikling om borgeres lokale behov for sundhedsfrem-
mende tilbud. Netværkets organisering er evalueret og beskrevet, så det kan
anvendes i andre udsatte byområder.
2. Netværket gennemfører det første år én fælles sundhedsfremmende indsats, som
både fremmer sundheden i lokalområdet og som tester muligheder og grænser
for det tværfaglige lokale samarbejde.
3. Sikkerhedsnettet under Fuglekvarterets mest udsatte borgere bliver finere gen-
nem styrket samarbejde med lokale viceværter. Samarbejdet med viceværter er
ligeledes evalueret og beskrevet.
4. Frivillige organisationer involverer sig i arbejdet for lokal sundhedsfremme i
Fuglekvarteret. Det tværfaglige netværk har inviteret to-tre frivillige organisa-
tioner til at medvirke i det tværfaglige samarbejde om lokal sundhedsfremme.
Dette samarbejde er ligeledes beskrevet med henblik på videreudvikling og
afprøvning andre steder.
5. 25 sundhedsambassadører er uddannet og etablerer hver én sundhedsrelateret
nabogruppe med cirka 10 deltagere.
6. Et netværk af frivillige er udviklet og tilknyttet pavillonen. Udover sund-
hedsambassadørerne, er en markedsdagsgruppe og en grøn forening tilknyttet
pavillonen. Pavillonen deltager i afvikling af to årlige naboskabsfremmende
arrangementer som f.eks. en årlig markedsdag og en årlig sportsdag.
7. Metodeudvikling i sundhedsfremmende social innovation lokalt. I samarbejde
med SUF's brobygger, Områdefornyelsen, Beboerprojekt Puls, tovholderen på
det tværfaglige netværk og sundhedsambassadørernes projektleder er pavillonens
metoder til lokal sundhedsfremmende social innovation beskrevet.
8. Der er etableret en demokratisk og brugerdreven organisering af frivillighedspa-
villonen. Der er samtidig etableret et netværk til ressourcepersoner i forskellige
uformelle lokale netværk og borgergrupper i Fuglekvarteret.

5. Evaluering

Empowerment-evaluering

*Et nyt forskningspartnerskab i Fuglekvarteret bestående af Steno Instituttet, Syddansk Universitet og Roskilde Universitetscenter fundraiser til et 5-10 årigt forskningsprogram i sundhedsfremme i Fuglekvarteret. Partnerskabet ønsker at lave aktionsforskning og effektmåling, der kan vise, hvorvidt Områdefornyelsen i Fuglekvarteret har en doku-
menteret sundhedsfremmende effekt.*

Ovenstående projektformulering viser en meget stor udvikling i forståelsen og håndteringen af ”lige adgang til sundhed” og i synet på mulige sundhedstilbud til borgerne i lokalområdet.

Formuleringen af dette projektforslag ”*er kommet til at se meget anderledes ud end dets udgangspunkt*” (udtalelse Annette). Her henviser hun til fokus på netværk, kapacitetsopbygning, frivillige og ikke mindst pillemisbruget.

Det har været afgørende, at vi fra start diskuterede betydningen af ”lige adgang” og dermed tilgængelighedsproblematikken. Denne diskussion bidrog til at fastsætte succeskriterier for projektet, men også en fælles vision, som var afgørende for, at vi alle arbejdede i samme retning. Bottom-up-perspektivet med inddragelse af borgerperspektiver har ligeledes haft afgørende betydning.

Det kan ikke fremhæves nok, at den eksisterende villighed til at ville prøve noget nyt og være åben for anderledes tænkning både i lokaludvalget og i Forebyggelsescenter Nørrebro har været af afgørende betydning.

Min egen rolle i processen beskrives bedst gennem udtalelser fra deltagerne. Og jeg skal her gøre opmærksom på, at der har været ”tension points”, hvilket jeg håber fremgår at min gennemgang, for eksempel omkring tilgængelighedsproblematikken, målgruppefastsættelse, et kritisk perspektiv kontra et positivt antagelsesperspektiv o.l.

På et tidspunkt lavede Annette og jeg en slags evaluering af projektforløbet, og jeg spurgte ind til fordele og ulemper ved processen. Annette sagde: ”*Det er guld værd, at du er kommet med din faglige viden, altså sundhedsfremmeperspektivet, den faglighed har vi jo slet ikke. Vi som kommunale folk skal selvfølgelig kunne stå inde for den linje og de strategier og politikker, som kommunen har lagt, men vi skal også kunne være åbne for, at et relevant tema kan være en måde at arbejde på, fx ved pillemisbrug. Det udfordrer den gængse tænkning. Du er med til at styrke et bottom-up-perspektiv på projektet, og du er med til at give legitimitet til, at det er lokal viden og netværk, og at det bliver et spil i de politiske beslutningsprocesser. Det er guld værd – den lokale viden, I har frembragt*” (Liste over empiri: dato 20.6.2013).

Projektansøgningen ”Lige adgang til sundhed” bliver altså afleveret den 1.7.2013 til sundheds-og omsorgsforvaltningen.

Efter behandling i forvaltningen ser projektformuleringen således ud (der er ikke tale om en forkortet udgave):

**Lige og effektiv adgang til sundhed – styrke borgernes egenomsorg
(Fokus skærpet vedrørende kronisk syge borgere)**

Københavns Kommune vil øge indsatsen for socialt udsatte, arbejdsløse og kortuddannede borgere med én eller flere kroniske lidelser, herunder ældre med minoritetsbaggrund. For at komme i dialog med udsatte borgere om at forbedre deres sundhed er det vigtigt at få etableret en god kontakt til dem. Adgangen til udsatte borgere kan foregå gennem andre borgere, som fx har erfaringer med at håndtere sygdomme, og hvordan man lever med én eller flere kroniske lidelser. Gennem kontakten til andre borgere lærer de at leve med kroniske lidelser. Gennem denne borger til borger-kontakt bygges bro til sundhedstilbud med fokus på sunde kostvaner, motionstilbud, rygeafvænnning og afvænnning i forhold til alkohol og rusmidler. Partnerskabet er mellem Socialforvaltningen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, den boligsociale helhedsplan, PULS, lokaludvalget samt Bispebjerg Hospital. Den boligsociale helhedsplan har stort kendskab til boligområdets beboere og deres sundhedsudfordringer. De kan derfor være med til at bygge bro til hhv. Socialforvaltningens og Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud, fx den sociale hjemmepleje, boligrådgivere og specialiserede sagsbehandlere i socialcentrene, samt til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens forebyggelsescentre. De to forvaltninger skal ligeledes henvise og bygge bro til hinandens og hospitalets udgående tilbud. Forvaltningerne skal også bygge bro til civilsamfundets aktører, fx FAKTI, hvor lokaludvalget kan bidrage med at koble kontakter på tværs af civilsamfundet og kommunale aktører (SundhedsogOmsorgsudvalget, 2013:13).

Den oprindelige ide med borgerinddragelse og multilevel-kapacitetsopbygning i lokalområdet er blevet erstattet af koordinering med primær og sekundær sektor inden for sundhedssektoren, og der er kommet et snævert fokus på sygdom. Kommunens fokus på etablering af partnerskaber på det institutionelle plan slår også her igennem ved at inddrage Lungeforeningen, der ikke har været inddraget gennem planlægningsprocessen.

Dette er et eksempel på den barriere, der er mellem praksisfeltet og forvaltningen, der arbejder ud fra forskellige perspektiver.

Umiddelbart synes jeg, at denne markante ændring af den af lokaludvalget formulerede projektbeskrivelse var meget nedslående. Det nedslående perspektiv ændres dog af de involverede parter reaktioner på ændringerne:

Annette, projektleder: Annettes oplevelse er, at projektet er blevet totalt omskrevet, hun synes, at det oprindelige projekt er så godt, at det ikke må slutte sådan. Hun vil have, at lokaludvalget arbejder videre med projektet (på trods af den tvivl, der har været undervejs).

Annette udsender dette notat:

Kære alle! Som I formentlig ved, er der ikke kommet penge til vores sundhedsprojekt 'Lige og effektiv adgang til sundhed'. Det er selvfølgelig rigtig ærgerligt, og vi har lige skullet vende skråen og finde ud af, hvilket ben vi skulle stå på fremover. Det er blevet til et ønske om at arbejde politisk for, at projektet kommer med i budget 2015. (mail 30.09.2013)

Victoria og hendes chef fra Brobyggerfunktionen: Brobygger. Victoria og hendes chef hører om Annettes udtalelse og plan. De er meget triste, men ikke overraskede over ændringen i projektformuleringen. De vil gå aktivt ind for at hjælpe med at lave politisk lobbyarbejde. De ser mange muligheder for at styrke deres civilsamfundsarbejde gennem et projekt som "Lige adgang til sundhed", som det var tiltænkt.

Helle, strategisk sundhedskonsulent (SOF): Helle har ikke været med til de afsluttende planlægningsmøder. Dette fortryder hun, siger hun. Det er vigtigt med en strategisk forankring. Omkring ændringerne igennem budgetforhandlingerne siger hun: *"Fuck det, vi er jo nu ved at beskrive indholdet i det. Der står jo kun tre linjer, og det har jeg talt med Eva (leder FCN) om. Det, vi har formuleret i "Lige adgang til sundhed", kan jo bruges direkte her – og indsatserne bliver jo forankret hos hende. Så det er rigtig fint"*.

Det forholder sig faktisk således, at projektet i dag er del af den daglige drift og er forankret i Forebyggelsescenter Nørrebro. Projektet har i dag ændret navn fra det tvetydige "Lige adgang til sundhed" til "Sammen om sundhed".

Projektgruppen bag "Sammen om sundhed" har lavet nedenstående skematiske fremstilling af projektets aktører og deres tilgang.

Det er jo en fantastisk udvikling!

Planlægningsprocessen har medført, at der er fremkommet enighed om projektets mål og succeskriterier, og der er en vilje til at kæmpe for metoden og det kollektive og sociale sundhedsperspektiv.

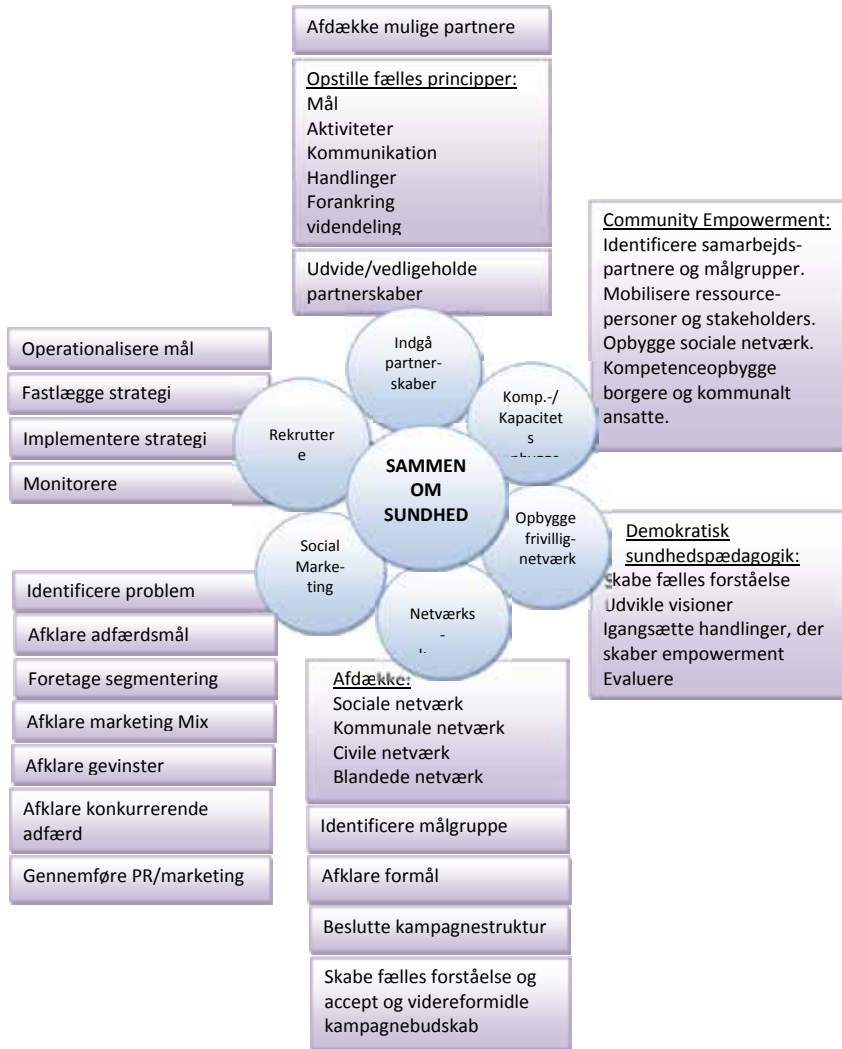
Planlægningsprocessen må overordnet siges at være en succes i den forstand, at den har medført en forandringsproces i på flere niveauer. Det har været væsentligt at have deltagelse fra det forvaltningsmæssige niveau og fra lederen af FCN, hvor det blivende projekt nu er forankret. Ikke mindst har det været væsentligt med et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv, der har haft stor betydning for holdnings- og strategiændring inden for sundhedsfeltet.

Det er for en udeforstående som mig en udfordring at gennemskue processerne i en stor kommune som Københavns Kommune. Det politiske lobbyarbejde internt i kommunen er af afgørende betydning for en hvilken som helst projektgodkendelse og skal derfor også indgå i en planlægningsproces, hvilket jeg ikke havde nok blik for fra start af.

Samarbejde mellem praksis og forskning har medført et ændret syn på udvikling af kommunale sundhedsstrategier. Specielt borgerperspektivet har medført en større indsigt i de sammensatte sundhedsproblematikker og behov.

Sammen om Sundhed

på Bispebjerg og Nørrebro



Figur 9: Skematiske fremstilling af ”Sammen om sundhed” projektets aktører og deres tilgang.

Foreløbige konklusioner

Jeg vil på baggrund af min empiri konkludere, at de nuværende (traditionelle) sundhedsstrategier mod ulighed i sundhed er ineffektive i København NV. De er for eksempel ineffektive i et tilgængelighedsperspektiv, dels da det massive fokus på KRAM og livsstilsændringer ikke appellerer til den udsatte del af befolkningen,

og dels fordi vigtige sundhedsfaktorer, både biomedicinske i form af for eksempel pillemisbrug og ikke mindst sociale faktorer, overses.

De traditionelle, nationale sundhedskampanjer mod for eksempel rygestop har været meget effektive og har sikkert også bidraget til den holdningsændring, der er sket i Danmark med hensyn til rygning. Det er dog samtidigt kendt, at kampanjerne og de tilhørende rygestopkurser virker bedst på et bestemt segment af befolkningen, der ikke indbefatter de socialt udsatte grupper. Det er også kendt, at reduktionen af rygere er stagneret.

Af de epidemiologiske (u)sundhedstal fra Bispebjerg ved vi, at der bor en høj andel af rygere i lokalområdet, men som min empiri viser, er en del af borgerne ikke umiddelbart interesseret i at deltage i et rygestopkursus. Ud over dette har nogle borgere komplekse problemstillinger, der synes vigtigere at løse først.

Pointen er, at en del borgere ikke er *motiverede* til rygestop, simpelthen fordi kultur og andre (sundheds)behov overskygger. Det er derfor nødvendigt at ændre tilgangen og sundstilbuddene, så de er målrettet de behov og ønsker, der findes i lokalbefolkningen, i stedet for fra start at antage ”*at vi ved, hvad problemet er*” (udtalt på workshop med planlægningsgruppen med henvisning til de epidemiologiske data). I forhold til ulighed i sundhed kan man fra et økonomisk synspunkt sige, at der spildes mange penge på ineffektive sundhedstiltag. Derimod er en del af de løsningsforlag der er fremkommet af empirien, ikke omkostningsfulde, men de kræver en anderledes sundhedsstrategi.

Kommunen erkender faktisk dette problem og erkender et behov for koordinering og kapacitetsopbygning, hvilket også kan læses ud af ovenstående projekt(om)formulering. Sundhedsprofessionerne erkender også, at det er nødvendigt med alternative sundhedstilgange for at reducere uligheden i sundhed. Problemet ligger dels i vanskeligheder med at arbejde på tværs, og dels i håndtering af det kollektive og sociale sundhedsbegreb eller i håndtering af social sundhed.

Afslutningsvist vil jeg beskrive, hvad der ikke umiddelbart blev til noget i forbindelse med projektet.

Samarbejde mellem ledere og sundheds- og socialmedarbejdere i lokalområderne er måske blevet startet, men ikke formaliseret i forbindelse med projektet. Vi vidste

dog, at projektet skulle forankres i FCN og dermed i en institutionel kontekst og ikke i en lokalsamfundssammenhæng.

FCN har valgt at arbejde videre med partnerskabsperspektivet og har dermed fokuseret på tværgående institutionelt samarbejde og ikke på udvikling af aktører på lokalsamfundsniveau. Projektet ”Sammen om sundhed” har dog medført inddragelse af flere aktører og medført en udadvendt og alternativ sundhedsstrategi for FCN. Det havde været optimalt, hvis brobyggerne og områdefornyelsen var kraftigere tilknyttet FCN og ”projektet Sammen om sundhed”.

Det er endnu uvist, hvor stor en del af områdefornyelsens arbejde der er eksplicit sundhedsarbejde, men det ville være nemmere at fastholde og forankre et sundhedsperspektiv, hvis der er et tæt samarbejde mellem partnerne i lokalområdet og i forvaltningerne.

På samtlige workshops og i projektansøgningen er et neutralt mødested blevet foreslået som et løsningsforslag. Dette er endnu ikke en del af ”Sammen om sundhed”, men der er en mulighed for, at det kan blive praktiseret gennem PULS og områdefornyelsens arbejde.

En empowerment-evaluering som foreslået i projektansøgningen ”Lige adgang til sundhed” er ikke etableret. Måske skyldes dette, at FCN er forankret i epidemiologiske sundhedsdata. Dog er FCN optaget af, at et mål som ”Institutionel tillid²²” er brugbart i forbindelse med ulighed i sundhed.

Som konklusion på dette kapitel vil jeg fremhæve, at projektet ”Sammen om sundhed” indeholder flere faktorer fra et community health-perspektiv. Der er dog en afgørende mangel på koordinering mellem de forskellige sektorer og fagligheder. Desuden er der fortsat en manglende viden, forståelse og håndtering af et kollektivt og socialt sundhedsbegreb i praksisfeltet. Inden for områdefornyelsens arbejde er der fokus på koordinering, empowerment og netværksopbygning, men der er ikke fokus på de sundhedseffekter, dette medfører, og dermed kan det være svært at forankre det sundhedsfremmede arbejde.

22 Dette begreb er introduceret under afholdelse af workshops med inspiration fra Empowerment Evaluering og Hepro-projektet ved Roar Amdam <http://heproforum.net/>

Jeg har nu præsenteret min empiri samt nogle konklusioner. Der er flere både samfundsmæssige og forskningsmæssige konklusioner på empirien, og disse konklusioner og vejen dertil vil blive beskrevet gennem afhandlingen.

Sundhedsfremme og sundhedsstrategier

Dette kapitel danner afslutningen på afhandlingens del 1 og omhandler teoretiske aspekter af sundhedsbegrebet samt beskrivelse af et socialt og kollektivt sundhedsfremmebegreb. Kapitlet sætter først fokus på, hvorledes forståelsen af sundhed har indflydelse på og bliver påvirket af den praktiske fortolkning af begrebet, hvilket fører til et afsnit om sundhedsprofessionernes rolle og historiske udvikling og virke i velfærdssamfundet og inden for sundhedsfremmefeltet. Afslutningsvist indeholder kapitlet et afsnit omhandlende det danske velfærdssamfund og de danske nationale sundhedsstrategiers udvikling. Der er tale om forskellige komparative analyser, der sammenligner Danmark med udviklingen i sammenlignelige lande som Sverige, Norge og England.

SYGDOMS- OG SUNDHEDSBEGREBET

I en biomedicinske forståelse ses sygdomsbehandling som middel til det sunde liv, eller måske snarere til fravær af sygdom. Tilgangen har baggrund i en risikotænkning, hvor det drejer sig om at undgå faktorer, der forårsager sygdom. Dette kan beskrives som en patogenetisk forståelse. Salutogenesis derimod stammer fra saluto = sundhed, genese = oprindelse og omhandler faktorer, der forårsager sundhed. Inden for denne dikotomiske forståelse er begrebet forebyggelse konnoteret til patogenese og også til epidemiologi, mens sundhedsfremme er konnoteret til salutogenese.

Der ligger dog mange sundhedsfortolkninger imellem disse perspektiver.

Jeg vil i det følgende beskrive og fremhæve begrebsforskelle inden for de dominerende diskurser i feltet og tydeliggøre de forskellige alternative og eventuelt additive begrebsopfattelser. Gennemgangen skal ikke forstås som en afvisning af den biomedicinske tilgang til sundhed, snarere er der tale om en udvidelse af forståelsen af sundhedsbegrebet, da dette som beskrevet får betydning for de valgte metoder og tilgange inden for sundhedsfremmefeltet. Samtidig ønsker jeg med afhandlingen at udvikle et supplement, eller et alternativ, til den dominerende biomedicinske diskurs, der har vist begrænset effekt i forhold til at reducere den voksende ulighed i sundhed.

Den biomedicinske retning har været og er fortsat af væsentlig betydning for udvikling af folkesundheden, og den har derfor også en betydelig diskurs inden for forebyggelsestilgangen (Land & Pedersen, 2010).

Kritikken af den biomedicinske tilgang er, at den menneskelige organisme sammenlignes med en maskine, og dermed overses væsentlige aspekter, der har betydning for sundhed. I den biomedicinske tilgang er der en klar kausalitetssammenhæng, eller en årsags-virkningssammenhæng. Tilgangen hviler på den naturvidenskabs-teoretiske tradition, hvor sundhed forstås som fravær af sygdom, og hvor det dominerende handlingsaspekt drejer sig om ikke at udsætte organismen for risici, der kan fremkalde sygdom.

Der er i litteraturen fremsat kritik af det positivistiske sundhedssyn blandt andet via psykologiske og sociale perspektiver på sundhed og sygdom, som ikke fuldt ud kan rummes inden for en rent biologisk ramme, og som er uløseligt knyttet til begreber som følelser og værdier. Psykologen Peter Elsass nævner aspekter som "et liv i balance" og har et fokus på det sunde liv, hvor sygdom opstår, når den enkelte ikke lever eller gives mulighed for at leve "det gode liv" (Elsass, 1998). Elsass og Lauritsen peger endvidere på det samfundsmæssige, hvor ikke blot institutionelle rammer, men også det diskursive, dvs. måden vi overhovedet kan tale meningsfuldt om sundhed på, er medtænkt (Elsass og Lauritsen:2006). Der er tale om et diskursteoretisk sundhedsperspektiv, der indebærer, at sundhed og sundhedsidealer forandres over tid og er samfundsmæssigt konstrueret (Elsass, P. & Lauritsen, 2006).

Lektor i almen medicin, sociolog, dr. scient. soc. Dorte Effersøe Gannik peger på behovet for at se sundhed som "*evnen til at reagere på ydre og indre påvirkninger*,

således at sygdom undgås, overvindes eller reguleres” (Gannik, 2005:27). Gannik tager altså udgangspunkt i et **sygdoms**begreb, men hun betoner det, hun kalder sygdomshandlingsfeltet, dvs. de handlinger, hvormed mennesker regulerer symptomer i hverdagens situationer. Hendes overordnede sigte er at udfordre den biomedicinske videnskabsteori og finde frem til et mere dækkende begreb for sygdom end selve diagnosen. Ganniks perspektiv på sygdom får en udvidet betydning som et fænomen, der hænger sammen med og er integreret i hverdagslivet og samfundet frem for at være isoleret i særlige institutioner. Hun pointerer, at oplevelsen af, om den enkelte ser sig som syg eller rask, er nært knyttet til vedkommendes sociale placering og handlekompetence. Ganniks sundhedsforståelse er kontekstuel og indebærer et socialt fokus på sygdom. Der er i Ganniks perspektiv tale et *individuel* perspektiv på hverdagslivet, som ikke indbefatter fokus på de sociale relationer, de strukturelle, kulturelle eller samfundsmæssige sammenhænge, der også har indvirkning på sundhed og sygdom.

SUNDHEDSFREMMEBEGREBET

Sundhedsfremmebegrebet stammer fra efterkrigstiden, hvor WHO (1948) introducerede begrebet for at modvirke de store uligheder i sundhed, der fulgte efter krigen. Begrebet sundhedsfremme/health promotion har rødder tilbage til sundhedsbegrebet, og sundhedsfremmebegrebet forsøger at forene det fysiske (biomedicinske) sundhedsbegreb omhandlende ”fravær af sygdom” med humanistiske og holistiske perspektiver på sundhed. Endvidere sætter sundhedsfremmebegrebet fokus på de samfundsvidenskabelige, sociale og kollektive årsager og perspektiver på sundhed.

Selve sundhedsperspektivet kan siges at være baseret på utopiske horisonter, idet der efterstræbes en ”*tilstand af komplet fysisk, socialt og mentalt velbefindende*” (WHO 1948). Den store udfordring ved dette utopiske sundhedsbegreb er, at der ikke er tale om et fast defineret mål for sundhed. Den altomfattende definition gør det vanskeligt at håndtere både teoretisk og praktisk.

Det har fået den konsekvens, at begrebet i praksis er mere procesorienteret end målorienteret og kritiseres for at være altomfattende og diffust.

Som modsvar til et patologisk sygdomsbegreb udvikler sundhedsfremmeforskeren Aaron Antonovsky i 1970'erne en salutogenetisk teori, hvor sundhed handler om at holde mennesker raske, og ikke om, hvad der gør dem syge. Han fokuserer på spørgsmålet om, hvad der er grunden til, at nogle mennesker håndterer livets udfordringer bedre end andre. Antonovsky taler om "sense of coherence" (SOC). I dansk litteratur oversættes dette begreb både som oplevelsen af sammenhæng og følelsen af sammenhæng. Hovedelementerne til opnåelse af følelsen af sammenhæng er: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Antonovsky: 2000)²³. Antonovskys teori er, at følelsen af sammenhæng, håndterbarhed og håndgribelighed direkte påvirker folks sundhedsadfærd og derigennem deres fysiske og psykiske helbredstilstand.

Selve sundhedsfremmebegrebet defineres af Vallgård, baseret på Antonovskys salutogenetiske teori, således: *"I sundhedsfremme er målet først og fremmest at øge folks følelse af sammenhæng, dvs. følelsen af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed – eller med solide danske ord at styrke folks livsmod, livsglæde, handleevne og fornemmelse af overskud i hverdagen. Arbejdet er kort sagt baseret på mulighedstænkning, drevet af håb, domineret af nedefra-og-op-perspektiv, idet kun den enkelte borger kender sin egen følelse af sammenhæng. Sundhedsarbejdet er forankret i en dynamisk tænkning, hvor læreprocesser, erfaringer og følelse af sammenhæng (aktør-perspektivet) er ligeså vigtige som levekår og stressorer (strukturperspektivet)"* (Vallgård, 2005:19). Tolkning af betydningen af stressorer som værende et strukturperspektiv synes jeg ikke klart fremgår af Antonovskys sundhedsfremmeperspektiv, der som udgangspunkt har et individualiseret syn på håndtering af de stressorer, som et menneske bliver udsat for. Betydningen af stressorer kan tolkes og bliver i praksis tolket som en individuel belastning (Diderichsen, et.al, 2011), og fokus lægges på, hvordan den enkelte kan begribe og håndtere disse stressorer.

Der bliver i sidste instans tale om den enkeltes evne til at klare udfordringer selv, hvilket kan medføre "victim blaming" hvis det ikke lykkes. Dermed fremkommer en kritik af, at stressorer ikke fremkommer som noget, der kan håndteres *i fælles-*

23 Begribeligheden hænger sammen med, at der er en vis forudsigelighed i det problem, man står over for at skulle løse. Håndterbarheden opnås ved, at personen oplever en vis form for belastningsbalance. Personen, der står over for problemet, skal have følelsen af, at kravene ikke overstiger vedkommendes ressourcer. Endelig er det, ifølge Antonovsky, vigtigt, at personen har mulighed for at være aktivt deltagende i processen, for at løsningen kan blive meningsfuld for vedkommende selv.

skab, og der fremkommer heller ingen *handlingsanvisninger* til at kunne håndtere og begribe stressorerne.

Et sådant sundhedsperspektiv er indeholdt i Ottawa-charterets empowerment-perspektiv, som har et blik på ikke kun individets handlekapacitet, men også indeholder et kollektivt perspektiv dels på netværk og dels på de betingelser og de mulighedsrum, der er til stede i individets omverden, og i de sociale omstændigheder, som er en del af den hverdag, individet eller grupper af individer indgår i.

Ifølge Ottawa-charteret er det centrale, at sundhedsfremmebegrebet tager udgangspunkt i et ressource- og kapacitetsopbyggende sundhedsperspektiv.

Sundhedsfremme er baseret på et empowerment-perspektiv og sætter bevidstgørelse og handling i centrum i forhold til opnåelse af sundhed.

Direkte oversat betyder empowerment at sætte i stand til og give evne til. Flere forskere oversætter begrebet til mægtig- og myndiggørelse. (Krogstrup, 1997, 2011). Mægtiggørelse henviser til dannelse af rammerne eller mulighedsrummet, mens myndiggørelse henviser til et handlingsaspekt, så individer og grupper bliver i stand til at udnytte de tilgængelige muligheder. Empowerment-begrebet handler dermed analytisk set *både* om objektive mulighedsrum (mægtiggørelsen) og den subjektive kapacitet (myndiggørelsen) (J. Andersen, 2011).

Empowerment-begrebet stammer oprindeligt fra tredjeverdenslande, nærmere betegnet fra Freires "*Pedagogy of the oppressed*" (1970). Freires definition af empowerment handler grundlæggende om en kritisk bevidstgørelse og om "*learning to perceive social, political, and economic contradictions, and take action against the oppressive elements of that reality*" (Freire, 1970:19). Via tilførsel af viden og empowerment-processer er hensigten, at det enkelte individ forstår og bliver bevidst om de strukturer og rammer, det enkelte individ handler inden for - for derigennem at kunne påvirke og udnytte disse rammer bedre. Individet ændrer dermed status fra at være et objekt til at være et handlende og tænkende subjekt.

KOLLEKTIV SUNDHEDSFREMME

Handlingsperspektivet, eller manglen på et handlingsperspektiv både i en epidemiologisk sundhedsforståelse og på sin vis grad også i Ottawa-charterets multifaktuelle sundhedsforståelse, er måske en del af baggrunden for det eksisterende gab mellem teori og praksisudvikling inden for sundhedsfremmefeltet.

På Center for Sundhedsfremmeforskning på Roskilde Universitet har vi i 2010-2011 haft et samarbejdsforum mellem forskere fra Center for Sundhedsfremmeforskning og kommunale sundhedschefer og sundhedskonsulenter i region Sjælland (Liste over empiri: dato sept. 20120). Gennem dette samarbejdsforum blev det tydeliggjort, at praksisfeltet efterlyser metoder til sundhedsfremmeprojekter og borgerinddragelse. Dette er også blevet bekræftet i min empiri i København NV, hvor der især fremkom usikkerhed på håndtering af de sociale aspekter af sundhedsbegrebet.

På basis af sundhedsfremmeperspektivet fra WHO har Center for sundhedsfremmeforskning på Roskilde Universitet udviklet et begreb om kollektiv sundhedsfremme. ”*Ved kollektiv sundhedsfremme er lokalsamfundet, og andre settings/arenaer f.eks. i nærmiljøer, på arbejdspladser, i skoler m.m. centralt i sundhedsfremmeindsatsen. Kollektivt orienteret sundhedsfremme kombinerer et (individ) aktør perspektiv med en strukturel tilgang. Det er centralt at sundhed er tilgængeligt for borgerne. Men hvor tilgængelighed i et strukturelt perspektiv tenderer til at fokusere på rammer og lovgivning, er kernen i et kollektivt sundhedsfremme perspektiv en mere social tilgængelighed. Pointen herved er, at kollektiv sundhedsfremme handler om at skabe fælles handlinger og engagement i sociale miljøer. Begrebet kan henføres til den internationale betegnelse ”Community Health”, hvor fokus er på ”communities”, som indebærer involvering af mange forskellige individer, herunder borgerne*” (Lau, Holm, Andersen, & Dybbroe, 2012:21).

I min specialeafhandling ”Kollektiv sundhedsfremme i et empowermentperspektiv” (H. L. Andersen, 2011) beskrev jeg vigtigheden af at fortolke og anvende sundhedsfremmebegrebet. Specialet omhandlede et udsat boligområde, Gellerup i Århus (se liste over empiri: 1). Her lavede jeg en komparativ analyse af to forskellige sundhedsindsatser, som lå dør om dør midt i boligkomplekset Gellerup. Den ene var Community Center Gellerup, baseret på en tilgang med fokus på empowerment og borgerdeltagelse, og den anden var en satellitafdeling af

Sundhedscenter Århus, som tilbød KRAM-forebyggelsesindsatser. Nedenstående skema viser forskellen på de to forskellige sundhedsindsatser.

Tabel 4: Komparativ fremstilling af to forskellige sundhedsindsatser i et lokalområde.

Organisation	Traditionelt sundhedshus	CCG – Gellerup
Organisationsopbygning	Traditionel institutionel opbygning	Multifunktionel Community Center.
Netværk	Manglende	Brobyggende
Empowerment tilgang	Selvansvarliggørelse. "neutral" coaching. "Løsningen findes hos borgeren".	Facilitering, "advocacy" og ressourceopbygning på mikro, meso og makro niveau.
Tilgang til professionelle	Low trust	High trust
Sundhedsfremmetilgang	I retorikken baseret på Antonovsky. Individuel tilgang. Borgerne betragtes som "Kunder". Sundhedshus er baseret på læge henvisning. "den frie tilgang" fungerer hovedsagelig ved at borgerne bliver bedt om at få en lægehenvi- sning.	Baseret på Antonovsky og empowerment. Kollektiv og individuel tilgang. Opsøgende borgerinddragende metoder.
Evaluering	Evaluering med fokus på fysisk sundhed Styring – Foucault: Governmentality.	Empowerment evaluering. Fokus på kapacitetsopbygning af både borger og professionelle.
Kønsfordeling og alderssammensætning blandt brugerne	74 % kvinder og 26 % mænd. midaldrende og ældre borgere	50 % Kvinder og 50 % mænd. Børn og voksne i alle aldre

En af de væsentligste forskelle fremkommer i den nederste spalte, der viser, at et større udsnit af beboerne anvender Community Center Gellerup.

Begge institutioner beskrev, at de arbejdede ud fra Antonovskys salutogenetiske perspektiv, men resultat af deres indsatser var meget forskellige. Det karakteristiske ved tilgangen i Community Center Gellerup var et fokus på empowerment, deltagelse og tilgængelighed, men det var samtidig tydeligt, at de i nogle sammenhænge havde svært ved at integrere sundhedspersonalet i aktiviteter, der ikke direkte var linket til sundhedsarbejdet. Dette, sammenholdt med at kommunerne giver udtryk for at mangle metoder til sundhedsfremmearbejdet og borgerinddragelse, leder til at et ønske om at udvikle et socialt sundhedsbegreb, der hviler på et kollektivt

sundhedsfremmebegreb, men mere eksplicit kobler til og anviser muligheder for at håndtere social sundhed. Dette vender jeg tilbage til senere i afhandlingen.

EMPOWERMENT

Empowerment-begrebet er ikke udviklet inden for en bestemt videnskabsteoretisk retning, men er snarere baseret på emancipatorisk teoretisk tænkning. I artiklen: ”*In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention*” fra 1981 beskriver empowerment-forskeren Rappaport, at målet med empowerment er ”*to enhance the possibilities for people to control their own lives*” (Rappaport, 1981:15).

Den danske empowerment-forsker John Andersen har udviklet et transformativt empowerment-begreb, der fokuserer på kollektiv bevidstgørelse og opbygning af handlekapacitet.

Dette transformative empowerment-begreb er væsentligt i forhold til denne afhandlings community health-perspektiv, der fokuserer på at håndtere sammenhængen mellem de samfundsmæssige niveauer, og som sigter på ikke at udvikle et parallelsamfund inden for lokalområdet.

I det transformative empowerment-begreb er der nemlig et fokus på kulturelle faktorer, rettigheder og livsbetingelser for det sunde liv, og det indbefatter et vigtigt blik på sammenhængen mellem de forskellige samfundsmæssige sfærer. Det transformative empowerment-begreb beskriver både de horisontale relationer mellem aktører på samme niveau og samfundsmæssige, vertikale relationer. På det horisontale niveau dækker empowerment over processer, hvor der sker en styrkelse af handlingskapaciteten og styrkelse af handlekraftige netværk mellem individer og grupper inden for *samme niveau*, det kan for eksempel være inden for et lokalsamfund.

Vertikal empowerment drejer sig om, at individer, grupper eller hele lokalsamfund styrkes i forhold til aktører og handlesammenhænge på højere niveauer i feltet. Det kan for eksempel være i forhold til national lovgivning eller kommunens politiske og administrative prioriteringer, eller i forhold til overordnede diskurser og politiske programmer. Vertikal empowerment handler om styrkelse af individers adgang til magtpositioner (J. Andersen & Beck, 2003; J. Andersen, 2005).

De horisontale og vertikale relationer, som rækker ud over en given fysisk lokalitet, altså udad og opad, er vigtige for at skabe fornyelse og undgå en reduktionistisk tilgang til forståelse af problemstillingerne. Det er i et empowerment-perspektiv afgørende, at overordnede ulighedsstrukturer ændres. Det individuelle, lokale og globale skal gensidigt understøtte hinanden for at en empowerment-proces skal lykkes.

Selve empowerment-tilgangen handler om at møde folk der, hvor de er, og som de er. De ”stærkeste svage” kan selvorganiseres og understøttes i deres empowerment-bestræbelser (Wallerstein & Duran, 2010). Det er vigtigt også at pointere, at for nogle grupper er dette utopisk, og her handler det mere om at tage konkrete problemer alvorligt og kunne facilitere effektivt i problemstillingerne (J. Andersen & Frandsen, 2007).

En empowerment-proces handler ifølge Andersen om:

- Kollektiv problemerkendelse – identitets empowerment.
- Evnen til at kunne påvirke værdier og normer – en form for diskursiv empowerment.
- Evnen til at kunne påvirke det politiske og forvaltningsmæssige system – politisk empowerment.
- Opbygning af institutionel forankring – institutionel empowerment.

En empowerment-proces skal ses i et multilevelperspektiv, hvor empowerment-tilgangen anvendes på et samfundsmæssigt (makro-) niveau, et organisations- og institutionsniveau (meso-) og et perspektiv på menneskers hverdagslivssammenhænge (mikro-) (J. Andersen, 2011). Senere i afhandlingen kobles empowerment-begrebet til Aristoteles’ begreb om phronesis.

Empowerment og social kapital

Begrebet social kapital er anvendt og beskrevet som en del af empowerment-perspektivet. Begrebet går historisk tilbage til samfundsforskere som Emile Durkheim og Max Weber, hvor det sættes i forbindelse med tillidsbegrebet. Pierre Bourdieu var en af de første til at begrebsliggøre social kapital. Hans teori udgør et større teorikompleks, som jeg kun delvist vil redegøre for her. Gennemgangen af begrebet socialkapital tager endvidere udgangspunkt i Robert D. Putnams begrebsliggørelse, da to perspektiver ikke helt kan stå alene, men supplerer hinanden i forhold til et sundhedsfremmeperspektiv.

Pierre Bourdieu²⁴ beskriver i ”*The forms of capital*” fra 1986 begrebet social kapital som den værdi, man har i kraft af sit sociale netværk eller igennem medlemskab af en bestemt gruppe (Bourdieu, 1985).

Bourdieus reflektive sociologi arbejder med kernebegreber om habitus, kapitaler, dominans og forskellige sociale grupper gensidige positioneringer i forskellige felter. Hans begrebsapparat kan forstås som en videreudvikling af Webers teorier om det dynamiske samspil mellem økonomisk, statusmæssig og politisk magt, men i modsætning til Weber har Bourdieu fokus på konfliktsuelle relationer og den ulige fordeling af forskellige ressourcer (kapitaler) mellem agenterne i det sociale rum. (Bourdieu & Wacquant, 1996). Der er tre hovedformer for kapital: økonomisk kapital (penge, ejendom), kulturel kapital (uddannelse, dannelse) og social kapital (forbindelser og netværksrelationer). De forskellige kapitalformer kan udveksles med hinanden til for eksempel symbolsk kapital, som refererer til det, som en given social gruppe eller et felt anerkender som værdifuldt.

Bourdieus begreb om social kapital handler om individets sociale netværk i bred forstand: ”*Social kapital er summen af eksisterende eller potentielle ressourcer, den enkelte eller gruppen har rådighed over i kraft af et netværk af stabile relationer og mere eller mindre officielt anerkendte ”forbindelser”, hvilket vil sige summen af den kapital og magt, der kan mobiliseres i kraft af et sådant netværk*” (Bourdieu & Wacquant, 1996:105). Der er i dette perspektiv tale om både formelle og uformelle netværk og relationer.

I Bourdieus perspektiv om sociale netværk er social kapital et produkt af og oprettholdes af de indgåede sociale relationer. Opnåelse af social kapital bliver dermed et mål i sig selv, hvilket er det modsatte af for eksempel James Colemans relationelle begreb om social kapital, hvor opnåelse af social kapital ses som en proces (som skabes gennem relationer) snarere end et mål (Coleman, 1988).

24 Bourdieu betegner sit arbejde som konstruktivistisk strukturalisme/strukturalistisk konstruktivisme, da han ser feltbegrebet både som socialt konstrueret og samtidig som noget, der rummer en objektiv eksistens. Det er begrebets dobbelthed, der danner grundlag for Bourdieus videnskabsteoretiske ståsted, idet det indebærer både et strukturelt og et konstruktivistisk perspektiv. (Rasborg 2004). Bourdieu kan ikke tilslutte sig objektivisme i samfundsvidenskab, men ser i stedet forandringer i samfundet som produkter af kampe mellem modstridende positioner i forskellige ”felter” (Fuglsang og Bitch Olsen 2004:37).

I forhold til et sundhedsfremmeperspektiv kan Bourdieus perspektiv give en forståelse af, at ulighed skabes af forskellig adgang til at skabe kapital. Endvidere kan Bourdieus perspektiv anvendes til at analysere de samfundsmæssige og strukturelle ulighedsskabende faktorer i et felt. Bourdieus begreb om social kapital er udviklet inden for en konfliktorienteret ramme, men hans begreb indeholder dog et vist element af gensidig anerkendelse, og det betegner de netværksressourcer, som en aktør kan anvende i kampen om at opnå positionering i feltet. Bourdieus blik for uformelle netværk eller venskaber er et vigtigt supplement til et socialt sundhedsperspektiv, hvor relationer har stor værdi.

Bourdies konfliktorienterede perspektiv kan dog ikke stå alene i et empowerment-perspektiv, da det gennem konfliktperspektivet overser det sociale fællesskab omkring socialkapital, netværksopbygning, fællesskab og sundhed, som også er til stede i et felt. Derfor er en kombination af Bourdieus og Putnams forståelser af social kapital anvendelig i et empowerment-perspektiv.

Social kapital er i Robert Putnams²⁵ forståelse en produktiv kraft, der øger de specifikke fordele, der ligger som en latent kraft i de sociale netværk. Der er tale om et dynamisk perspektiv via gensidighed mellem de tre elementer *fælles normer*, *netværksdannelse* og *social tillid*, som ses som en handlingsressource til fordel for det fælles bedste. Vedligeholdelsen og udviklingen af de tre elementer forudsætter kontakt, kommunikation og en tillid til såvel fællesskab som eksistensen af pålidelige normer. Ud over redegørelsen for eksistensen af social kapital beskriver Putnam vigtigheden af social kapital på tværs af samfundsniveauerne. Den sociale kapital bliver det kit, der får samfundet til at hænge sammen (Putnam, Leonardi, & Nanetti, 1993; Putnam, 2000).

Social kapital kan ifølge Putnam både have en afgrænsende og en brobyggende karakter. Afgrænsende social kapital betegner sociale bånd mellem personer, der ligner hinanden, fx ved at have samme alder, interesser eller etnisk baggrund, mens brobyggende social kapital går på tværs af disse ligheder. Forskellige grupper kan, ifølge Putnam, på samme tid være afgrænsende og brobyggende; eksempelvis i en

25 Amerikaneren og sociologen Robert Putnam har med sine bøger 'Making Democracy Work' (1993) og 'Bowling Alone' (2000) udviklet to analytiske tilgange – bonding and bridging – til begrebet social kapital. I "Making Democracy Work" viser Putnam sammenhængen mellem tilstedeværelse af social kapital og institutioners effektivitet. Bowling Alone omhandler den amerikanske foreningskultur, som siden 1960'erne kraftigt har været for nedadgående.

menighed, hvor der afgrænses over for andre trosretninger, men bygges bro over sociale og etniske forskelle.

Putnam har altså med sit begreb om afgrænsende social kapital blik for fællesskabets skyggeside i form af eksklusion, men den afgrænsende, sociale kapital kan være nødvendig for at skabe sammenhængskraft og solidaritet internt i gruppen. Den brobyggende sociale kapital er derimod helt afgørende for udvikling og fornyelse – og dermed for dannelse og udvidelse af den sociale kapital. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at *”opbygning af social kapital altid befinder sig i et spændingsfelt mellem tillid og mistillid og mellem enighed og uenighed. For at opnå bæredygtige resultater af en social, økonomisk og identitetsmæssig udviklingsproces i underprivilegerede fællesskaber må social mobilisering og allianceskabende brobygning kombineres”* (Andersen 2007:16).

Sociale relationer i netværk, baseret på fælles normer og tillid, giver en synergieffekt, der understøtter individer og grupper og giver adgang til nogle ressourcer, de ellers ikke ville have adgang til. Således medfører tillid som social kapital en ressource, der rækker ud over de enkelte individers blotte fællesskab: en produktiv kraft, der gør en gruppe til andet og mere end blot en samling individer, der forfølger egne mål.

Putnam har udviklet analytiske perspektiver på begrebet social kapital – bonding og bridging. Den sociale kapital analyseret gennem begrebet ”Bonding social capital” ses som en afgrænsende social kapital, mens begrebet ”Bridging social capital” ses som den brobyggende kapital. Endvidere taler Putnam om en tredje form ”Linking social capital”, som refererer til relationer med indflydelsesrige personer (Woolcock, 2001), eller i empowermentperspektiv om vertikale relationer, der rækker udad og opad (Andersen:2005; Andersen & Beck, 2003). Selvom Putnam taler om vertikale relationer, negligerer han et egentligt magtperspektiv (P. T. Andersen, Jørgensen, & Larsen, 2010; Tanggaard Andersen, 2007).

Putnam har ikke på samme måde som Bourdieu blik for betydningen af venskaber. Putnam anvender i sine analyser et mere kvantitativt perspektiv. I sit studie i Italien foretog Putnam en optælling af antallet af foreninger og forsamlinger, man deltog i. Dette medfører et isoleret blik for formelle netværk. (Putnam et al., 1993), senere har Putnam dog beskrevet vigtigheden af uformelle netværk (Putnam, 2000).

I forhold til et sundhedsfremmende empowerment-perspektiv anses brobyggeren som en person, der er med til at understøtte netværksdannelse og empowerment-processer. Brobyggerens praksis skaber forbindelser og bygger bro på tværs af grænser mellem fx forvaltninger eller praksisfællesskaber og virker dermed som oversættere, facilitatorer og formidlere af budskaber og er dermed også medkonstituerende for et felts kollektive handlingspotentiale. Brobyggerfunktionen gør sig gældende på makro-, meso- og mikroniveauet i en empowerment-proces.

John Andersen har, inspireret af Pierre Bourdieu og Robert D. Putnam, lavet følgende opdeling:

- Identitets-empowerment handler om at ændre en negativ individuel "taberidentitet" til en positiv og kollektiv "vinder- eller modstandsidentitet". Dette kan ske gennem mobiliserende netværk, der bryder med individualiseringen af sociale problemer.
- Statusmæssig eller symbolsk empowerment handler om evnen til at ændre omverdenens forestillinger og moralske stemplinger af grupper, som i dominerende diskurser tilskrives problematiske sociale værdier og egenskaber.
- Politisk empowerment handler om repræsentation, tilstedeværelse og handlekapacitet i forhold til at få en stemme og kunne påvirke det politiske felt og civilsamfundet.
- Bæredygtige empowerment-processer handler både om, at de underprivilegerede skal have deres position styrket gennem mobilisering og dannelse, og at empowerment-processer for at blive "robuste" på et tidspunkt skal ind i nogle baner, der fremmer evnen til at opbygge alliancer, opnå anerkendelse og legitimitet, uden for ens egen gruppe (brobyggende social kapital).
- Institutionel empowerment er sikring af mere stabile baser, således at interessevaretagelsen ikke kun er afhængig af frivillig mobilisering. Institutionel empowerment kan antage mange former. Det kan også være i form af ressourcefordeling og anerkendelse af f.eks. NGO'er²⁶ og andre interessegrupper som forhandlings- eller høringspartnere i den politiske proces (John Andersen:2011).

Sammenfattende er sammenhængen mellem social kapital og sundhed baseret på forståelsen af, at gennem styrkelse af de sociale netværk og derigennem styrkelse

26 Engelsk: NGO – Non Governmental Organisation, på dansk fællesbetegnelse for frivillige organisationer fx. Ældre Sagen.

af den sociale kapital vil der ske en forbedring af individers og gruppers livsmod, livsglæde, handleevne og fornemmelse af overskud i hverdagen, som Vallgård formulerer det. Social kapital og netværk ses som de bæredygtige elementer for samfundets sammenhængskraft, som Putnam formulerer det, og han tilføjer, at der er et dynamisk perspektiv og en gensidighed mellem de tre elementer *fælles normer, netværksdannelse* og *social tillid*, som ses som en handlingsressource til fordel for det fælles bedste.

Ekspertens rolle i en empowerment-proces er at være en facilitator og en katalysator, der deler ud af sin viden (og som ikke er eksperten i en problemstilling). Det handler om at facilitere og udfordre til en udviklingsproces for et individ, en gruppe eller et lokalsamfund. Med introduktion af facilitator rollen bliver det relevant at inddrage en beskrivelse af et magtperspektiv i empowerment-processerne.

EMPOWERMENT OG MAGT

Sundhedsfremmeforskeren Signill Vallgård mener, at der er to grunde til at beskæftige sig med empowerment som magtudøvelse. Den ene er baseret på, at målet med sundhedsfremme er at forme subjekter ved at give borgeren en ny egenskab i form af handlekompetence. Den anden er, at det handler om at få mennesker til at ændre adfærd i en bestemt retning, nemlig i retning af, at deres sundhed forbedres. Der er, ifølge Vallgård, ikke nødvendigvis en modsætning mellem at styre og at forme sit eget liv. Vallgård siger: *"Magtudøvelsen kan bruges til at gøre livet bedre for mennesker, og det er helt klart sigtet med sundhedsfremme."* (Vallgård, 2005:25). Her fremkommer en vigtig skelnen mellem positiv og negativ magt. Den positive "magtanvendelse" skal igennem empowerment-processer tænkes ind i en normativ ramme: *"som skal baseres på én og samme tid på anerkendelse af kulturel forskellighed, et levende demokrati og en grundlæggende solidaritet omkring alles muligheder for ret til social velfærd og anerkendelse som ligeværdige medborgere"* (Andersen, 2005:16). På institutionelt niveau er det af afgørende betydning, at den normative ramme/værdigrundlaget for udførelse af sundhedsfremme er eksisterende og nærværende.

Vallgård henter sin teoretiske forståelse af magtperspektivet fra Foucaults governmentality-analyser, der viser, at der *altid* vil eksistere magtrelationer. Når magten er allestedsnærværende, er der også en modmagt, som er allestedsnærværende. Empowerment-processernes formål er at styrke denne modmagt, så der opnås

større lighed i magtfordelingen. Det er dog vigtigt at pointere, at der ikke er et eksplicit emancipatorisk element i Foucaults magtperspektiv. For Foucault er det kritiske element at dekonstruere og tydeliggøre de magtrelationer, som er på spil. I Bourdieus magtperspektiv eksisterer der ikke altid en modmagt, og hans magt-analyser tager et konfliktorienteret udgangspunkt, hvor han analyserer de kampe, der fører til erhvervelse af magt.

I forhold til Vallgårdas udsagn om, at et af målene med sundhedsfremme er at få folk til at ændre adfærd, er det en vigtig pointe, at i et empowerment-perspektiv er dette ikke nok i sig selv. Det handler også om *adgang til sundhed*, om *adgang til handlingsmuligheder* og om *ændring af ressourcefordelingen*, og dette medfører ikke nødvendigvis en disempowerment af andre. I empowerment er udgangspunktet ikke, at magt altid (men det kan godt være tilfældet) skal opfattes som et ”nul-sumsspil”, hvor magt er en konstant størrelse: Hvis den ene part vinder, er det på den andens bekostning. Magtperspektivet i empowerment-orienterede processer indebærer, at personer, som får større medbestemmelse, ikke nødvendigvis reducerer den andens magtposition. Idealet er snarere, at den samlede magt og kompetence til ændring af en uønsket situation øges, dvs. der bliver snarere tale om et ”win-win-spil” (Andersen: 2005).

Et community health-, perspektiv er ikke i sig selv en løsning på Foucaults governmentality-perspektiv, selvom perspektivet i community health er mere governance-præget. Der er dog fortsat tale om styring, dominans og magt. Nicholas Rose beskriver i artiklen ”*The death of the Social? Refiguring the territory of government*”, hvorledes nye former for governance ”*is turning communities into a “means of government”*” (Rose, 1996:335).

I dette perspektiv bliver empowerment også en normativ kontrol, fordi de forskellige sundhedsindsatser kan forpligtige borgerne til at gennemgå udvikling eller adfærd ændringer, som på forhånd er blevet bestemt af andre.

Den danske sundhedsfremme forsker Pernille Tanggaard Andersen beskriver problemstillingen på følgende måde: ”*Health Promotion projects sometimes involve empowerment as a method to achieve a certain goal; for example, projects where community members are supported by health professionals in defining their needs, resources and solutions to existing health issues. At other times, empowerment in health promotion projects is perceived as an end in itself. This is particularly evident in the discipline of*

health promotion in which empowerment often is an imperative for successful health outcomes (Tones, 2001). However, it might be argued that in spite of the good intentions of creating equity in health, empowerment might risk of being converted into compliance, meaning that empowerment no longer is about empowering individuals to have control in their own lives but to be able to act in specific ways that are desired by politicians and not necessarily by health professionals” (P. T. Andersen, Jørgensen, & Larsen, 2011:100).

Ovenstående gennemgang viser vigtige opmærksomhedspunkter ved et sundhedsfremmende empowerment-perspektiv. Det sidste afsnit med gennemgang af magtperspektiver skal ses i et spændingsfelt, hvor der på den anden side er en udbredt anerkendelse af, at empowerment-processer forbedrer individer, grupper af individers liv via øget selvkontrol, social kapital og gode relationer.

I de sidste linjer i ovenstående citat fra Tanggaard Andersen; “....*about empowering individuals to have control in their own lives but to be able to act in specific ways that are desired by politicians and not necessarily by health professionals*”, fjerner hun lidt af magtansvaret fra professionernes rolle for i stedet at placere den hos politikerne. Dette spændingsfelt leder til det næste afsnit, som omhandler sundhedsfremmere som aktører og udøvere af sundhedsfremmende empowerment-processer.

SUNDHEDSFREMMERE

Ovenstående afsnit om magt og empowerment rejser spørgsmålet om, hvor meget sundhedsprofessionerne eller andre overhovedet skal blande sig i folks liv. Og hvem er egentlig sundhedsfremmere? Er det udelukkende sundhedsprofessioner? Hvad med socialprofessionerne, de forskellige sundhedsmæssige kandidatuddannelser, forvaltere og andre typer af kommunale medarbejdere, og ikke mindst hele den civile befolkning og alle de frivillige organisationer? I England, nærmere betegnet på Leeds Health Promotion Center, har de publiceret mange teoretiske artikler og evidensbaserede rapporter, der støtter anvendelse af ”lay people in community health interventions” (South, 2013; South, J., Branney, P. & Kinsella, 2011; Warwick-Booth, Woodall, J, South, 2012; Woodall, South, & Warwick-booth, 2010a). Community Health-tilgangen er velintegreret i den engelske kontekst i modsætning til den danske kontekst, hvor community health-konceptet fortsat er i sin vorden.

En fare for at implementere et community health-perspektiv i et udsat lokalområde i Danmark er faren for at udvikle et parallelsamfund, hvor de svageste stillede får sværere ved at få adgang til ekspertbehandlingen. Dette modsvarer af Leeds' dokumentation for, at den civile befolkning blandt andet fungerer som brobyggere til de etablerede sundhedsydelser. Konklusionen må være, at der ikke er tale om et enten eller, men et både og. Men hvordan gøres dette?

Den danske sygeplejerske, næstformand i rådet for socialt udsatte og modtager af Nightingale-prisen 2013, Nina Brünés, har været ansat i et projekt "Sygepleje på Hjul", som var en ambulancetjeneste eller et fremskudt ambulatorium, der lavede opsøgende sygepleje til hjemløse mennesker på gaden, der ikke kan overskue at tage på hospitalet. Nina Brünés reflekterede dog over, at de hjemløses sår og bylder i mange tilfælde krævede specialiseret behandling på et sygehus, men her følte de hjemløse sig ikke velkomne (se liste over empiri: 46). Problemstillingen handler om, hvorvidt der skal etableres særskilte tilbud til de hjemløse, eller om det etablerede system skal være modtageligt over for alle borgere. Nina Brünés mener, det handler om, at det etablerede system bliver mere tilgængeligt, hvorfor hun har introduceret socialsygeplejersker, som arbejder i hospitalssektoren, i tæt samarbejde med hospitalets personale, og tager sig af de særlige problemer, som for eksempel stofmisbrugere og hjemløse har brug for. <http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Fag/FlorenceNightingale/Florence%20Nightingale%20medaljen/Nina-Brunes.aspx>

Den overordnede målsætning i denne sammenhæng, må være at skabe større tilgængelighed til sundhed i det danske samfund, og dette større samfundsmæssige perspektiv må være rammesættende for et community health-perspektiv, der sigter mod at reducere den voksende ulighed i sundhed.

Professionernes rolle i velfærdssamfundet.

Traditionelt fungerer professionerne som velfærdsstatens forlængede arm.

Professioner har eksisteret siden 1000-1100-tallet. De tre klassiske professioner er faggrupper som læger, jurister og præster.

Det særlige ved professioner i forhold til alle mulige andre specialiseringer var, at udøverne af disse erhverv gennem kollegial kontrol med kvaliteten af arbejdet og med rekruttering til faget tilkæmpede sig en særlig status og anerkendelse. Uddannelsesaspektet blev en integreret del af problematikken vedrørende profes-

sioner, idet uddannelsesniveaue har været afgørende for at klassificere de klassiske professioner i samfundet. Omkring 1800-1900-tallet har et antal professioner fået en lignende status, for eksempel sygeplejersker, lærere, tandlæger, dyrlæger og politimænd med flere. Disse betegnes de nye professioner, velfærdsprofessioner eller semiprofessioner, og de består af veluddannede personer defineret ved, at de har en mellemlang eller lang videregående uddannelse. I sociologien hersker der en vis enighed om, at professioner er at forstå som afgrænsede grupper på arbejdsmarkedet, hvis viden har væsentlig samfundsmæssig betydning.

De dominerende tendenser inden for professions sociologien udgår fra de vilkår, som professionerne udviklede sig under i Storbritannien og i USA. De to dominerende tendenser inden for den Anglo saksiske professions sociologi, funktionalismen og nyweberianismen, har medført måder at se professioner på, som stadig har stor indflydelse. (Abbott, 1988; Fibæk Laursen, Moos, Salling Olesen, & Weber, 2005; Katrin Hjort, 2005). I nedenstående gennemgang er der tale om idealtipebeskrivelser i den parsonske og den weberianske tilgang.

Udgangspunktet for funktionalismen er Talcott Parsons almene samfundsteori (Katrin Hjort, 2005; Østerberg, 2003), hvori alle elementer i samfundet, dvs. institutioner, normer eller adfærd, betragtes ud fra deres funktionelle betydning for, at samfundet kan hænge sammen. I denne funktionalistiske forståelse af professioner er der tale om en samfundsmæssig delegation af bestemte nødvendige samfundsmæssige funktioner, som professionerne overtager og udøver gennem kollegial kontrol. Funktionalismens videnskabsoptimisme passede fint med udviklingen af velfærdsstaten i efterkrigstiden.

Med de økonomiske og sociale kriser, som opstod i de vestlige lande i 1970'erne, opstod der et mere skeptisk syn på det funktionalistiske og naive syn på professioner, som Parsons stod for. Der blev sat spørgsmålstegn ved de professionelles handlen og ved den påstand, at professionerne drives af et ønske om at virke for almenhedens bedste og ikke for egen mulighed for at opnå status og legitimitet.

I Max Webers almene teori findes et begreb om "social closure" (J. Andersen & Nordgaard, 2002; Weber, 1947), hvor en gruppe mennesker udelukker andre grupper via forskellige magtstrategier for at opnå sociale og økonomiske privilegier (Katrin Hjort, 2005; Østerberg, 2003).

Katrin Hjort, som er en dansk professionsforsker, har følgende definition og syn på professionerne: *"At være professionel bygger på en særlig specialiseret og videnskabeligt funderet viden, en særlig kunnen og en særlig villen. Dvs. en særlig ekspertise i håndtering af komplicerede flertydige og permanent foranderlige situationer og en særlig etisk eller social forpligtigelse til at arbejde for klientens bedste, dvs. til et større formål end sig selv"*. (Hjort, 2006). Den særlige villen kommer, ifølge Hjort, til udtryk ved, at det professionelle arbejde forudsætter en særlig etisk og social forpligtigelse til at arbejde for klientens, patientens og elevens bedste.

Den ovenstående historiske beskrivelse af professionernes udvikling viser, at professionerne udvikles hele tiden i den sociale, økonomiske og politiske sammenhæng, de indgår i. *"Professioner kommer og går i takt med historiske forandringer."* (Abbott, 1988). Derfor er der stor forskel på, hvordan en profession opfattes og ser sig selv i dag sammenlignet med for 20-30 år siden, hvor udbygningen af velfærdsstaten betød etablering af en række professioner med relativt stor autonomi inden for faglige og etiske standarder. Denne situation er ændret, nu presser professionernes forskellige interesser i stigende grad på for at få indflydelse på forskellige standards indhold og kvalitet. Samtidig er nye organisationsstrukturer og styringsprincipper, her kan særlig fremhæves New Public Management, hvor styringen er baseret på formaliserede kontrakter mellem de forskellige lag i forvaltningspyramiden med standardiserede kvalitetsmål.

Et interessant spørgsmål er, om der i forbindelse med ændring af styringslogikkerne medfølger en professionalisering eller en deprofessionalisering?

Svaret afhænger blandt andet af professionsdefinitionen.

"Professionsbestræbelserne i den offentlige sektor i dag kan forstås både som, at de forandringsprocesser der gennemføres ikke kun er professionalisering, men også deprofessionalisering forstået som reducerede muligheder for at efterleve de faglige, sociale og etiske standarder, professionen bekender sig til" (Hjort 2005:89).

En del af retorikken omkring indføring af NPM og den efterfølgende akkrediteringsproces inden for hospitalssektoren omhandlede øget kvalitet med det daglige arbejde, men standardiseringerne har medført en standardisering af arbejdet, som har tilsidesat den faglige vurdering af det daglige arbejde.

I rapporten Tillidsrepræsentanter i DSR – udfordringer og svar beskriver sundhedsfremmeforskeren Betina Dybbroe, hvorledes standardisering af arbejdsopgaverne medfører, at uddannelses- og erfaringsviden ikke bliver anvendt i det daglige arbejde: *"Pleje og omsorgsopgaver standardiseres og ydelsesorienteres i stedet for person og procesorienteres hvilket giver et overskud af viden og faglighed. Når plejearbejde fragmenteres, tayloriseres og manualiseres i stedet for at udføres som selvstændig opgaveløsning, sker der en deprofessionalisering."* (Ahrenkiel, Dybbroe, & Sommer, 2007).

I velfærdsstaten er en del af velfærdsprofessionernes legitimitetsgrundlag deres sociale ansvar. I den nuværende situation er det svært at vide, hvem de skal stå til ansvar over for. Er velfærdsprofessionerne først og fremmest forpligtede over for borgerne? Omfatter det også en forpligtigelse til at interessere sig for brugernes demokratiske muligheder for indflydelse på deres egen situation? Eller er professionerne først og fremmest forpligtiget over for den organisation, de er en del af? I et parsonsk perspektiv har professionerne været med til at opbygge og udvikle velfærdssamfundet, og de varetager samlet vigtige funktioner i samfundet. I et empowerment-perspektiv har professionerne oplevet disempowerment, og må indgå i en samlet empowerment-proces, og i et C.W. Mills-perspektiv må situationen forstås i et historisk kontekstuel perspektiv, hvor professionerne hjælpes tilbage på sporet.

Det sidste afsnit i kapitlet omhandler den nationale kontekst og de tilhørende nationale sundhedsstrategier.

DE NATIONALE SUNDHEDSSTRATEGIER

I bogen *Health Promotion at the Community Level 2* fra 1999 har forfatteren, Neil Branch²⁷, set på, hvad de forskellige lande har gjort for at implementere et community health-perspektiv. I et nordisk perspektiv er der, som også Vallgård og Fosse har vist, afgørende forskel på landenes sundhedsstrategier (Fosse, 2011; Vallgård, 2003; Vallgård, 2008). I Branchs beskrivelser af de nordiske lande beskriver han, at Norge og Sverige langt tidligere end Danmark har iværksat

27 Neil Bracht, M.A., M.P.H., is a private consultant in the field of community health promotion and Professor Emeritus in the Schools of Public Health and Social Work at the University of Minnesota (Bracht, 1999:269).

en decentraliseringsproces inden for sundhedsfremmepolitikken. Norge har i et nationalt White Paper fra 1988 formuleret, at Norges sundhedspolitikker og strategier skal decentraliseres med henblik på at øge den primære sygepleje. Der er i Norge endvidere et fokus på det tværsektorielle samarbejde, lighed i sundhed og på borgerdeltagelse. I Sverige har der også været tale om en decentralisering, idet regionerne langt tidligere end i Danmark har fået ansvaret for sundhed (Bracht, 1999:191). I Danmark har kommunerne fået ansvar for borgernes sundhed i forbindelse med den danske kommunalreform i 2007 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007).

Det empiriske nedslag i Nordvest området i København er i en international sammenhæng interessant, idet Danmark er et af de mest lige lande i verden, og vi har et veludviklet universelt sundhedssystem, hvilket anses som en vigtig sundhedsdeterminant, men på trods af dette har Danmark en voksende ulighed i sundhed. Endvidere viser sundhedsstatistikker af middelelivetiden, at Danmark ligger i bunden i Norden, København ligger i bunden af Danmark, og Nordvestområdet ligger i bunden af København (Brønnum-Hansen & Diderichsen, 2013b; Diderichsen et al., 2011; Marmot. M., 2012).

For at forklare forskellen på forskellige landes sundhedsstrategier mod ulighed i sundhed, har den norske sundhedsfremmeforsker Elisabeth Fosse (Fosse, 2011) og den dansk/svenske sundhedsfremmeforsker Signill Valgård (Vallgård, 2008, 2011) begge undersøgt og sammenlignet nationale sundhedsdokumenter med henblik på problematisering og beskrivelse af indsatser mod ulighed i sundhed. Begge forskere har anvendt Gösta Esping Andersen's model om idealbeskrivelser af forskellige velfærdsregimer (Esping-Andersen, 1990).

I Esping Andersen's idealtipebeskrivelse er der tre typer af velfærdsregimer:

- Det liberale velfærdsregime, hvor der er fokus på markedet. Eksempler på dette regime er lande som USA, England, Canada og Australien.
- Det konservative eller traditionelle velfærdsregime, hvor det sociale sikkerhedsnet er bygget op omkring arbejdsmarkedet og på traditionelle familieværdier. Eksempler på dette er lande som Frankrig, Tyskland, Italien og Holland.
- I det socialdemokratiske velfærdsregime er der fokus på solidaritet, universalisme, og omfordeling af ressourcer mellem sociale grupper, dette foregår

hovedsageligt gennem et progressivt skattesystem. Eksempler på dette er de skandinaviske lande Norge, Sverige og Danmark (Esping-Andersen, 1990).

Nedenstående er en skematisk fremstilling:

Tabel 5. Skematisk ideal fremstilling af Esping-Andersens forskellige velfærdsregimer.

	Social Democratic	Conservative	Liberal
De-commodification	Maximal	Medium	Minimal
Target group	Entire Society	Working Population	Low Income Households
Transfer	Highest possible	Status-dependent	Modest
Rights based on	Universalism	Employment Status	Means tests
State-Market Relation	Primary Focus on State	Market with State Support	Primary Fokus on Market
Welfare Tradition	Beveridge	Bismarck	Beveridge
Real Types	Scandinavian	Continental Europe	Anglo Saxony

(Esping-Andersen, 1990)

Elisabeth Fosse har undersøgt nationale sundhedsdokumenter i tre europæiske lande, England som repræsentant for det liberale velfærdsregime, Holland som repræsentant for det konservative velfærdsregime og Norge som repræsentant for det socialdemokratiske velfærdsregime.

Hendes undersøgelse har vist at i både England og Norge har sundhedsfremmepolitikker et fokus på det brede sundhedsbegreb, og på de social determinanter til sundhed. Norges politiske sundhedsstrategier har et eksplicit fokus på strategier målrettet den sociale gradient i sundhed, hvorimod de engelske strategier er målrettet de svageste grupper i samfundet. I Holland er hovedfokus på minimering af risikofaktorer der forårsager sygdom effektuaret gennem individualiserede KRAM indsatser. I England og Holland er der endvidere et politisk fokus på individets frie vilje og ret til valg af livsstil. Fosses undersøgelse viser at alle tre velfærdsregimer har et fokus på at udvikle strategier målrettet den svageste del af befolkningen, men kun det social demokratiske regime ser ud til at være indstillet på at udvikle strukturelle initiativer for at reducere uligheden i sundhed (Fosse, 2011).

Signill Vallgård²⁸ har tidligere lavet en lignende undersøgelse, der implicerer Danmark i undersøgelsen (Vallgård, 2008). Vallgård har undersøgt fire lande; England, Norge, Sverige og Danmark.

Vallgårdas studie viser at Danmark der traditionelt er et socialdemokratisk velfærdsregime, i praksis er baseret på en blanding af de forskellige regimer. På nogle områder har Danmark ligheder med England med et fokus på målrettede indsatser mod den mest udsatte del af befolkningen, og ligheder med Holland hvor der er et fokus på minimering af risikofaktorer der forårsager sygdom (fokus på KRAM faktorer og individuel adfærdsregulering). I Danmark anskues ulighed i sundhed hovedsaglig som højere sygelighed og dødelighed blandt de dårligst stillede eller sårbare. Den danske definition er speciel med hensyn til, at gruppen af de dårligst stillede defineres både gennem sociale (indkomst og uddannelse), og sundhedsmæssige karakteristika (Epidemiologiske data).

I modsætning til England nævner Danmark ikke de dårligst stillede byområder eller samfund i de nationale sundhedsdokumenter, og den sociale kontekst er ikke omfattet af definitionen (Vallgård, 2008).

I et senere studie "*Adressing individual behaviors and living conditions: Four nordic public health policies*" (Vallgård, 2011), undersøger Vallgård, også via nationale sundhedsdokumenter, hvordan de nordiske lande, Danmark, Norge, Sverige og Finland, fremstiller og adresser årsagerne til ulighed i sundhed, samt hvorvidt der findes en fælles nordisk sundhedspolitik. Resultatet er at alle landene har et mix af en liberal tilgang, en konservativ, og en socialdemokratisk tilgang. De danske sundhedsstrategier er de mest liberale og fokuserer hovedsageligt på individets adfærdsregulering og valg af livsstil. De Norske sundhedsstrategier er de mest socialdemokratiske og fokuserer på de sociale livsvilkår og det omgivende fysiske miljø, samt på det politiske ansvar til at forbedre befolkningens sundhed. De svenske og de finske sundhedsstrategier befinder sig mellem det danske og det norske (Vallgård, 2011). Der eksisterer, ifølge Vallgård, *ikke* er en fælles nordisk sundhedstilgang.

28 Vallgård skelner mellem sundhed forstået som en dikotomi (sammenligning mellem sundhedstilstanden hos den mest udsatte befolkning og befolkningen generelt) eller som en social gradient. Den dikotomiske sundhedsforståelse adresseres i en liberal eller konservativ velfærdsmodel. Alle landene i Vallgårdas undersøgelse indbefatter en blanding både en dikotomisk og en social gradient forståelse af sundhed.

Hvis der ikke eksisterer en fælles nordisk sundhedstilgang, og det skandinaviske velfærdsregime ikke alene kan afhjælpe den voksende ulighed i sundhed? Hvordan forklares så den forskellige ulighed i sundhed i de forskellige lande? Sundhedsstyrelsen har udarbejdet, en tabel over middellevetiden inden for de europæiske lande.

Tabel 6: *Ulighed i dødelighed i forskellige europæiske lande.*

	Ulighed i dødelighed \$		Middel Levetid \$	Indkomst Ulighed #
	Mænd	Kvinder		
Danmark	828	511	76,8	23,2
Sverige	625	381	79,7	23,4
Finland	1255	483	77,7	26,9
Belgien	915	417	77,8	27,1
Norge	980	518	78,7	27,6
Schweiz	1012	337	79,9	27,6
Frankrig	1044	375	79,0	28,1
Spanien	662	236	79,4	31,9
England	862	462	77,9	33,5
Italien	639	197	79,8	35,1
Polen	2192	750	73,9	37,2

\$: Ulighed i dødelighed i 1990erne er målt som et "slope index of inequality" som måler den absolutte forskel i dødelighed per 100.000 mellem det højeste og laveste uddannelsesniveau. Kilde: Mackenbach: NEJM 2008;359:2668-81.29 Data fra Italien og Spanien er fra Torino resp. Barcelona. \$; Middellevetid for mænd og kvinder 2000. Kilde: OECD. #: Indkomstulighed mellem individer målt som gini-koefficient*100, 2006. Kilde: OECD 2008 Kilde: Bamba: J Soc Policy 2005;34:195-213. (Diderichsen et al., 2011:15).

Sammenligner man middellevetiden kan man konstatere, at Finland og Polen med absolut ulighed i dødelighed også tenderer at have kortere middellevetid, mens Italien og Spanien både har lav ulighed og lang middellevetid, forklarer Diderichsen

et al. i rapporten, og tilføjer at en del af forklaring på at Danmark har større ulighed i dødelighed end Sverige, kan være, at vi har højere dødelighed totalt (dvs. lavere middellevetid). Den påfaldende lave sundhedsulighed i de sydeuropæiske lande har man tolket som et resultat af, at de er i en tidligere fase af tobaks epidemien, hvor tobakstygningen endnu ikke i samme grad er koncentreret om befolkningsgrupper med kort uddannelse, som den er i nordvest europæiske lande, samtidig modvirker en sundere kost noget af tobakkens effekter på hjertekar-dødeligheden i Sydeuropa (Diderichsen & Andersen, 2011: 15).

Men er der mon tale en så enkel årsag virkningssammenhæng? Andre studier, (Funder, 2010; Marmot. M., 2012; Verity, 2007), henviser i til de sociale determinanter som baggrund for uligheden i sundhed.

Diderichsen et.al. konstaterer dog også at *"det mest udfordrende i dette billede er dog, at Danmark og de andre nordiske lande, som i mange år har haft en relativ høj socialpolitisk dækningsgrad med blandt andet relativt små indkomstiligheder til følge, ikke dermed ser ud til at være i stand til at sikre en lav social ulighed i dødelighed – det som er blevet kaldt "The Scandinavian Welfare Paradox of Health"* (Diderichsen & Andersen, 2011:15). Denne udtalelse bliver fremsagt med kildehenvisning til et review fra 2011 af Hurrelmann, Rathmann, & Richter, men dette review mener jeg indeholder væsentlige argumenter, som bliver udeladt af Diderichsen et.al.'s simple årsag-virknings forklaring.

I reviewet forsøger forfatterne at identificere sundhedsdeterminanterne og uligheden i sundhed i højt udviklede velfærdsstater, og i artiklen udvikler forskerne endvidere en teoretisk model til fremtidig forskningstilgange, der er baseret på en bred og kompleks årsags- virkningssammenhæng. Rapporten udfolder *"The Scandinavian Welfare Paradox of Health"*, som betyder at selvom de skandinaviske social demokratiske velfærdsregimer har en relativ lige distribution af materiel indkomst, og har et højt niveau af generel sundhed, er de ikke karakteriseret ved at have den mindste ulighed i sundhed.

Generelt har de sydeuropæiske lande den mindste ulighed i sundhed. De liberale lande ligger i bund i alle sundhedsstatistikkerne.

Rapporten konkluderer at der er en klar forbindeles mellem stat, sundhed og også ulighed i sundhed. Disse fund repræsenterer en udfordring for sundheds(sygdoms)

forskningen, der i forvejen har vanskeligt ved at forklare hvordan uddannelse og indkomst finder vej til den menneskelige krop, og nu har vanskeligt ved at forklare hvordan velfærdsstats regimer har indflydelse på den individuelle sundhedstilstand.

Flere studier af velfærdsstater udover Esping-Andersens typologier, for eksempel (Borrell, 2007; Eikemo, 2008a; Navarro, 2006), viser at en klar forbindelse mellem økonomisk ulighed og *generel* sundhed, men også at de social demokratiske velfærds regimer, på trods af at de har en mindre ulighed i indkomst, har ulighed i sundhed. Navarro velfærdsstats model har blik for sammenhæng mellem makro, meso og mikro niveauerne i et samfund. På makroniveauet determineres magt strukturerne, de politiske traditioner, og den generelle social- og velfærds politik. På meso niveauet konsolideres befolkningens livsvilkår, den økonomiske ulighed, og på mikro niveauet findes sundheds outcome hos borgerne. I Navarros model er der fokus på politikker, institutionernes forhold til samfundet og markedet, og modellen forbinder sundhed direkte til økonomisk ulighed.

Eikemo beskriver i artiklen *"Welfare States regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis"* (Eikemo, 2008a) viser at de nordiske lande *ikke* i samme grad som de anglo-saksiske lande fokuserer på sundhedsstrategier på meso niveauet. Eikemos studie bekræfter, at de nordiske landes økonomiske lighed er reflekteret i generel sundhed, men ikke i uligheden i sundhed. Der tegner sig altså billede af at forholdet til ulighed i sundhed mere komplekst end fokusering på økonomiske faktorer eller på individuelle sundhedsfaktorer. På baggrund af ovenstående pointerer forfatterne Hurrelmann, Rathmann, & Richter, at *"once material demands are satisfied, the social determinants of health appear to be determined independently of the economic determinants of health; when a country's domestic financial situation is relatively satisfying for its citizens, the subjective concepts of being able to manage a meaningful life becomes increasingly important"* (Bonoli 1997; Castles and Mitchell 1993; Kovacs 2002; Mackenbach et.al. 2002 in Hurrelmann et al., 2011:15). Afslutningsvist pointerer forfatterne at der i dag ikke findes nogen modeller der kan forklare det skandinaviske paradoks, og de foreslår at fremtidig forskning fokuserer på sammenhængen mellem makro, meso og mikro niveauet inden for et velfærdsregime. Endvidere mener de at; *"the Scandinavian countries would benefit from more health sensitive infrastructure policy that promotes social and health empowerment for disadvantaged groups and individuals. While increasing the level of health in all socioeconomic groups, health improvement measures would be applied simultaneously to every level of society"* (Hurrelmann et al., 2011:19).

Opsummerende er det altså muligt at konkludere at de skandinaviske lande er stærke med hensyn til økonomiske lighed, samt at vores sundhedsstrategier hovedsagelig har fokus på epidemiologiske sygdomsfaktorer. Det vigtigste fund er måske også at vi i Scandinavian, og hovedsageligt i Danmark, mangler fokus på de sociale determinanter på meso niveauet, indbefattende de sociale levevilkår og det omgivende samfund.

Vallgårdas studier viser at Danmarks nationale sundhedsstrategier er de mest neo-liberale, og dette på trods af at alle undersøgelser har vist de liberale velfærdsregimer har den største ulighed i sundhed. Er det mon muligt at forandre de nuværende sundhedsstrategier og mindske den voksende ulighed i sundhed?

Indsatser på meso niveauet kan give en mulighed for at påvirke makroniveauets politikker og strategier, og det er, som beskrevet tidligere, inden for sundhedsområdet slået fast at et community health perspektiv ses som den drivende kraft for at forbedre uligheden i sundhed (Trevor Hancock, 1999; Healty Cities, 1999; Ilona Kickbusch & Gleicher, 2012; WHO, 2015).

Mange af de modeller og politikker der er udviklet inden for community health feltet er udviklet i de anglo-saksiske lande, og der er derfor brug for en oversættelse til de danske forhold, og dette bliver udfoldet i næste kapitel. Community health begrebet bidrager med analytisk og kontekstuel perspektiv på ulighed i sundhed. Et andet vigtigt og overordnet analytisk perspektiv, er et kritisk perspektiv på sundhedsfremme udviklingen og samfundsudviklingen generelt.

1. Hvor er vi på vej hen?
2. Er det ønskeligt?
3. Hvad bør der gøres?

Disse spørgsmål er hentet fra den græske filosof Aristoteles (384 f.Kr. – 322 f.Kr.) og hans begreb om Phronesis, som jeg udfolder i kapitel 4. Når jeg nævner vigtigheden af et phronetisk begreb her er det dels fordi det bidrager til community health begrebet, og dels fordi at når ovenstående værdirationelle spørgsmål stilles som forskningsspørgsmål fungerer de som et spejl på samfundsforskningen og den involverede praksis.

Spørgsmålene stilles med en bevidsthed om, at der ikke findes et forenet "vi", som spørgsmålene kan besvares endegyldigt i forhold til, men med en forhåbning om – som den danske planlægnings- og magtforsker Bent Flyvbjerg²⁹ formulerer det – at forsøge at "*formulere partielle svar på spørgsmålene*" (Flyvbjerg, 2001:75). Flyvbjerg pointerer, at en phronetisk tilgang kræver interaktion mellem det generelle og det konkrete, og dette gøres gennem en kontekstuel forskningstilgang. De små ting, praksisserne og de konkrete cases skal forstås i deres kontekst. Både den lille, lokale kontekst, der giver fænomenet den nære betydning, og den store internationale og globale kontekst, hvori fænomenerne kan vurderes for deres almene og begrebsmæssige betydning. (Flyvbjerg, Landman, & Schram, 2012; Flyvbjerg, 2001b). "*Målet med phronetisk forskning er at producere input til den fortsatte dialog og praksis i et samfund. Ikke at producere en ultimativ, utvetydig verificeret viden*" (Flyvbjerg, 2001:158).

Phronesis-begrebet finder jeg altså vigtigt at inddrage, da det bidrager med et fokus på etik og værdimæssige overvejelser med reference til praksis, og dette værdirationelle perspektiv bidrager til den instrumentelle og enstregede sundhedsindsats, vi er præget af i Danmark.

29 Bent Flyvbjerg is Professor of Planning at the Department of Development and Planning at Aalborg University, Denmark. He is Doctor of Technology and Engineering (Dr.Techn.) and Doctor of Science (Dr. Scient.) from Aalborg University. Bent Flyvbjerg is the first Professor and Chair of Major Programme Management at Oxford University and the founding Director of Oxford University's BT Centre for Major Programme Management.

Community Health

I afhandlingens første del viste jeg at Danmark har en voksende ulighed i sundhed, og at de danske sundhedsstrategier er baseret på enstrengede sundhedsstrategier. Jeg pegede, via WHO, på, at en community health-tilgang anskues som en motor til at adressere de sociale determinanter til sundhed og til at reducere ulighed i sundhed.

Denne anden del af afhandlingen indeholder først et kapital omhandlende community health som begreb, og hensigten med at anvende begrebet, samt en beskrivelse af fordele og ulemper ved et community health-begreb. Derefter indplaceres afhandlingens casestudie og empiri i forhold til anden international, nordisk og dansk forskning inden for området. I det næste kapitel 5 omhandlende planlægning fokuseres på community health-planlægningsmodeller, samt en beskrivelse af min egen planlægnings-og metodeanvendelse. Denne fremskrivning i del to leder til afhandlingens næste og sidste tredje del, som er en teoretisk del, med et kapitel om aktionsforskning og et om phronesis, samt et analyseafsnit, der leder til afhandlingens konklusioner.

COMMUNITY HEALTH

Denne afhandling tager udgangspunkt i et community health-perspektiv. Den danske oversættelse lokalsamfundssundhedsfremme, dækker ikke helt samme betydning, da community health handler om *mere* end geografisk definerede områder og også indbefatter andre former for fælleskaber, for eksempel virtuelle fælleskaber eller fælles målsætninger, behov, ønsker, problemer og kapaciteter (Bezold & Hancock, 2014a; Van Laerhoven & Barnes, 2014). Det danske begreb kollektiv sundhedsfremme (H. Andersen, 2011; Dybbroe, Land, & Baagøe, 2012) dækker bedre, idet dette begreb også tager udgangspunkt i fælles ønsker, behov,

problemer og kapaciteter, men dette begreb har ikke på samme måde fokus på stedet, eller på deliberation og governance. Community health-begrebet refererer også til ”community capacity building” (Traverso-Yepe et al., 2012; Verity, 2007). I denne formulering er lokalsamfundsudvikling et centralt aspekt, og et bredt engagement og reelt ejerskab i lokalsamfundet og kommunen ses som afgørende dimensioner. Jeg anvender derfor hovedsageligt begrebet community health, dels da afhandlingens empiriske casestudie tager udgangspunkt i et udsat byområde i København, og dels fordi afhandlingen har et multilevel empowerment- og kapacitetsopbyggende fokus.

Hensigten med at anvende en community health-tilgang er baseret på et ønske om at udvikle strategier, der er holdbare i forhold til både sundhedsfremme og forebyggelsesstrategier. Endvidere er der et ønske om at bidrage til forsknings- og teoriudvikling. Hensigten med et community health-perspektiv er ikke at bidrage med et interventionsstudie, der er snarere tale om at bidrage aktivt med et teoretisk og metodisk ophæng, som videreudvikles i samarbejde med praksisfeltet. Et community-perspektiv skal ikke inddrages på grund af nødvendighed (økonomi), hvilket ses i nogle angelsaksiske lande, men snarere på grund af skabelse af mere effektive sundhedsstrategier, der øger tilgængeligheden til sundhed, og som har blik for sundhedsbehov, kultur, etik og moral inden for det givne community. Det er væsentligt at være opmærksom på ikke at lave et parallelsamfund, hvor de mest udsatte borgere er afskåret fra den mest kvalificerede sundhedsbehandling. Samtidig er det et vigtigt perspektiv, at et community health-perspektiv kan mobilisere borgere og frivillige, eventuelt som sundhedsambassadører, til at bygger bro og skabe forbindelser til mere udsatte borgere, og dette er med til at adressere uretfærdigheder og ulighed inden for sundhed (Bezold & Hancock, 2014b; South, 2013). Debatten omhandler grundlæggende adgang til den bedste behandling, og derfor er det afgørende, at professioner/sundhedsfremmere og sundhedsinstitutionerne deltager og åbner op for nye og alternative tilgange og metoder for at adressere den voksende ulighed i sundhed.

Community health er et komplekst begreb, som ikke er enkelt at definere. I Encyclopedia of Public Health (2002) findes en længere, men fyldestgørende beskrivelse:

“The term “community health” refers to the health status of a defined group of people, or community, and the actions and conditions that protect and improve the health of the community. Those individuals who make up a community live

in a somewhat localized area under the same general regulations, norms, values, and organizations. For example, the health status of the people living in a particular town, and the actions taken to protect and improve the health of these residents, would constitute community health. In the past, most individuals could be identified with a community in either a geographical or an organizational sense. Today, however, with expanding global economies, rapid transportation, and instant communication, communities alone no longer have the resources to control or look after all the needs of their residents or constituents. Thus the term "population health" has emerged. Population health differs from community health only in the scope of people it might address. People who are not organized or have no identity as a group or locality may constitute a population, but not necessarily a community. Women over fifty, adolescents, adults twenty-five to forty-four years of age, seniors living in public housing, prisoners, and blue-collar workers are all examples of populations. As noted in these examples, a population could be a segment of a community, a category of people in several communities of a region, or workers in various industries. The health status of these populations and the actions and conditions needed to protect and improve the health of a population constitute population health" (L. W. Green & Mckenzie, 2002).

Dermed kan en community health-tilgang være baseret på et community som et sted (geografisk område), en setting (M Dooris, 2006), for eksempel en arbejdsplads, en forstad, et byområde; eller et community som et socialt system, et netværk eller en relation; eller være baseret på en interesse, et ønske, et behov, en kamp eller en interessekonflikt, men der er nødt til at være en eller anden form for social relation for, at et community adskiller sig fra en population. (Mark Dooris, 2006; Jackie Green & Tones, 2010; Laverack & Labonte, 2000)

Den centrale antagelse bag begreber som community health og community empowerment er, at lokalsamfundene kan mobiliseres til adressere sundhedsmæssige og sociale behov og arbejde intersektorielt og tværfagligt på at løse lokale problemer (Laverack og Wallerstein:2001).

Det springende punkt er handlingsperspektivet, det handler om at skabe fælles ejerskab og handlekapacitet i "Communities" og indebærer involvering af kollektivet og relationer mellem individer i nærmiljøet fx lokalsamfund, arbejdspladser, offentlige og frivillige institutioner.

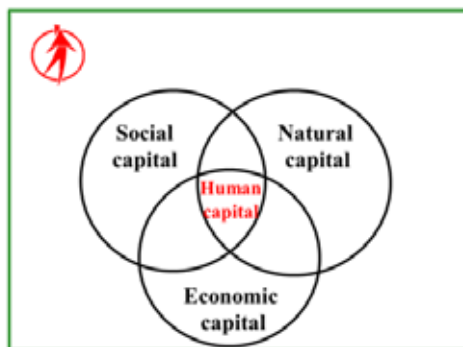
WHO har beskrevet, at:

"Community engagement refers to the process of getting communities involved in decisions that affect them. This includes the planning, development and management of services, as well as activities which aim to improve health or reduce health inequalities" (NICE 2008).

Selve tilgangen er baseret på deltagelse og skabelse af social kapital og empowerment til at kunne adressere egen og fællesskabets sundhedsbehov.

Trevor Hancock, en canadisk community health-og capacity-forsker, har i artiklen *"Act Locally: Community-based population health promotion"* fra 2009 beskrevet, at for at facilitere en sådan process er det afgørende, at en community health-tilgang; *"must be based on the community strengths and assets, not its weaknesses and dysfunctions"* og han pointerer, at *"there is no universal model that can or should be applied to all communities. What is needed is a model process that enables, support and empowers communities to engage with their citizens"* (Hancock, 2009:B6). I artiklen beskriver Hancock et begreb, "human capital", som han beskriver dannes af fire andre former for kapital, nemlig social kapital, built kapital, economic kapital, natural kapital. Human kapital er anderledes end social kapital; *"Social capital is distinct from human capital. Human capital is the sum of the capacities or realized potential of each individual in a community, and social capital does not exist within any single individual but instead is concerned with the structure of relationships between and among individuals"* (Hancock, 2009:B18).

Hancock sætter menneskelig udvikling (human kapital) i centrum for al udvikling.



Figur 10: Alle kapitalformerne udgør tilsammen community kapital. (Hancock, 2009: B18).

Hancock pointerer, at det er nødvendigt med et fokus på "human capital" frem for det nuværende fokus på "economic capital". Hancock har ligesom andre social kapital-forskere, og også økonomer, fået øje på vigtigheden af udvikling af "human kapital", som kan ses som et fundament for udvikling af økonomisk kapital (Bjørnskov, 2012; Hancock, 1996; Hancock, 2009; Helliwell, Putnam, & Mattei., 1995; Piketty, 2013; Putnam, 1995, 2000).

Om begrebet social kapital beskriver Hancock:

"The concept of "social capital" has come to be dominated by Putnam's concept of informal social networks and connections (Putnam, 1993), and related ideas. However, the structure of our relationships with each other needs to be understood in at least two other dimensions: "the formal" social capital represented by the system of social programs we have created – pensions, employment insurance, health care, social assistance, social services, public education etc. The "invisible" social capital of constitutional, legal and political systems we have built over many hundreds of years, and that govern our interactions in a democratic society and within the rule of law, in ways that we may not always be conscious of" (Hancock, 2009:11).

Med henvisning til min tidligere beskrivelse af social kapital (Bourdieu & Wacquant, 1992; Coleman, 1988; Putnam, 1995, 2015) og sammenholdt med Hancock bliver begrebet social kapital forstået i et individuelt perspektiv samt både et horisontalt perspektiv og et samfundsmæssigt vertikalt perspektiv, og dette korrelerer med et multilevel empowerment-perspektiv (J. Andersen, 2011). Det er vigtigt at fremhæve, at Hancocks kritik af Putnam vedrører tidligere fokus på uformelle netværk (Helliwell et al., 1995; Putnam, 1995). Hancock pointerer ligesom de andre ovenstående social kapital-forskere vigtigheden af relationer og netværk (T. Hancock, 2001).

Relationer og netværk har altid spillet en rolle for den menneskelige udvikling. I et evolutionært perspektiv er mennesket et socialt dyr. Menneskets historiske udvikling er sket i familier eller større sociale grupper, og de sociale interaktioner er baggrunden for vores menneskelige velbefindende.

Epidemiologiske undersøgelser har vedvarende eller gennemgående vist, at ensomhed og isolation er årsag til mistrivsel og dårligt helbred (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011; Marmot. M., 2012; Wilkinson & Marmot, 2006), Kvalitative

evalueringsformer som måler på for eksempel, selv vurderet helbred, institutionel tryghed, netværk og social kapital i form af kapacitetsopbygning og empowerment, har vist en sammenhæng mellem tilgængelige ressourcer og helbred (Amdam, 2008; J. Andersen & Frandsen, 2007; Bak, Andersen, & Dokkedal, 2015; Bak & Andersen, 2012; Gibbon, Labonte, & Laverack, 2002; Pithouse, 2014; Verity, 2007; Woodall, South, & Warwick-booth, 2010), og dette underbygger vigtigheden af, at disse perspektiver er nødt til at blive inddraget i vores sundhedsstrategier og sundhedsindsatser.

Hancock pointerer, at de sociale determinanter til sundhed fra Ottawa-chartret viser vigtigheden af et fokus på de sociale relationer og på en community-tilgang. Han pointerer også, at et community health-perspektiv ikke skal romantiseres. Et community kan både forbedre og skade beboernes sundhedstilstand, da det er de samme faktorer, der både fremmer og hæmmer menneskelig udvikling og sundhed, men han argumenterer for at *"since so many of the determinants act on the local level, it is here that action must be taken"* (Hancock, 2009:B6). Dette perspektiv er blandt andet videreført med Hancock som en af initiativtagerne i WHO's Healthy City Movement (Healthy City Movement, 2015; Bezold & Hancock, 2014; Hancock, 1993; Hancock, 1997). Inden beskrivelsen af Health City Movement vil jeg fremføre noget af den rejste kritik af community health-tilgangen.

KRITIK AF COMMUNITY-BEGREBET

En problemstilling eller et paradoks der kan opstå i forbindelse med håndtering af ulighed i sundhed, er den stigmatisering, der kan fremkomme ved at fokusere på en bestemt befolkningsgruppe. Et community-perspektiv kan opfattes som en indsats kun målrettet de udsatte borgere, men dette behøver ikke at være tilfældet. Et fokus på de svageste kan være et vigtigt perspektiv i forhold til ulighed i sundhed og kan tilgodese specielle sundhedsbehov, men det vigtige er, at dette perspektiv ikke må stå alene. Et ensidigt fokus på en udsat gruppe kan resultere i et meget målrettet perspektiv, der kan medføre "victim blaming" og en individualisering af ansvaret for sundhed. I et community health-perspektiv er det vigtigt at tænke den sociale gradient og et multilevel perspektiv ind i planlægning og implementering af sundhedstilbud, således at der ikke bliver tale om en stigmatisering af udsatte grupper. Et community health-perspektiv kan dermed bidrage med at tydeliggøre kontekstuelle forbindelser og sammenhænge opad, nedad og imellem

forskellige sfærer i samfundet (Bezold & Hancock, 2014b; Cohen & Schuchter, 2013; Hancock, 2009; Kickbusch, 2013; Verity, 2007b).

Som Hancock også har pointeret, bliver community health-begrebet ofte associeret med en romantiseret forståelse af sundhed og empowerment, og derfor er det nødvendigt at have fokus på både barrierer og muligheder inden for håndtering af begrebet og håndtering af de mange politiske visioner og strategier inden for sundhedsfremmefeltet.

I artiklen "*Community Capacity Building for Health: A Critical Look at the Practical Implications of This Approach*" af de canadiske community health-forskere Traverso-Yeppez, Maddalena, Bavington og Donovan beskriver forfatterne, at den akademiske litteratur ofte negligerer kompleksiteten inden for området. "*although practitioners and researchers in the fields of health promotion and disease prevention have earnestly embraced the rhetoric of community capacity building and the related notions...it is not a straightforward a task as some literature might lead us to believe...*" (Traverso-Yeppez, Maddalena, Bavington, & Donovan, 2012:1).

I deres kritik henviser de sig blandt andre til etablerede forskere som Laverack og Labonde, som de mener har et romaniseret perspektiv på community health, "*as expressed by Labonte (2007), 'community ceased to be a subject (a group of people acting with their own intent), and became an object (community as a target of health programs) or an adjective accompanying the real subject'*" (Traverso-Yeppez et al., 2012:2). Forfatterne forfægter den underliggende forståelse af community forstået som subjektive og homogene grupper, da den overser den kulturelle kompleksitet i en enhver gruppe, og den ignorerer endvidere magtperspektivet i en social proces.

Om magtperspektivet siger forskerne: "*considering the power relations and conflict that are present in any social interaction, whenever immersed in community actions and working toward a common good, it seems more appropriate to think about community capacity building in terms of a dynamic set of values involving different degrees of commitment, solidarity, and, most importantly, openness to negotiating differences*" (Traverso-Yeppez et al., 2012:9).

I øvrigt peger de på kritikpunkter som "*project that promotes 'capacity' and 'self-sufficiency' may be guises through which governments minimize their accountability for larger social skills*" (Traverso-Yeppez et al., 2012:2). Dette medfører endvidere, at skyld kan placeres hos de

svageste (victim blaming), og dette kan endvidere skygge for fokus på den sociale gradient i sundhed. Afslutningsvis påpeger forskerne, at *“community capacity building cannot be designed or planned from outside, but must be consensually built by the stakeholders involved”* (Traverso-Yepe et al., 2012:9).

Som alternative tilgange peger forskerne på etablering af ”Partnerships” på tværs af sektorer, og forfatterne peger på et multilevel-perspektiv forstået i et dynamisk system. Dette perspektiv kan indgå i en setting-forståelse, som endvidere kan indgå i en *“whole system approach”* og relatere til andre sammenhængende settings (Heritage & Dooris, 2009).

Her vil jeg henvise til Nicolas Roses magtperspektiv og Tanggaard Andersens beskrivelser af magt og empowerment i del 1, der pointerer, at et community health-perspektiv ikke i sig selv er en løsning på et foucaultdiansk governmentality-perspektiv, selvom perspektivet i community health er mere governance-præget, da der stadigvæk er tale om styring, dominans og magt, og måske, som Tanggaard pointerer, en normativ sundhedskontrol bestemt af andre.

Traverso-Yepe et al. tager i deres egen forskning som jeg udgangspunkt i aktionsforskning *“considering that every community group has unique circumstances, we chose to study local dynamics through a participatory action research agenda that was framed as strengths-based, focused on the process, and sustained in notions of shared power or power/with through open dialog”* (Traverso-Yepe et al., 2012:2). Det vil dog, som beskrevet i det ovenstående, i ethvert aktionsforsknings- og community health-perspektiv være nødvendigt at have fokus på de eksisterende magtforhold.

Ovenstående kritik udvides i det systematiske review fra 2015 *“Adult community health-promotion interventions in primary health care”*, hvor forfatterne peger på, at de største barrierer inden for community health-perspektivet er: *“between professionals (doubts about effectiveness, self-efficacy to carry them out, low motivation, lack of training, etc.), community issues (resistance or reluctance among the population to take part in certain interventions, previous experience of failure, cultural or linguistic barriers, etc.), international matters (biomedical model hegemony, guided incentives) and political aspects (political and economic context, health department priorities)”* (March et al., 2015:2). Denne kritik vedrører altså samspillet mellem sektorer og sundhedstilgangen hos og mellem de professionelle sundhedsfremmere, og ikke mindst den politiske kontekst, og kritikken peger på nødvendigheden af et multilevel-perspektiv på sundhed.

På linje med et phronetisk aktionsforskningsperspektiv stiller community capacity-forskeren Fiona Verity i et review fra 2007 følgende kritiske spørgsmål:

1. *Ethical issues of when to lead to support community building and when is leadership manipulation or social control?*
2. *When is participation co-opting into unnamed agendas?*
3. *When is self help leaving "complex issues to community" rather than working for change for redistribution and equity?*
4. *How do workers discern and interpret the fluid situations within which they are working?*
5. *What can support health promotion workers in effective practices?* (Verity, 2007:8).

Det er vigtige etiske og værdibaserede kritiske spørgsmål, som bør ovevejes i ethvert sundhedsprojekt, og dette er baggrunden for min inddragelse af et phronetisk perspektiv på samfunds- og sundhedsforskningen, idet et phronetisk perspektiv kan sætte fokus på etik og værdier, og det kan øge muligheden for kritisk (selv) refleksion og blik for den kontekstuelle magtbalance.

Dette beskrives udførligt i afhandlingens del 3, kapitel 7.

COMMUNITY HEALTH I ET INTERNATIONALT, EUROPÆISK, NORDISK OG DANSK PERSPEKTIV

Nedenstående afsnit søger at beskrive, hvordan denne afhandlings community-perspektiv indplacerer sig i en international kontekst. Nedenstående afsnit vil beskrive den tilgængelige forskning inden for community health-området. Der vil først være en beskrivelse af den tilgængelige forskning i form af et systematisk review foretaget i 2015 af flere spanske community health-forskere, (Sebastià March et.al.) For at underbygge dette internationale systematiske review har jeg foretaget en søgning inden for en nordisk og en dansk kontekst. Reviewet er altså baseret på *forskningsviden*, dvs. evidens inden for området, og dermed bliver fokus drejet i en evidensbaseret forebyggelsesretning. Derfor efterfølger en beskrivelse af

et community health-sundhedsfremmeperspektiv ud fra den viden, jeg har kunnet finde frem til ad alternative veje, dvs. uden for forskningsdatabaserne. Hele denne gennemgang leder op til næste kapitels fokus på planlægningsmodeller inden for community health-området.

EVIDENSPERSPEKTIVET INDEN FOR COMMUNITY HEALTH

Det systematiske review ”*Adult community health-promotion interventions in primary health care*” af de spanske community health-forskere, (March et al., 2015) er det nyeste internationale review inden for området. Inklusionskriterierne til det systematiske review ville have inkluderet projektet ”Lige adgang til sundhed”, hvis projektet fra start havde været beskrevet forskningsmæssigt (på engelsk, fransk eller spansk) eller havde haft indbygget en evaluering. Denne problemstilling er desværre ikke ny inden for et community health-perspektiv. Specielt inden for en nordisk og dansk sammenhæng er det svært at lave en systematisk gennemgang og søgning på de traditionelle databaser. Jeg vil i det nedenstående, i det omfang det er muligt, beskrive en slags ”state of the art” i et internationalt, et europæisk, et nordisk og et dansk perspektiv.

Udgangspunktet for denne internationale kontekst er som beskrevet March et al.: ”*Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review*” (March et al., 2015). Inklusionskriterierne i det systematiske review er baseret på, at projekterne skal være: ”*Addressed to the general population or those over 40 years old.*”

Focused on health promotion, that is, they attempt to provide people with the means necessary to improve and exercise more effective control over their illness processes. Participation of primary health care professionals in intervention design, development, or recruitment/referral of patients and their assessment.

Active community participation in the design, development, and/or evaluation of the intervention, or acting as motivators/promoters. For this article we understand by community groups showing common characteristics, needs or interest.

If participation is not active, they are included only if they formed part of an intersec-

toral action (collaboration between the health sector and others such as education, social services, and NGOs) or group health education that explicitly states that participatory methodologies are used“ (March et al., 2015:2).

Søgningen er foretaget i PUBMED, EMBASE, CINHALL, Web of Science, IBECS, IME and PSICODOC¹. ” *The search was completed with a secondary review of the bibliographies of identified articles*” (March et al., 2015:2). Der var i alt 2004 hits, inkluderende 11 systematiske reviews fra perioden 1995-2013.

I 80 % af projekterne er der tale om en aktiv deltagelse, i 47 %, altså næsten halvdelen, er der tale om tværsektorielt samarbejde. Da der ikke er tale om homogene tilgange eller metodeanvendelser, er det generelt svært at kategorisere projekterne. Dette medfører endvidere, at der er usikker evidens med hensyn til effekterne af de mange community-interventioner, men der er evidens for effekt med hensyn til at fremme egenomsorg for kronisk syge og med hensyn til at fremme fysisk aktivitet for den generelle befolkning: ” *Community interventions appear to be effective in achieving clinical improvements, are cost effective and demonstrate improvements in self-care components such as efficacy or knowledge of the disease*” (March et al., 2015:2).

Mange af projekterne kombinerer et kollektivt og et individuelt perspektiv, og dette samspil syntes at være både foreneligt, komplementært og effektivt.

Reviewet peger endvidere på, at i sundhedsinterventioner med et fokus på KRAM er en kollektiv sundhedstilgang mere fordelagtig end en individuel tilgang. Ligeledes er det mere fordelagtigt med aktiv deltagelse, specielt med hensyn til at reducere ensomhed hos ældre, forbedre omsorg til folk med kronisk sygdom og have en positiv effekt på kliniske parametre inden for diabetes. Forfatterne pointerer, at: ” *in the opinion of this research team, social prescription could be useful health-promotion strategy as it is efficient in community resource use, facilitates continuity between individual care and the focus on the population in general, and overcomes some barriers among professionals to health promotion*“ (March et al., 2015:9).

1 The following search terms were used as free text descriptors in the title, summary or keywords without time restrictions and up to December 2013 in the English, French and Spanish languages: (“ProgramEvaluation” OR “Outcome Assessment” AND “Primary Health Care” OR “Family Practice” OR “General Practitioners” OR “General Practice” AND “Health Promotion” OR “Health Education” OR “community” AND “Aged” OR “Adult”). (March et al., 2015:2).

Fokus på de sociale faktorer er en vigtig pointe, idet et socialt community-projekt i et udsat boligområde ikke behøver at være en "targeted intervention" med følgende "victim blaming", men kan have et kollektivt og social sundhedsperspektiv med fokus på den sociale gradient i sundhed og på strukturelle forhold.

Pointen med barrierer i forhold til de professionelle bliver behandlet senere i kapitlet.

Konklusion på det systematiske review er, at der er evidens for, at sundhedsundervisning, med anvendelse af partcipatoriske metoder, udført af professionelle eller uddannede frivillige (sundhedsambassadører), har effekt inden for forbedring af egenomsorg i forbindelse med både kronisk sygdom og hjerte-kar-sygdomme. Endvidere er sundhedstilbud med fokus på fysisk aktivitet meget effektive i forhold til den ældre befolkning og er også effektive og "cost-effective" i forhold til den generelle befolkning.

Nogle sundhedstilbud fungerer bedre med et kollektivt end med et individuelt perspektiv, og det fastslås, at jo større grad af deltagelse, jo større er effektiviteten. Reviewet fastslår endvidere, at de kollektive sundhedstilbud er forenelige med de individuelle sundhedstilbud, så derfor konkluderer forfatterne, at det er vigtigt at fortsætte med at bedrive, beskrive og udvikle praksis og forskning inden for kollektiv sundhedsfremme (March et al., 2015:9).

Norden indgår selvfølgelig også i det internationale systematiske review af March et al. 2015. For at uddybe den nordiske kontekst har jeg (selvom jeg ved, at der ikke er stor systematik for indberetning af kommunale sundhedsprojekter) foretaget en søgning, dels på forskningsdatabaser og dels på biblioteksdatabase i Norge, Sverige og Danmark.

I Norge har jeg søgt på begreberne helse og likhet via portalen oria.no, som er en samling af både forsknings- og biblioteksdatabaser. I Sverige har jeg søgt på hälsa og likhet (jämlighet) via swepub og libris. I Danmark har jeg søgt på sundhed og lighed på forskningsdatabase og på bibliotek.dk. Jeg har søgt på perioden 2013-2015. I Norge fremkom 33 hits, hvoraf jeg fandt 13 relevante, i Sverige fremkom 18, hvoraf jeg fandt 3 relevante, og i Danmark 11, hvoraf jeg også fandt tre relevante i forhold til lighed i et community health-perspektiv (se oversigt over hits i Bilag 2). Søgningens resultat ændrede sig ikke væsentligt ved at inkludere ordet lokal.

Pointen er, at der ikke publiceres ret meget om emnet i de traditionelle forskningsdatabaser. Dette skyldes måske, at den vidensproduktion, der finder sted inden for fænomenet ulighed i sundhed, ikke korrelerer med den evidensbaserede viden, som oftest efterspørges i de tilgængelige tidsskrifter og forskningsdatabaser.

Endvidere tolker jeg ud fra de fremkomne hits, at ordet lighed dels tolkes som ens, altså som det samme, og dels som en sammenligning, altså en komparativ analyse. Der er kun et norsk hit, der beskriver ulighed, nemlig "Health and inequality" af Pedersen, Rosa Dias, 2013.

At der ikke er flere hits, er ikke nødvendigvis et udtryk for, at der ikke er aktiviteter på området, snarere skyldes det måske, at lighed eller negationen ulighed ikke er et begreb, der er interesse for at adressere teoretisk i øjeblikket. Ved at udvide tidsperioden for søgningen fremkommer der lidt flere relevante hits, også om community health. I det nedenstående redegøres yderligere for den europæiske og nordiske kontekst. I forhold til indhentning af viden er jeg, specielt i den danske kontekst, gået alternative veje og supplerer med oplysninger hentet via boligselskaberne og kommunale, ministerielle og andre offentlige publikationer. Jeg har endvidere gennem mit forsknings- og empiriske arbejde fået kendskab til en del engelske og danske lokalsamfunds sundhedsinitiativer, som jeg vil inddrage og redegøre for i det nedenstående.

Som beskrevet i del 1 ved hjælp af sundhedsfremmeforskerne Elisabeth Fosse og Signill Vallgård er den politiske diskurs i Norge i større omfang end i Sverige og Danmark rettet mod strukturelle forhold (livsvilkår) end mod individuel sundhedsadfærd (livsstil). Dog er community health-perspektivet heller ikke her ekspliciteret eller implementeret på samme måde som i de angelsaksiske lande.

Som beskrevet i afhandlingens del 1 har Signill Vallgård og Elisabeth Fosses studier af de danske, nationale sundhedsdokumenter (Fosse, 2011; Vallgård, 2008, 2010) og Dennis Raphaels beskrivelser af Danmarks manglende implementering af WHO's health promotion-perspektiv bidraget til nedslående fakta om de danske, nationale sundhedsstrategier (Raphael, 2014). Med hensyn til en nordisk kontekst beskriver Raphael i artiklen; *"Challenges to promoting health in the modern welfare state: the case of the Nordic nations"* (Raphael, 2014) sit syn på trusler mod de nordiske velfærdsstater. Raphael beskriver, at Finland, Norge og Sverige *"are leaders in promoting health through public policy action. Much of this*

has to do with the close correspondence between key health promotion concepts and elements of the Nordic welfare state that promote equity through universalist strategies and programs that provide citizens with economic and social security" (Raphael, 2014:7). Raphaels studie viser, at der er en faldende støtte til den universelle velfærdsstat samt en stigende indkomstulighed og *"a weakening of the programs and supports that have associated with the excellent health profile of the Nordic nations"* (Raphael, 2014:8). Dette er specielt tilfældet for Sverige, der er det mest liberale af de tre lande. Raphael konkluderer dog, at de nordiske velfærdsstater skal fremhæves og bruges som eksempel på, at det er muligt at forme og opretholde en offentlig velfærds politik, som har vist sig at være succesfuld i forhold til at fremme sundheden for sine borgere. (Raphael, 2014). Raphael slutter artiklen lidt kritisk af med en lyrisk sangtekst af den canadiske sanger Joni Mitchell:

*Don't it always seem to go
That you don't know what you got
Till it's gone
They paved paradise
And put up a parking lot
– Joni Mitchell, Big Yellow Taxi, 1970. (Raphael, 2014:16).*

SUNDHEDSFREMME I ET COMMUNITY HEALTH-PERSPEKTIV

I forhold til en europæisk kontekst vil jeg præsentere et engelsk systematisk review foretaget af The National Institute for Health Research; *"Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis"*² fra 2013.

På trods af, at community health-perspektivet anses for en lovende tilgang til

2 Data sources: Databases including the Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), The Campbell Library, the Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), the Health Technology Assessment (HTA) database, the NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) and EPPI-Centre's Trials Register of Promoting Health Interventions (TRoPHI) and Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER) were searched from 1990 to August 2011 for systematic reviews and primary studies. Trials evaluating community engagement interventions reporting health outcomes were included.

sundhedsfremme, er der ikke en stærk evidensbase inden for området. Dette review ønsker at afhjælpe denne evidensmangel og konkluderer:” *The theoretical synthesis identified key models of community engagement that are underpinned by different theories of changes. Results from 131 studies included in a meta-analysis indicate that there is solid evidence that community engagement interventions have a positive impact on health behaviours, health consequences, self-efficacy and perceived social support outcomes, across various conditions. Community engagement interventions are effective across a wide range of contexts and using a variety of mechanisms. Public health initiatives should incorporate community engagement into intervention design. Evaluations should place greater emphasis on long-term outcomes, outcomes for indirect beneficiaries, process evaluation, and reporting costs and resources data. The theories of change identified and the newly developed conceptual framework are useful tools for researchers and practitioners. We identified trends in the evidence that could provide useful directions for future intervention design and evaluation* (O’Mara-Eves et al., 2013:V).

Generelt er community health-perspektivet i en europæisk sammenhæng præget af den angelsaksiske community capacity-forståelse med fokus på deltagelse af den frivillige sektor eller frivillige organisationer, NGO’s (non governmental organisations) (Labonte & Laverack, 2001). Der er dog stor variation inden for området, og en europæisk kontekst indbefatter ligeledes stor diversitet i typer af velfærdsregimer, som de er beskrevet af Esping-Andersen (Esping-Andersen, 1990).

England er et af de europæiske lande med den stærkeste community health-tilgang. Der findes forskellige community-tilgange inden for de enkelt europæiske lande, men det ikke er et specielt fokus for afhandlingen, og det bliver for omfattende at skulle redegøre for her. Derfor er der i beskrivelsen et specielt fokus på England.

Jeg har i forbindelse med mit ph.d.-forløb fået et specielt kendskab til den engelske kontekst³. I forhold til Danmark har England et anderledes og mere markedsbaseret velfærdssystem, hvor staten, kommuner og sundhedsprofessionerne spiller en langt

3 Jeg har to gange besøgt Leeds Metropolitan University, som i 2014 skiftede navn til Leeds Beckett University. Forskere fra Leeds, professor Jane South, professor Rachel Dixey og lektor Judy White har to gange besøgt RUC. Dette har foruden forskningsmæssigt samarbejde medført, at der er blevet etableret et ERASMUS-link mellem de to universiteters Health Promotion Centre.

mindre rolle. Derimod spiller borgere, frivillige og deres institutioner (NGO'er⁴) en meget større rolle i landets sundhedsstrategier. Finansieringen af sundhedsindsatser er hovedsagelig baseret på fonde og midlertidige budgetter, kun en lille del er finansieret af NHS (National Health Service), og dermed af staten. I England eksisterer en Community capacity-tilgang, som i stor udstrækning er baseret på frivilligt arbejde og med lille eller ingen deltagelse af sundhedsprofessioner.

Under et kortere ophold i Leeds, hvor mine to vejledere, lektor Jesper Holm og professor John Andersen også deltog, besøgte vi tre meget forskellige projekter. I England eksisterer en organisation, som hedder "Altogether better", som er en form for paraplyorganisation for de mange NGO'er, der eksisterer inden for community health-området i England. Organisationen arbejder med et empowerment-sigte med fokus på de eksisterende ressourcer, men der er samtidig et fokus på evidensbaseret og måling af sundhedseffekter, hvilket er helt nødvendigt for at kunne skaffe finansiering til sundhedsprojekterne.

"Altogether better" har fokus på at øge den sociale kapital gennem øget civil deltagelse fra borgerne i lokalområderne og har samtidig et fokus på sundhed gennem interventioner rettet mod fysisk aktivitet, sund kost og øget mental sundhed. (Woodall et al., 2010).

Den overordnede tilgang er, at empowerment-tilgange har en positiv effekt på den fysiske og psykiske sundhed og medfører øget selvtillid, selvværd og følelse af tilhørsforhold til lokalsamfundet, hvormed borgeren opnår øget viden og en følelse af kontrol over eget liv. Der beskrives en sammenhæng mellem individuel og lokalsamfunds-empowerment, idet "empowered" individer kan arbejde sammen for at bringe forandring i deres liv. Det samme gælder for institutioner og lokale sundhedstilbud, i organisationer og i politikker. (McGregor, 2015).

Et andet community health-projekt, vi besøgte, benævnt "Hamara", var et lokalt community center i et udsat boligområde (geografisk afgrænset). Centeret havde et klart fokus på integration og på kapacitetsopbygning.

4 NGO – Non Governmental Organization.

Det tredje community health-projekt, vi besøgte, havde fokus på uddannelse af sundhedsformidlere, kaldet CHE's⁵. Sundhedsformidlerne er rekrutteret fra lokalområdet, idet der her var fokus på anvendelse af den "street credibility", som de frivillige havde og anvendte i deres tilgang til medbeboerne (se liste over empiri side 5). Sundhedsformidlerne fik et kursus over seks uger med undervisning en gang om ugen, hvorefter de havde indflydelse på planlægning og udførelse af nye sundhedstiltag i området. Dette partcipatoriske perspektiv medførte tiltag som at gå med børn og hustruer til det lokale fængsel for at lave mad med de indsatte mænd og fædre. Dermed havde indsatserne både fokus på at bevare de sociale relationer og øge kendskabet til sund mad.

Evaluerings af CHE-projektet viste dog, at den største effekt ikke tilfaldt borgerne i lokalområderne, men tilfaldt de uddannede sundhedsformidlere, der gennem uddannelsen og arbejdet fik empowerment og kapacitet til at søge fast arbejde andetsteds og derfor forlod projektet. Dette faktum skabte i første instans bekymring, da projektet inden for tidsperspektivet ikke kunne vise en (målelig) effekt for borgerne i lokalområdet.

I stedet for at ændre konceptet blev det set som en fordel, at sundhedsformidlerne fik kapacitet til komme videre i livet, og der blev søgt finansiering til at støtte dette formål samtidig med et fokus på sundheden i lokalområdet.

Ovenstående fortælling inddrog jeg i samarbejdet med planlægningsgruppen i forbindelse med projekt "Lige adgang til sundhed", hvor reaktionen var, at Københavns Kommune da allerede kendte til begrebet "sundhedsformidlere" og "sundhedsambassadører", og de havde selv været på studiebesøg i Manchester, UK. For at uddybe dette inviterede de en oplægsholder fra en anden bydel i København, som netop arbejdede med "sundhedsambassadører". Under dette oplæg spurgte jeg ind til de konkrete tiltag i forbindelse med arbejdet med sundhedsambassadører. Det viste sig, sundhedsambassadørernes arbejde hovedsagelig er koncentreret omkring KRAM, dvs. at gå ture o.l. Dette skyldes måske den undervisning, professionerne giver til sundhedsambassadørerne, der måske ikke lægger op til alternativer til de eksisterende tiltag.

5 CHE – Community Health Eksperts. Sundhedsambassadører eller formidlere, som består af frivillige borgere fra lokalområdet.

Dermed mistes noget af den ”street credibility” og nytænkning, som er sundhedsambassadørernes force i England.

Diskussionen, der fremkom af denne kritik, medførte refleksioner over magtfordeling mellem professionelle og sundhedsambassadører (se liste over empiri side 25).

UNIVERSITETERNES FORSKNINGSPERSPEKTIVER

Leeds Beckett University (tidligere Leeds Metropolitan University) Health Promotion Centre’s forskningstilgang er baseret på et empowerment-perspektiv hentet fra Ottawa-charteret.

Roskilde Universitets Center for Sundhedsfremmeforskning og Leeds Center of Health Promotion er forskningsmæssigt linket sammen af et eksplicit fokus på empowerment, og begge tager udgangspunkt i humanistisk og samfundsvidenskabelig sundhedsfremme frem for en biomedicinsk sundhedsforståelse.

Inden for sundhedsfremmeforskningen har Leeds Metropolitan University spillet en fremtrædende rolle. Den meget anerkendte bog *Health Promotion- Planning and Strategies* af Tones og Green fra 2006 og igen i 2010 (Green & Tones, 2006; 2010) kommer fra Leeds Metropolitan University. Andre sundhedsfremmeforskere fra Leeds, bl.a. Rachel Dixey og Jane South, har udgivet flere anerkendte bøger inden for health promotion og community health-perspektivet (Dixey, 2013; South, Darby, Bagnall, & White, 2010; South, 2006; South, J., Branney, P. & Kinsella, 2011; White, J., South, 2012; Woodall et al., 2010), ikke mindst evalueringsperspektivet har en fremtrædende rolle (J. Green & South, 2006; Jackie Green & South, 2006; South, 2013; White, J., South, 2012).

Under mit andet længerevarende udvekslingsophold på Leeds Beckett University – Center for Health Promotion fik jeg mulighed for at få indblik i universitetets undervisnings og forskningstraditioner. Sammenlignet med Roskilde Universitet – Center for Sundhedsfremme er Leeds mere evaluerings- og interventionsorienteret. På Center for Sundhedsfremmeforskning på Roskilde Universitet er der i højere grad fokus på begrebsliggørelse og på, hvorledes forskellige forskningsperspektiver kan bidrage til diverse perspektiver på sundhedsfremme.

Under mit ophold i Leeds fik jeg kendskab til centerets anvendelse af forskningsmetoder inden for praksisnær forskning. I Leeds afholder de for eksempel ”Expert Hearings⁶” dvs. minikonferencer med vidensdeling mellem borgere, frivillige, institutioner, universiteter og lokalpolitikere, hvor alle bidrager med forskellige indlæg og aktiviteter. Hensigten er multilevel-vidensdeling, og det foregår i en meget afslappet og uhøjtidelig stemning med oplæg fra de forskellige perspektiver og fra borgerne.

Gennem mit arbejde i København ved jeg fra centralt placerede lokalpolitikere, at det er et problem, at deres kontakt med kommunen hovedsagelig består af kontakt med det øverste embedsmandslag, dvs. centralt placerede embedsmænd, ofte med et juridisk eller et økonomisk fokus. Der mangler simpelthen kontakt mellem de forskellige niveauer og perspektiver.

Det skal nævnes, at Bispebjerg lokaludvalg er et eksempel på en decentral forvaltning, men som jeg har beskrevet i ”præsentation af empiri” har de svært ved at komme igennem med alternative projektforslag, og der er også her mangel på vidensdeling mellem niveauerne.

Der er stor forskel på den kontekst, de forskellige forskningstraditioner er opbygget inden for. England er et af de mest liberale lande i Europa, deres velfærdssystem er markant anderledes og mindre end det danske, og i England er der større fokus på NGO’er og deltagelse fra den civile befolkning. Dette er måske årsagen til, at forskningen inden for civilbefolkningens deltagelse er omfattende i Leeds. I artiklen, ”*Citizens bridging the gap? Interpretations of volunteering roles in two public health projects*” konkluderer forskere fra Leeds Beckett University ”*That citizens engagement in health promotion is not a superficial response to welfare deficits. But should be framed as appropriate strategy to address health inequalities at community level, within a citizenship framework*” (South, J., Branney, P. & Kinsella, 2011:315), og de pointerer, at ”*The implication are that “big society” does not necessarily mean smaller state*” (South, J., Branney, P. & Kinsella, 2011:298).

6 Experts hearings: Workshops in which people with different backgrounds are given the opportunity to come together and share their experiences and knowledge. In the people health expert hearings, the experts presented evidence to an enquiry panel who were able to ask further questions.

Debatten om velfærdsstatens rolle i forhold til sundhedsfremme er ikke ny, men *“The debate around civic action and state responsibility have particular relevance for public health as the community can be viewed as both a setting for action and a resource for health”* (Taylor 2003 in Verity 2007:18).

I England er der fokus på at gøre lokalsamfundet mere modstandsdygtigt over for sine udfordringer, og mere uafhængigt af udefrakommende ressourcer. I CHES-projektet sagde deres leder, at *“when it gets rough the professionals disappear”*, Med dette mente han, at deres rolle uden for hospitalssektoren var meget lille, og derfor var de professionelle ikke relevante, med mindre der var tale om at behandle konkrete sygdomme. Og han sagde endvidere om barrierer:

- The organisational culture is the biggest challenge to involving lay people
- Focus on medical issues/topdown attitude of health professionals
- Short term funding
- Evidence burden and too much bureaucracy
- Reward for lay people missing.

Disse fem barrierer, som beskrevet i Leeds, er stort set de samme i København, men det er nødvendigt at omsætte modeller og metoder til den danske kontekst, da betingelserne afviger fra hinanden, for eksempel inden for samarbejdet mellem de professionelle og civilbefolkningen. De forskellige internationale anbefalinger og modeller er typisk udarbejdet og brugt i andre lande og sundhedssystemer end det danske. Det skal derfor i hvert tilfælde vurderes, hvorvidt anbefalingerne er anvendelige i en dansk sammenhæng (Sundhedsstyrelsen 2008).

COMMUNITY HEALTH-PERSPEKTIVET I DANMARK

Decentraliseringen af dele af det offentlige sundhedsvæsen er i Danmark startet omkring 1970'erne, hvor den primære hjemmepleje introduceres under de daværende amter. Den danske sundhedsfremmeforsker Pernille Tanggaard Andersen beskriver, at *“in Denmark there was a comparison to other European countries, a delayed discussion taking place about the growing significance of lifestyle related and chronic illnesses. Eventually it was politically recognized that Denmark was facing serious health problems, e.g., life expectancy was considerably lower than in the other Nordic countries”* (P. T. Andersen & Jensen, 2010:247). Denne udvikling

har medført en udvikling hen imod en kommunal reform, der trådte i kraft 1. januar 2007, hvormed de danske kommuner har fået ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme. I den forbindelse er der gjort mange tiltag for at forbedre folkesundheden, og reformen har også medført et øget fokus på lokalsamfundsudvikling (Sund By-netværket, 2014).

Sundhedsfremmetænkningen i Danmark har, fra den blev introduceret i WHO Charteret⁷, skullet indlejres i både et videns- og i et praksisfelt, hvor det dominerende paradigme har været det positivistiske, biomedicinske med en prægning på individtiltag mod risikofaktorer. Desuden har feltet været domineret af stærke økonomiske og professionelle interesser knyttet til sundhedsvæsenet, hvis praktiske organisering har været en væsentlig faktor for udviklingen. (Land & Bransholm Pedersen: 2010).

Denne udvikling skyldes måske, at flerstrengede⁸ og komplekse sundhedsproblemer kræver *dels* tværfaglige kompetencer og samarbejder (Diderichsen 2011) og *dels* initiativer, der i højere grad fokuserer på at opbygge netværk og handlekompetencer i de lokale områder (Sundhedsstyrelsen:2008; Borg 2010) og dermed en svært håndterbar kontekst.

Sundhedsstyrelsen har i år udgivet publikationen ”*Erfaringer med at løfte sundheden i nærmiljøet*”, som har undersøgt 12 projektindsatser, som er foregået med baggrund i satspuljepartiernes aftale om ”*Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*”, som er en del af satspuljeforliget på sundhedsområdet 2010-2013.

”Sundhed tæt på borgerne” er det gennemgående træk i de tolv projekter. Sammen med det overordnede formål om at styrke sundhed og trivsel blandt de mindre ressourcestærke borgere i de udvalgte nærmiljøer blev der udpeget en række delmål, som var:

1. At forbedre målgruppens handlekompetencer og sundhedsadfærd gennem a. inddragelse af nærmiljøet, b. brug af motiverende metoder og c. udvikling af sunde rammer

7 WHO Charter1986 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

8 Definition: Flere separate kræfter eller elementer, eller fra flere retninger eller synsvinkler:a multipronged assault on the enemy. et flerstrengt angreb på fjenden.

2. At afprøve metoder til rekruttering og fastholdelse af mindre ressourcestærke borgere i sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser
3. At udbygge kapaciteten ift. kommunens eksisterende tilbud

Alle projekter har fået foretaget et sundhedssurvey til beskrivelse af den aktuelle sundhedsstatus i nærmiljøet (NIRAS, 2015).

Rapportens hovedkonklusioner er:

- En indsats ude i nærmiljøet gør en sundere adfærd mere oplagt og meningsfuld for borgerne.
- Lokale samarbejdspartnere styrker indsatsen.
- Bred kommunal opbakning giver blivende resultater.
- Borgerinddragelse skaber opmærksomhed og mobiliserer lokale ressourcer.
- Motiverende metoder sætter fokus på den enkeltes behov.
- Udviklingen af sunde rammer løfter området.
- Proaktiv rekruttering af borgere, der ikke selv opsøger sundhedsfremmende tilbud.

Rapporten konkluderer, at ”*samlet set er det metodernes styrke, at de bringer borgerne i nærmiljøet sammen i sundhedsfremmende fællesskaber og dermed bidrager til, at borgerne og nærmiljøets ressourcer øges*” (NIRAS, 2015:10).

Disse fund og konklusioner er samstemmende med den internationale forskning inden for området. Rapporten viser en vilje til at implementere flerstrengede indsatser og dokumenterer, at der er igangsat flere community health-indsatser i Danmark.

Med henblik på at øge kendskabet til dette og finde danske eksempler på community health- eller kollektiv sundhedsfremme har Center for sundhedsfremmeforskning, Roskilde Universitet, udarbejdet et review over sundhedsfremmearbejdet i kommuner og lokalsamfund i Danmark, og undersøgelsen viser, at det er en kompleks opgave at udvikle metoder, der fremmer kollektiv empowerment i det kommunale arbejde. ”*Kollektiv empowerment er grundlæggende en udviklingsorienteret praksis, hvor de sundhedsmæssige effekter skal ses i et langsigtet perspektiv (flerårigt) perspektiv. Her er en helt essentiel dimension at skabe ejerskab hos både borgere og professionelle, i lokalsamfundet, i settings og i kerneydelser, hvor det er en*

fordel, at forankring fra starten er tænkt ind i en given strategi eller indsats". (Lau, Holm, Andersen, & Dybbroe, 2012:4).

Netop forankring af sundhedsfremmeindsatserne er mangelfuld, blandt andet fordi en stor del af initiativerne på det kommunale område er præget af omfattende projektorganisering (Diderichsen & Andersen, 2011). Samtidig er initiativerne hovedsagelig etableret efter kommunalreformen, som trådte i kraft 1. januar 2007, hvor kommunerne fik ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme, og der har ikke været foretaget en forskningsmæssig opsamling af viden inden for området. Holm, Andersen, Dybbroe og Lau påpeger, at der mangler tilgængelig viden om, hvordan vi når de udsatte borgere i et sundhedsfremmeperspektiv, og der efterspørges kvalificeret viden om evidens og brugbare metoder i de lokale, kommunale og borgernære initiativer (Lau et al., 2012).

DET EUROPÆISKE SUND BY-NETVÆRK/WHO EUROPEAN HEALTHY CITIES NETWORK

En af de måder, som kommunerne har kunnet finde støtte og netværk til udbygning af viden og erfaringer på, er gennem Sund By-netværket.

Danmark har siden 1991 været medlem af det europæiske "Healthy City Network". Det danske netværk er i kraft af sine mange medlemmer et af de største nationale netværk i WHO's Healthy Cities Network. Målsætningen med Sund By-netværket i Danmark er at styrke sammenhæng og udvikling i det lokale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde gennem et forpligtende netværks-samarbejde. Sundhedsfremmeperspektivet i Sund By-netværket er baseret på WHO's sundhedsperspektiv, som det er formuleret i Ottawa-chartret. "*The WHO perspective on health promotion has its foundation in the recognition of the fact that the creation of health is a multi-causal phenomenon for which, among other things, intersectoral collaboration, community action and political support are required*" (WHO Healthy Cities Project, 1988a in.Aro, 2015:6).

Det europæiske Sund By-netværk er udsprunget af WHO's definition af sundhed formuleret i Ottawa-chartret. Netværket ønsker at engagere lokale politikere, skabe institutionel forandring, fokusere på kapacitetsopbygning og styrke partnerskaber igennem planlægning og innovative projekter (Healty City Movement, 2015).

Det primære mål for Sund By-netværket er at sætte sundhed på dagsordenen via en "Health in all policies"-tilgang. "*Health is the business of all sectors, and local governments are in a unique leadership position, with power to protect and promote their citizens' health and well-being*" (Healty City Movement, 2015:2).

Netværket ønsker at fremme sammenhængende og systematisk planlægning af sundhedspolitikker og anerkender:

- behovet for at adressere ulighed i sundhed og bekæmpelse af fattigdom
- sundhedsbehovet hos den udsatte del af befolkningen
- deltagelsesorienteret governance
- fokus på de sociale, økonomiske og miljømæssige determinanter til sundhed.

Dermed anerkender netværket, at sundhed ikke kun omfatter sundhedssektoren eller nærmere beskrevet hospitalsvæsenet, men at sundhed derimod inkluderer det omgivende miljø, herunder de områder, hvor folk færdes i deres hverdag.

Byernes tilknytning til WHO's Sund By-netværket forpligtiger sig til at videreføre de strategiske målsætninger, der formuleres i de politiske deklARATIONER, og som opdateres hvert femte år. Den overordnede målsætning for den nuværende fase (2014-2018) er at implementere Health 2020⁹ på det lokale niveau, hvilket hovedsagelig indebærer:

- at fremme sundhed for alle og reducere ulighed i sundhed; og
- at fremme lederskab og styrke borgerens deltagelse i arbejdet med sundhedsfremme ("Sundby Netværket," 2015).

Nedenstående figur viser "*Eleven Qualities a Healthy City should strive to attain (Hancock & Duhal, 1988)*" (Aro, 2015:7).

9 I Health 2020 formuleres fire politiske prioriteringsområder: 1. Investering i sundhed gennem hele livet, at gøre befolkningen i stand til at tage vare på eget liv og træffe velovervejede valg til gavn for borgerens sundhed. 2. Fokus på de største folkesundhedsudfordringer. 3. Styrke et sundhedssystem, hvor borgeren er i centrum, og hvor der både er et stærkt og effektivt alarmberedskab og kapaciteter inden for folkesundhed generelt. 4. Sikre bæredygtige byer og støttende miljøer ("Sundby Netværket," 2015)

A clean, safe, high quality physical environment (including housing quality).	The meeting of basic needs (food, water, shelter, income, safety, work) for all the city's people.	Encouragement of connectedness with the past, with the cultural and biological heritage and with other groups and individuals.
An ecosystem which is stable now and sustainable in the long term.	Access to a wide variety of experiences and resources with the possibility of multiple contacts, interaction and communication.	A city form that is compatible with, and enhances the above parameters and behaviours.
A strong, mutually supportive and non-exploitive community.	A diverse, vital and innovative city economy.	An optimum level of appropriate public health and sick care services accessible to all.
A high degree of public participation in and control over the decisions affecting one's life, health and well-being.		High health status (both high positive health status and low disease status).

Figur 11: “Eleven Qualities a Healthy City should strive to attain (Hancock & Duhl, 1988)” (Aro, 2015:7).

Disse elleve er samlet baseret i et socio-økologisk sundhedsperspektiv og multilevel-samfundsperspektiv, og de kommuner og regioner, som er medlem af Sund By-netværket har politisk vedtaget at samarbejde om det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, som beskrevet i Sund By-netværkets tiltrædelsesdokument og som har baggrund i ovenstående elleve faktorer. Københavns Kommune er også en af medlemskommunerne (*Healthy City Movement*, 2015).

Healthy city movement har deres europæiske hovedkvarter i København, der er i alt 30 medlemslande i netværket. Pointen med netværket er ikke kun erfarings-udveksling mellem kommunerne, men også at udvikle et evidensbaseret grundlag for community health-indsatser.

En af de ting, der adskiller Danmark fra andre europiske lande, er, at vi har en

forholdsvis stor almen boligsektor¹⁰. Historien om den almene boligsektor i Danmark er tæt linket til historien om den danske velfærdsmodel. De almene boliger blev oprettet særligt i 60'erne og 70'erne, hvor arbejdere med lavere indkomster kunne flytte fra slumlejligheder til nybyggede lejligheder med bad, altan og centralvarme. Med den øgede velfærdsstigning i 80'erne og 90'erne skete der samtidig en øget social opsplitning inden for de forskellige boligområder med dannelse af "udsatte boligområder". I dag er problemet, at den almene sektor i stigende grad bliver brugt til at aflaste resten af samfundet. *"De ressourcesvage – både danskere og indvandrere – bliver tvangsanvist til disse boliger"* (Etwil, 2012:6).

I de fleste europæiske lande findes der sociale boliger som udlejningsboliger. Forskelle i den sociale boligpolitik i forskellige lande kan skyldes varierende politisk opfattelse af statens ansvar i forhold til boliganvisning. Statens byggeforskningsinstitut anvender Esping-Andersens (Esping-Andersen, 1990) opdeling af velfærdsregimer til at afspejle forskellene inden for de forskellige lande. Boligpolitikken i nogle lande i Sydeuropa og i USA er, at boliger primært ses som privat forbrug på linje med andet forbrug, hvor det offentlige kun træder ind, når ekstreme problemer bliver synlige. I lande som England, Belgien, Schweiz og til dels Tyskland er holdningen, at staten primært skal hjælpe særligt udsatte grupper, som ikke selv er i stand til at skaffe sig en ordentlig bolig. I de skandinaviske lande ses det som statens opgave at sikre en god boligforsyning for alle grupper i samfundet. Det er således ikke kun udsatte gruppers boligforsyning, som støttes, men også boligforbruget for brede grupper i befolkningen" (S. H. Andersen & Fridberg, 2006). *"Der hvor den danske almene sektor skiller sig mest ud er i forhold til den interne organisering og beboernes indflydelse. I de fleste lande er der regler for at inddrage beboerne, men kun i Danmark har de en slags selvstyre. Vi har beboervalgte afdelingsbestyrelser i de enkelte boligafdelinger, der selv kan tage beslutninger og disponere over en del af de ressourcer, der tilvejebringes gennem huslejen. Desuden har beboerne flertal i boligorganisationernes bestyrelser"* (S. H. Andersen & Fridberg, 2006:10).

10 En almen boligorganisations hovedformål er ifølge lovgivningen at opføre, udleje, administrere, vedligeholde og modernisere almene boliger med tilhørende fællesfaciliteter og andre boliger med tilhørende fællesfaciliteter, hvortil der ydes eller er ydet offentlig støtte. Den almene boligsektor består af ca. 700 almene boligorganisationer med tilsammen mere end en halv million boliger - eller næsten hver femte danske bolig. Boligerne er fordelt på 8.000 afdelinger. (Andersen & Fridberg, 2006:21)

Vi har i Danmark dermed en stor mulighed at anvende de boligsociale områder og deres fokus på beboerdemokrati til at fremme social mobilisering og til indgåelse af partnerskaber mellem boligselskaber, kommunen, forskellige ikke-kommunale institutioner og ikke mindst borgerne. Det er da også i denne kontekst, at vi kommer tættest på et community health-perspektiv i Danmark.

De boligsociale områder i Danmark er karakteriseret ved at have en høj koncentration af lavindkomstgrupper, folk uden for arbejdsmarkedet, etniske minoriteter og særligt udsatte borgere, som for eksempel psykisk syge og misbrugere. Fælles for disse grupper er, at de alle er karakteriseret ved at have en dårligere sundhedstilstand end resten af befolkningen (Diderichsen et al., 2011; Frederik Sigurd & Darsø, 2013). I forbindelse med en kommunal områdefornyelse er det boligsociale samarbejde en vigtig faktor. I mange boligsociale helhedsplaner, som er udsprunget af de kommunalt iværksatte områdeløft, er der indarbejdet et fokus på at forbedre beboernes sundhed. Center for Boligsocial Udvikling har foretaget en kortlægning af sundhedsindsatser. Disse indsatser er listet med overskrifter i nedenstående liste og findes i publikationen ”Boligsociale sundhedsindsatser – Baggrund og kortlægning af sundhedsfremmende indsatser i udsatte boligområder” (Frederik Sigurd & Darsø, 2013).

Tabel 7: Liste over boligsociale indsatser i udsatte boligområder.

Imagine Horsens	Svømning i varmtvandsbassin
Århus - Sundhedscafeer	Sundhedstjek og sunde aktiviteter
Herning	Svømmeaften, vægtstopkursus
Horsens, Søndergien	Sundhedstjek, sund m-d gruppen
Fredericia, Korskærparken/Søndermarken	Zumba, frivillighedsuddannelsen FRUD
Vejle, Finlandsparken	Sundhedscafe og motion
Vejle, Løget	Kløversti projekt (kultur/natur)
Ringkjøbing-Skjern	Motion
Fredericia, Korskærparken/Søndermarken	Motionstilbud i Fredericia Idrætscenter, aquafitness, yoga og meditation
Kolding, Skovparken	Udvikling af det frivillige liv
Haderslev, Varbergparken	Motion/zumba
Esbjerg, Bydelsprojekt 3 i 1	Fra inaktiv til aktiv

Varde, Boulevardbebyggelserne	Motionsbasen
Lolland, Riddersborgparken m.fl.	Pensionister og sundhed
Odense, Stæremosegårdsvej m.fl.	Maddag, gågruppe
Nyborg, Møllerne	Den sunde linje
Hillerød, Kongevænget	Zumba-fitness
Roskilde, Helhedsplanen	Sundhedstjek og samtale
Slagelse, sydbyen	SMS – sundhed, motion, selvværd
Fredenborg, Nivå nu	Livsstils kursus, sund dialogcafé, sundhedsambassadørud-dannelsen
Halsnæs, Maglehøj m.fl.	Fritidspas
København NV, PULS	Udsatte ældre, beboercafeer, idrætscontainer
Greve, nord	Information om sundhed, sundhedsformidlere
København, Tingbjerg	Information om sundhed
København, Sundholmen	Street soccer, kvinder i bevægelse, Blå start (børn/ unge)
København, Projektbasen	Healthy girls
København, Jagtvejsprojektet	Familie-temaafsnit, kvindemotion
København, Urbanplanen	XXL motionshold for overvægtige kvinder
København, Kollektivhuset	Madklub for mænd
Ålborg, Grønnegården m.fl.	Netværk – fællesspisning med sundhedstema, hjælp til rygestop
Brønderslev, Mælkebøtten	Sundhedspiloterne

Denne liste er et kærkomment initiativ til at anskueliggøre community health-indsatser. Listen er en blanding af fysiske, sociale og psykiske sundhedsindsatser. I artiklen *"For the sake of health! Reflections on the contemporary use of social capital and empowerment in Danish health promotion policies"* af den danske sundhedsfremmeforsker Pernille Tanggaard Andersen siger hun om de boligsociale indsatser: *"Although not always explicitly stated, the concepts of empowerment and social capital are used as strategies to promote active citizenship in various Danish neighbourhood revitalisation programmes. These include the areas: Avedøre Stationsby, Hvidovre; Tøjhushaven, Randers; Gellerup, Århus; Vestbyen, Horsens; Korskerparken, Fredericia; Kvaglund, Esbjerg and Enghave, Copenhagen SW"* (Agger et al., 2000; Larsen et al, 2003; Engberg, 2006 in P. T. Andersen, Jørgensen, & Larsen, 2010:89).

Der er mange eksempler på borgerinddragelse og empowerment inden for det boligsociale område, men deres relevans inden for en sundskontekst er ikke ekspliciteret eller kendt.

I en publikation fra 2014, *"Relationsarbejde i udsatte boligområder – Hvad får de unge ud af det?"*, udgivet af center for boligsocialt arbejde, er der som navnet indikerer fokus på sociale relationer, men arbejdet linkes ikke eksplicit til sundhed (Bøje-kovacs & Lindstad, 2014). Denne (ikke eksplicitte) måde at forstå sundhed på blev også eksemplificeret i mit arbejde med planlægningsgruppen i "Lige adgang til sundhed" hvor en deltager fra områdefornyelsen, der arbejder sammen med de boligsociale foreninger, sagde, at han ikke havde tænkt, at hans daglige relationsarbejde kunne legitimeres som sundhedsfremmende arbejde (Liste over empiri: dato 16.5.2013).

Listen over indsatser indeholder i alt 48 indsatser, hvoraf 36 er kategoriseret under betegnelsen sundhedsadfærd, og 12 er kategoriseret under sundhedsinformation. Dette viser, at også her er dokumentationen fokuseret på en biomedicinsk forståelse af sundhed, men som forfatterne skriver; *"For en række af aktiviteterne gælder det, at en forbedret sundhed kun er ét blandt flere formål. Selve sundhedsaktiviteten kan fx være et middel til at styrke deltagernes sociale netværk i boligområdet og derigennem deres generelle trivsel. Sportsaktiviteter for fx unge mænd kan ligeledes have det formål at give disse et meningsfuldt alternativ til den gadeorienterede livsstil og derigennem et kriminalitetsforebyggende sigte"* (Sigurd & Darsø, 2013:5).

UDSATTE BYOMRÅDER OG COMMUNITY HEALTH-EKSEMPLER I DANMARK

I København har næsten alle bydele været omfattet af en udviklingsplan. Det samme gør sig gældende i landets større byer, for eksempel i Vollsrose i Odense, Tåstrupgaard i Høje Tåstrup, Gellerup i Århus og også i mindre byer i udkantsområderne.

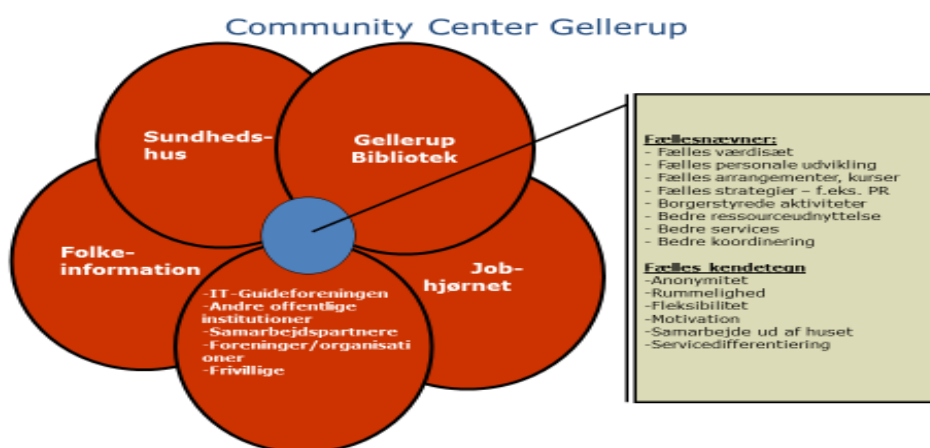
Ministerier for by, bolig og landdistrikter har i 2015 udarbejdet en ny liste over ghettos i Danmark indeholdende 31 boligområder (<http://mbbl.dk/nyheder/nyhed/ny-ghettoliste>). Ghattolisten er meget udskældt både på grund af dens indhold, da den udelukkende er baseret på statistisk materiale, og dens navn, da

det er stigmatisering og medvirkende til reproduktion af dårligt image og dårlige forhold.

Nedenstående er tre danske community health-eksempler fra udsatte boligområder, hentet fra min egen empiriske forskning.

GELLERUP, ÅRHUS

Min specialeafhandling omhandlede sundhedsindsatser i Gellerup, Århus (H. L. Andersen, 2011). Gellerup er et eksempel på en community capacity-tilgang i et udsat boligområde. I Gellerup Community Center, CCG, er der fokus på borgerstyrede aktiviteter. Metodisk fungerer det ved, at borgernes ideer understøttes af CCG, nogle gange via oprettelse af en forening. Dette har resulteret i afholdelse og gennemførelse af vidt forskellige borgerstyrede arrangementer såsom: kurser i samfundsforståelse, danskkurser, en sundhedsdag, IT open learning, et arrangement om højskoler og efterskoler, "bryd fasten" (et aftenarrangement om Ramadan), "khat og klaner" afholdt af unge somaliere, "Ren Ghetto", en koncert mod påsatte brande, præsentation af kandidater til Integrationsrådet i Århus, rystesammentur med teambuilding for unge mænd og kvinder i rollemodelgruppen "ung for unge" og "tro mod tro". CCG fungerer som en slags fremskudt forvaltning og har følgende funktioner i biblioteket:



Figur 12: Community Center Gellerup

Biblioteket indeholder Folkeinformation, Jobhjørnet og et sundhedshus, med følgende aktiviteter:

I sundhedshuset: Grupper for unge mødre med temaer som: livsstilsgrupper, sund mad og motion, krop og prævention, børns sygdomme, ”klar til barn”, ”mad til børn”, baby-møder, forebyggende tandpleje og fødselsforberedelse.

Folkeinformation:

Anonym rådgivning pga. manglende institutionel tillid.

Rådgivning i forbindelse med sociale forhold og arbejdsmarkedsforhold, uddannelse, indfødsret og opholdstilladelse, sociale ydelser, boligstøtte m.m.

Samtidig rådgives i kommunikation med myndighederne, udfyldning af skemaer og diverse ansøgninger og klager.

En gang om ugen er der mulighed for juridisk rådgivning.

Desuden fungerer medarbejderne i Folkeinformation som brobyggere og konfliktlødere mellem brugerne og systemet. Folkeinformation er ligeledes aktiv i forbindelse med gennemførelse af oplysningskampagner, fx pensionsordninger målrettet ældre borgere.

Indføring i den danske foreningskultur.

Biblioteksfunktionen på Gellerup bibliotek består af: IT-aktiviteter for børn, sprog og emnekuffert for børn i daginstitutioner, læseaktiviteter samt IT-undervisning i samarbejde med IT-guideforeningen og mange forskelligartede arrangementer. Bibliotekarerne ser sig selv som levende bøger (formidlere).

Jobhjørnet: Tilbud under beskæftigelsesforvaltningen med 1,5 ansat jobkonsulent, bistand, anonym vejledning og rådgivning. Stillingen på 0,5 har særlig fokus på den jobsøgendes fysik og helbredstilstand.

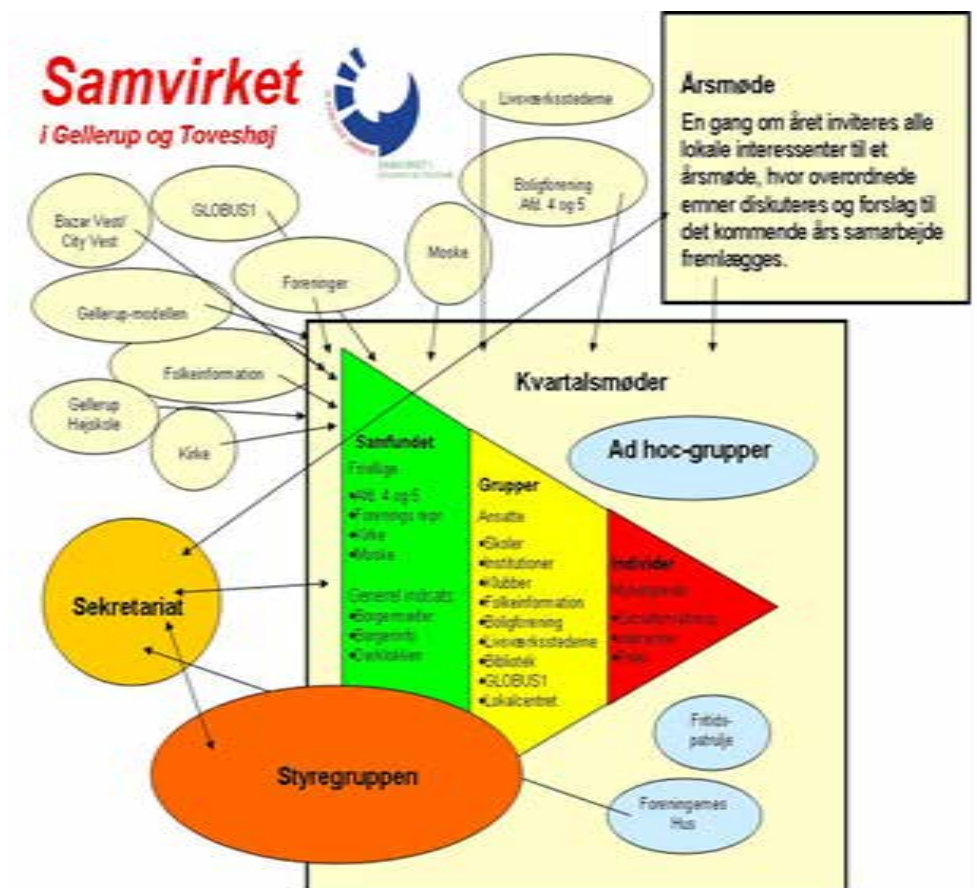
De generelle anbefalinger fra personalet er

- Vær opsøgende
- Find lokale ledere. En koordineret indsats for at finde lokale ledere og ildsjæle i lokalsamfundet gør hele forskellen
- Vær kreativ i forhold til, hvad biblioteket kan bidrage med
- Synliggør og bidrag til lokalsamfundets unikke styrker og vilkår
- Støt lokale institutioner og erhverv

- Gør biblioteksbygningen til et lokalsamfundscenter
- Skab en samfundsorienteret kultur blandt personale og frivillige.

De sundhedsprofessionelle er inspireret af metodeanvendelsen inden for sundhedsplejen, hvor sundhedsplejerskerne er empowerment-orienterede og opsøgende og tager ud i folks hjem. Der er i Gellerup et udtalt samarbejde på tværs af professionerne, hvilket blandt andet resulterede i, at tandplejen fulgte med sundhedsplejen rundt i hjemmene, hvorefter antallet af huller hos børnene i området efter sigende faldt med 80 %.

Det tværgående samarbejde har resulteret i et formaliseret årshjul med faste koordinerende møder:



Figur 13: Årshjul over mødeaktivitet mellem forskellige interessenter i lokalområdet ved Gellerup.

Der er foretaget en empowerment-evaluering i CCG (J. Andersen & Frandsen, 2007), og jeg har i kapitel 1 præsenteret en komparativ analyse, hvor jeg sammenligner CCG med deres nabo, det kommunale Sundhedscenter Århus. Analysen viser, at CCG har flere og forskellige tilbud og flere og forskellige brugere end sundhedscenter Århus.

De største barrierer i forhold til arbejdet i CCG beskrev de selv som manglende vertikal empowerment i forhold til forvaltningen og det, at den alternative tilgang ofte mødte modstand i forhold til den forvaltningsmæssige praksis. Der er en kamp om sundhedstilgangen både vertikalt og horisontalt mellem de forskellige professionsforståelser. Tilgang og fastholden af en alternativ (borgerstyret) tilgang kræver stærke professionelle ildsjæle.

Geografisk er Gellerup et lukket område, hvor bygningerne skaber en ring, en by i byen. Dette har medført diskussioner omkring for stærk "bonding" i området (Putnam, 1995). Diskussionen beskæftiger sig med, om bydelen lukker sig om sig selv, eller om den stærke bonding i området styrker lokalsamfundet. Diskussionen har medført, at Gellerup i disse år gennemgår et nyt områdeløft, med nedrivning af tre boligblokke og etablering af en vej gennem området.

SUNDHOLMEN, AMAGER, KØBENHAVN

Sundholmsområdet er ikke på samme måde som Gellerup et lukket geografisk område med et centralt mødested for alle. Områdeløftet i Sundholmen har fokus på byfornyelse af de fysiske rum, da Sundholmen består af mange små lejligheder fra 1930'erne uden toilet og bad. Der er endvidere en koncentration af hjemløse i Sundholmsområdet.

I Sundholmskvarteret arbejdes der ud fra et fysisk byfornyelsesperspektiv med henblik på at skabe plads/rum til de mennesker, der, enten fordi der ikke er plads til dem i lejlighederne, eller fordi de er hjemløse, lever på gaden.

Der er dermed tale om en anden form for byfornyelsesprojekt, der ikke på samme måde som i Gellerup indeholder et sundhedsperspektiv, men der er samme fokus på borgerinddragelse og empowerment.

I et empowerment-perspektiv arbejdes der i Sundholmen med at forbedre områdets identitet via kunst i gaderne, der fortæller om områdets historie, og via at for eksempel ungdomsklubben skaber og fremviser "gode rollemodeller" for de unge (Liste over empiri: dato sept.2012).

For de hjemløse skabes små pladser med bænke og hyggebelysning fra gadelamper, og der er etableret et succesfuldt projekt med haver og by-bier¹¹, som de hjemløse skal være ansvarlige for. Nogle af de hjemløse betragter dette som et arbejde og er meget stolte og vedholdende med at passe bier og haver.

I Amager vest byudviklingsplan skriver formanden for lokaludvalget om borgerinddragelse: *"Det er borgerne, som skal tegne udviklingen i Amager Vest. Lokaludvalget har i arbejdet med bydelsplanen derfor taget udgangspunkt i lokale partnerskaber. På den måde sikrer vi, at projekterne ikke kun forbliver visioner, men bliver videreført via det lokale ejerskab"* (Jensen, 2013:3).

Faren ved frivilligt arbejde er, at der kommer en afhængighed af private investorer og deres "kæpheste" og indsatser for en specielle målgruppe, men på den anden side opnås en "street credibility" som beskrevet i Leeds.

En byudviklingsplan er en indsats i en kort årrække, og derfor er det selvfølgelig nødvendigt at skabe lokalt ejerskab, der kan fortsætte og forankre arbejdet, når byudviklingsprojektet ophører.

Der bliver altså her en samfundsmæssig problemstilling omkring ansvaret for borgernes velbefindende i et lokalområde som Sundholmen. I dette, såvel som i de andre byer i udviklingsprojektet, adresseres de strukturelle mekanismer bag social polarisering kun delvist. I Sundholmen er der fokus på fornyelse af bygningerne på grund af de mange små lejligheder. Dette var ikke et problem i Gellerup, der har mange store og nyere lejligheder (og dermed store familier i bebyggelsen), men de grundlæggende baggrunde for segregering og reproduktion af udsatte boligområder adresseres ikke.

Gellerup har i modsætning til Sundholmen et eksPLICIT sundhedsfremmefokus.

11 Haver og projekt By-bier for de hjemløse <http://www.avlu.dk/2011/05/bybier-pa-sundholmen/>

Disse to projekter viser, at det er vigtigt at have et kontekstuel perspektiv på planlægningsmodeller og tilgange til et lokalområde. I forhold til at modvirke opbygning af parallelsamfund og øge tilgængeligheden til sundhed er det afgørende at kombinere de forskellige sektors ressourcer og evner.

NØRREBRO/BISPEBJERG, KØBENHAVN NV

Denne afhandlings empiriske nedslag i København NV komplementerer de ovenstående community eksempler.

På mange måder ligner dette områdeløftet i Sundholmen, København, men i NV er der et større eksplicit fokus på sundhed, for eksempel i projektet ”Lige adgang til sundhed”. I kapitel 1 under præsentation af empiri har jeg kort beskrevet metodeanvendelsen i projektet. Det næste kapitel omhandler planlægningstilgange og leder op til en beskrivelse af metodetilgangen og planlægningstilgangen i projekt ”Lige adgang til sundhed”.

Planlægning

Dette kapitel har til hensigt at beskrive planlægningstilgange inden for et community health-perspektiv. Der er ikke tale om en udtømmende beskrivelse af de eksisterende planlægningstilgange, dertil er feltet af planlægningsmodeller simpelthen for stort. Kapitlet skal derimod lede til en beskrivelse af den planlægningstilgang, der er anvendt i afhandlingen. Udgangspunktet er at svare på afhandlingens problemformulering.

Hvilke barrierer og muligheder eksisterer for at planlægge og facilitere en community health-tilgang til en dansk lokalsamfundskontekst?

Og hvorledes kan en planlægningsproces, der kombinerer forsknings- og erfaringsviden, bidrage til vidensudvikling inden for både sundhedsfremmepraksis og forskningsfeltet?

En planlægningstilgang i et community health-perspektiv fordrer som tidligere beskrevet arbejde med flerstrengede interventioner, og dette kræver teorikendskab samt indarbejdelse af flere forskellige praksisniveauer, og derfor bliver en planlægningsfase særlig afgørende i et community health-projekt.

SAMSKABELSE

I de danske kommuner i dag er der fokus på partnerskaber og samskabelse. Dette fokus er samstemmende med og ekspliciteret i Sund By-netværket, som jo nok også har bidraget til, at begreberne er sat på dagsordenen. Sund By-netværket beskriver samskabelse som et koncept, som er blevet brugt historisk, men som et forholdsvist nyt koncept i sammenhæng med sundhed.

Begreberne partnerskabelse og samskabelse ser jeg som udløbere af WHO's Health in All Policies, som sigter på tværsektorielt samarbejde med en fælles målsætning med sundhed på dagsordenen.

I forbindelse med at implementere politikken bag "European Health for All Policy" (Mc Queen, Wismar, Lin, Jones, & Davies, 2012) udarbejder Sund By-netværket Health Impact Assessment (HIA), der defineres som: "*A combination of procedures, methods and tools by which a policy, programme or project may be judged as to its potential effects on the health of a population and the distribution of effects within the population (WHO Regional office for Europe, 1999)*" (Aro, 2015;14).

I Danmark var der kun få kommuner, der tog initiativ til at implementere HIA. Det var København, Sønderborg og Horsens kommuner.

Evaluering af dette forløb viste at; "*systematic cross sectoral collaboration was a key facilitator to integrate a health concern in physical planning, highly strengthened by close dialogue, personal relationship and common language for health relevant for physical planning including an overview of responsibilities and contributions to integrating a health concern in the planning process. The evaluation also showed an increase benefit of integrating a health concern on a higher strategic level as well as better overall coordination of health promotion and disease prevention actions to ease implementation of health concern in more detailed planning. Barriers to assessing health impacts are lack of good, local contextual data as well as access to others' local data, lack of formal collaboration with other sectors (e.g. education, employment, etc.) and support from these other sectors and disciplines*"(Aro, 2015:14).

Den manglende kontekstuelle viden var også en opdagelse i mit eget arbejde i NV, og derfor blev dette udgangspunktet for starten af min deltagelse i planlægningsprocessen. Ovennævnte evaluering peger endvidere på nødvendigheden af at finde metoder til at håndtere de komplekse tværsektorielle sammenhænge og påkrævede multilevel-samarbejdsrelationer, som opleves som en udfordring for kommunernes siloopdelte forvaltningspraksis.

Der er derfor på internationalt plan udviklet adskillige planlægningsmodeller til at håndtere denne kompleksitet. Som eksempler kan nævnes The 10 Essential Public Health Services (Center for Disease Control and Prevention, 2012), som beskriver rammerne for sundhedsinterventioner, der burde indgå i alle community health-projekter. Denne model er tæt knyttet til The National Public Health

Performance Standards Programme (NPHPSP) (Center for Disease Control and Prevention, 2012), og planlægningsmodellen Health Impact Pyramid af Frieden er et forsøg på at beskrive en bredere anvendelighed af forskellige sundhedsinterventioner (Frieden, 2010). Alle modellerne er beskrevet ud fra en amerikansk kontekst, hvorfra det meste af den teoretiske udvikling stammer.

PLANLÆGNINGSMODELLER

Nedenstående gennemgang af planlægningsmodeller er udvalgt, da de på forskellig vis danner baggrund for mit eget teoretiske perspektiv på, og anvendelse af, sundhedsfremmeplanlægning.

ABCD- modellen

Kreutzman & McKnight introducerer i 1993 community capacity-tilgangen ABCD ”Asset-Based Community Development”, som er udformet på baggrund af studier af succesfulde community building-projekter i flere hundrede lokalområder i USA. ABCD er baseret på et empowerment-perspektiv og på lokalisering af de tilstedeværende ressourcer i et lokalområde (Kretzmann & McKnight, 1993). Formålet med metoden er at synliggøre styrker og succeser i lokalområdet som afsæt for udvikling – snarere end problemer og mangler. Metoden sætter særligt fokus på de ressourcer, der ligger indbygget i de sociale relationer. Logikken er, at det er i samspillet mellem ressourcerne i lokalområdet og de ressourcer, der tilføres udefra, at mulighederne for at skabe et blivende løft i området ligger.

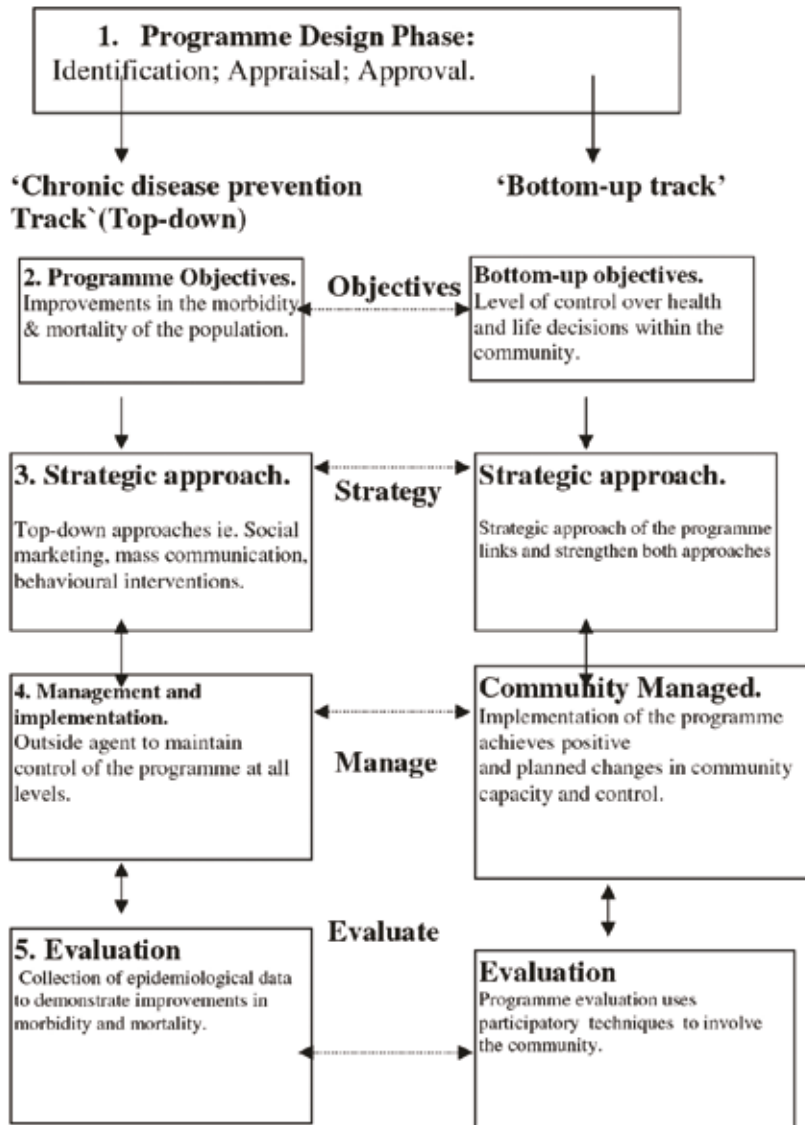
Fordelen ved at anvende ABCD-metoden er, at der er fokus på de positive historier, som er med til at danne billeder, som påvirker den måde, vi tænker og handler på. Idéen med metoden er at tage det bedste fra fortiden med ind i fremtiden, og dermed rummer metoden et stort potentiale for en positiv udvikling. Processen handler i første omgang om at få identificeret ressourcerne, dernæst at få koblet de relevante ressourcer for til sidst at aktivere dem. Et vigtigt værktøj i ABCD-sammenhæng er den anerkendende tilgang (Appreciative Inquiry eller AI). Denne anerkendende tilgang har til formål at styrke de involveredes selvværd og empowerment for dermed at give den enkelte de bedst mulige forudsætninger for at udfolde de ressourcer, som vedkommende har.

Metoden kan kritiseres for kun at fokusere på positive aspekter, hvormed et kritisk blik og en problemorienteret tilgang negligeres. Dette kan i en radikal tilgang medføre "victim blaming", idet oplevede problemer *skal* anskues ud fra en positiv vinkel, hvorved løsninger på problemer skal findes i ens egen anskuelse af problemet, hvilket kan medføre, at al kritik vendes indad. Dette fænomen har den danske anerkendelses- og kritikforsker Rasmus Willig beskrevet som "*kritikkens u-vending*", eller som "*positiv apartheid*" (Willig, 2013). Dette positive fokus kan ses som en modstilling til et fokus på problemer og risiko, der i radikal forståelse kan medføre negativ identitet og disempowerment. Ovenstående skelnen begrundes, hvorfor det er vigtigt at se på *både* barrierer og muligheder i et community health-perspektiv.

Det er endvidere nødvendigt i et kontekstuel perspektiv at se på betingelserne og de tilhørende magtforhold for implementering af for eksempel en positiv empowerment-diskurs.

Parallel tracking-modellen

Allerede i 2000 peger community health- og empowerment-forskeren Glenn Laverack i artiklen, "*A planning framework for community empowerment goals within health promotion*" på barrierer i forhold til at implementere en empowerment-diskurs: "*The empowering discourse of health promoters, legitimized by the Ottawa Charter for Health promotion, has evolved as a bureaucratic response to progressive social movements and to contemporary health discourses of the 1960s, 1970s and 1980s. This has contributed to one of the major tensions in health promotion today: many health promoters continue to exert power over community through "top-down" programs whilst at the same time using the emancipatory discourse of the Ottawa Charter. This tension between discourse and practice continues because there has been little clarification of how to make the concept of empowerment operational in the more conventional, or top-down, programme context within which many health promoters still work*" (G Laverack & Labonte, 2000b:255). I forhold til at implementere en empowerment-tilgang til en primær sundhedssektortilgang peger Laverack og Labonte på metoden parallel tracking, hvor en top-down biomedicinsk sundhedsplanlægning kombineres med en bottom-up empowerment-tilgang (Laverack & Labonte, 2000).



Figur 14: Egen gengivelse af "A planning framework for the accommodation of community empowerment into top-down health promotion programmes (Laverack & Labonte, 2000:257).

Parallel tracking kombinerer en top-down- med en bottom-up-tilgang, hvorved der kan sættes fokus på empowerment og eventuelt større magtbalance.

Jeg vil dog pointere, at i forhold til et integrativt phronetisk aktionsforskningsperspektiv er der fare for bevarelse af en silotænkning, idet de to tilgangene arbejder sideløbende, måske med vis gensidig påvirkning, men ikke integrativt. Dette kan

medføre, at de eksisterende vidensopfattelser bliver reproduceret gennem denne planlægningsform.

Modellen har dog vist sig effektiv i flere projekter, og den er afprøvet med succes i blandt andre en østeuropæisk sammenhæng (Kasmel & Andersen, 2011), og en af de største fordele er, at den sætter sundhedsfremme og empowerment på dagsordenen i en planlægningsproces.

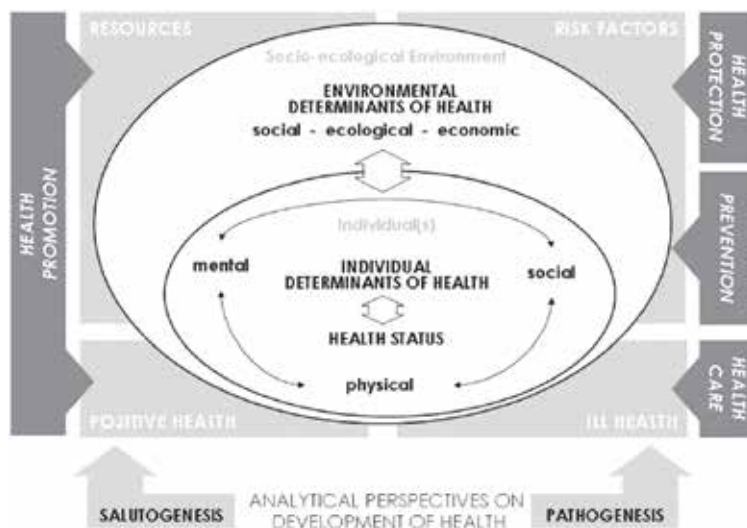
EUHPID- modellen

Med hensyn til planlægningsmodeller er det største projekt EUHPID – The European Community Health Promotion Development Model (Bauer, Davies, & Pelikan, 2006), som er udviklet med henblik på at have fælles europæiske indikatorer for sundhedsfremmeindsatser og monitorering af disse (Bauer et al., 2006). The European Community Health Promotion Indicator Development Model er udviklet med henblik på at inddrage individers fysiske, psykisk og sociale sundhed og vise, hvordan sundhed udvikles gennem interaktion mellem individet og dets omgivelser.

Modellen har tre overordnede målsætninger:

- *”To develop a clear rationale for selecting, organizing, and interpreting health promotion indicators (classification system);*
- *To communicate the unique health promotion approach to the larger public health community (advocacy tool); and*
- *To develop a common frame of reference for the fields of health promotion and public health which shows their relationship (dialogue tool)”* (Bauer et al., 2006:154).

Modellen demonstrerer, hvordan sundhed kan blive analyseret ud fra både et salutogenetisk og et patogenetisk perspektiv, og inddrager perspektiver på, hvordan forskellige interventioner, såsom biomedicinsk sundhed og sundhedsfremme, er relateret til hinanden. Modellen fokuserer ikke mindst på at beskrive indikatorer til måling af sundhed.



Figur 15: Health Development Model: public health intervention approaches. (Bauer et al., 2006:155)

Modellen inddrager fire typer af sundhedsindsatser; sundhedsfremme (health promotion), sundhedsforebyggelse (health protection), sygdomsforebyggelse (disease prevention) og sundheds pleje/omsorg (health care).

Modellen er afprøvet i en dansk kontekst (Varde kommune) af sundhedsfremmeforskere fra SDU (Larsen, Pedersen, Davies, & Gulis, 2013). Det danske studie fokuserede på *"develop a common frame of reference for the fields of health promotion and public health that shows their interrelationship"* (Larsen et al., 2013:779). Forfatterne konkluderer, at EUHPID-modellen kan give et kategoriseret overblik over sundhedsprojekter i en kommune og kan bidrage til et fælles sprog på tværs af sektorer. Derudover kan EUHPID-modellen forbedre prioritering, planlægning, implementering og evaluering af sundhedsindsatser. Det danske studie viste (ligesom jeg også fandt i mit eget empiriske nedslag "Lige adgang til sundhed") endvidere, at kommunens medarbejdere faktisk ikke skelnede mellem de forskellige sundhedsperspektiver som sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse *"this fits very well with the belief that public health debate and funding in Denmark often is limited to diseaseprevention and the pathogenic perspective; the health promotion approach is, therefore, being somehow neglected"* (Larsen et al., 2013:783). Der var i kommunen flere eksempler på begge typer af projekter (salutogenetisk/patogenetisk), og forfatterne fremhæver derfor, at det er relevant at skelne og tydeliggøre begge typer projekter og deres forskellige relevans.

Den største fordel ved EUHPID-modellen er anvendelse af en fælles reference-ramme til beskrivelse af sundhedsinterventioner, men Bauer et al. beskriver dog: *"although all these categories are clearly defined by the underlying model, the selection and assignment of single indicators to these categories will depend on the interpretation by various users and professional fields"* (Bauer et al., 2006:157).

Dette er måske forklaringen på, at EUHPID-modellen, på trods af de internationale måleparametre, der også er indbygget i modellen, ikke er særlig anvendt inden for sundhedsfremmefeltet.

HEPRO-Projektet: en empowerment-planlægningsmodel

HEPRO¹-Projektet (2005-2008)² er et europæisk eksempel på en sundheds- og empowerment-planlægningsstilgang, hvor Danmark er et af de deltagende lande. I alt 36 partnere har deltaget (fordelt på lande som Polen, Finland, Sverige, Norge, Danmark, Estland, Letland og Litauen – herunder kommuner, regioner og forskningsinstitutioner). Fra Danmark deltog Holbæk Kommune, Vejle Kommune, Sønderborg Kommune, Brønderslev Kommune, Region Nordjylland, Sund By-netværket og Statens Institut for Folkesundhed.

Projektet havde som overordnet formål at integrere sundhedsfremme i den kommunale planlægning og strategiudvikling. HEPRO-Projektet kan betragtes som en lokal og tværsektoriel tilgang til kommunal sundhed.

Projektet har, ud over at yde et vigtigt bidrag til en bæredygtig, offentlig sundhedspolitik i Europa, sat fokus på institutionel læring, kapacitetsopbygning og netværksopbygning som en samlet indsats i forhold til de eksisterende sundhedsudfordringer.

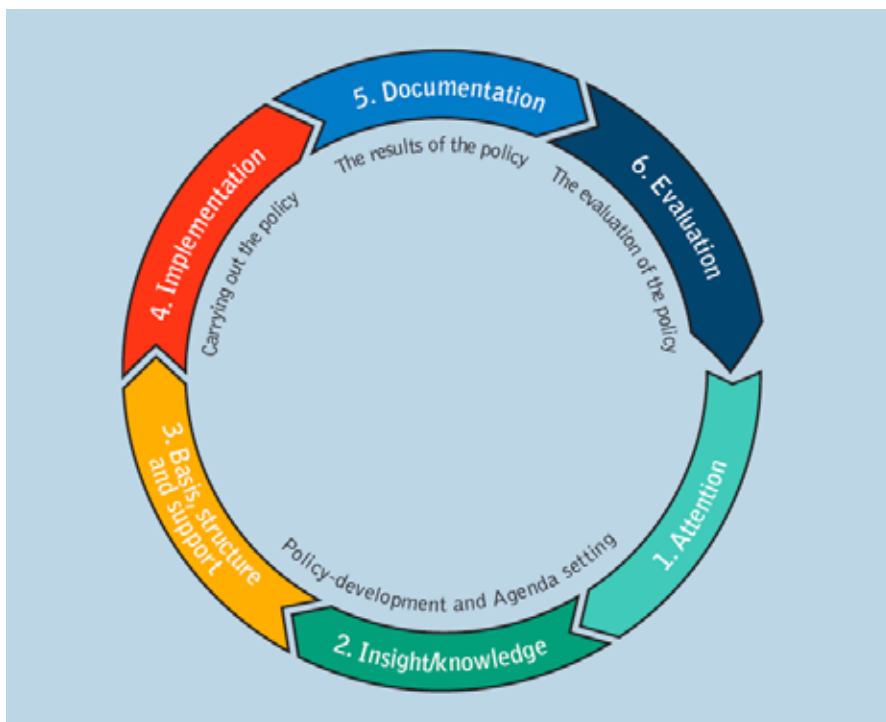
HEPRO-Projektet er en del af Sund By-netværkets tilgang, og konceptet understøttes af principperne fra "Health in All Policy-konceptet" og Lokal Agenda 21. HEPRO har et tydeligt fokus på empowerment, kapacitetsopbygning og tværsektoriel deltagelse. Den begrebsmæssige ramme er beskrevet ud fra en bred

1 HEPRO (Health profiles) gennemføres som et EU – INTERREG III B Projekt. Perioden var fra juni 2005-31. december 2007. Budgettet er på 2 mio. euro. Projektet er anerkendt af WHO.

2 Heprogress er en opfølgning af HEPRO-projektet (2005-2008), hvor Østfold amtsråd var projektleder. Projektet har videreudviklet et koncept, der gjorde det muligt at udføre offentlige sundhedsundersøgelser på tværs af landegrænserne. Tidsrammen for projektet er december 2010-december 2012.

sundhedsforståelse inddragende sociale, fysiske og rumlige sundhedsperspektiver, hvor trivsel og sundhed bliver betragtet som noget mere end blot fravær af sygdom (Amdam, 2007). Tilgangen i HEPRO-projektet er kendetegnet ved:

- Et tværsektorielt fokus på folkesundheden (sundheds-survey)
- En system teoretisktilgang til politisk planlægning og governance
- En cirkulær forståelse af planlægning (Amdam, 2007).

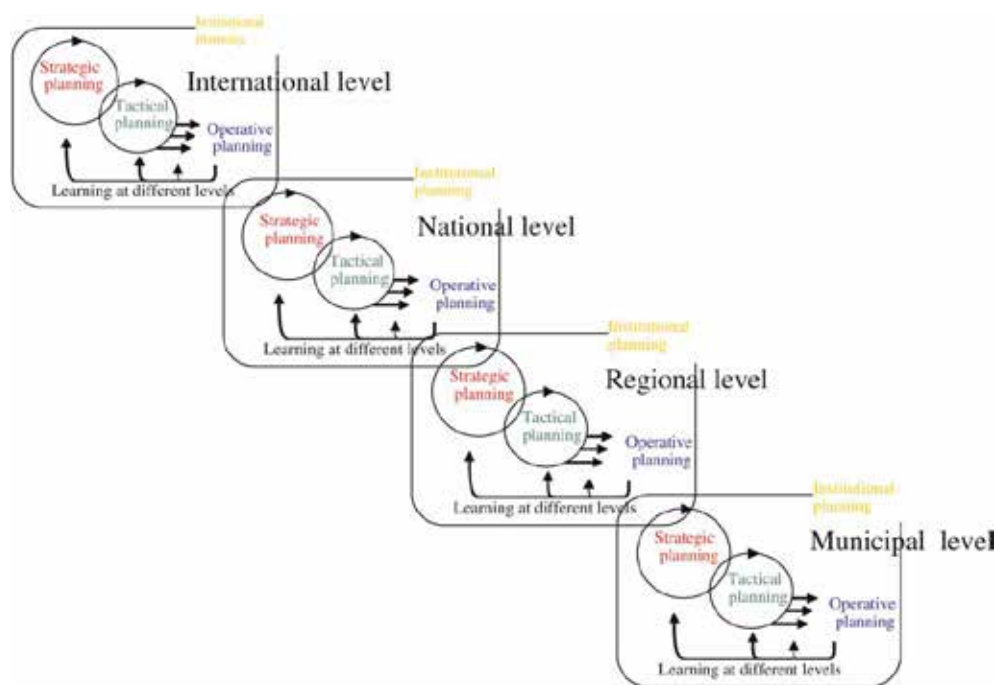


Figur 16: *The HEPRO Planning Circle. (Amdam & Wangberg, 2008:8).*

HEPRO-planlægningscirklen er en systematisk tilgang i seks trin bundet sammen i en aktionsforskningsinspireret ”planlægningscirkel”. Pointen er, at den politiske beslutningsproces er en kontinuerlig proces, og derfor skal de forskellige stadier i cirklen ikke opfattes i en fast, ensporet rækkefølge.

Hepro-projektet omfatter endvidere en sundhedsprofil med spørgsmål, der spænder fra sundhedsrisiko for det enkelte individ til spørgsmål om det sociale miljø og den socio-økonomiske status, og der et særligt fokus på multilevel empowerment, læring og kapacitetsopbygning.

werment og læringsprocesser. Projektet repræsenterer en tværsektoriel tilgang til planlægning som søger politisk indflydelse for både at forbedre levevilkårene for borgerne og støtte en professionel og institutionel udviklingsproces. Hensigten var udvikling af en *læringsproces* som medfører at kommuner og institutioner efter projektets afslutning havde opnået en bedre evne til at lede sig selv, til at håndtere deres udfordringer, organisere og evaluere sig selv, og ikke mindst at lære af deres erfaringer. (www.heproforum.net).



Figur 17: *The implementation chain (Amdam, 2010:1816).*

Der er rent teoretisk en skellen mellem de forskellige planlægningstilgange. Den rationelle planlægningstilgang læner sig op ad en top-down-styret planlægning, hvor beslutningerne og kontrollen sker fra oven. Idealet om rationel planlægning bygger på, at planlægning er en videnskabelig og fornuftorienteret aktivitet, der bevæger sig inden for den hierarkiske styreform, hvor der også er et klart skel mellem den offentlige og den private sfære. Dette betyder, at det er en teknokratisk og instrumentel styreform, hvor politikere og embedsmænd har magten over planlægningen, og beslutningerne sker inden for denne instans (Agger, 2009). Den kommunikative tilgang er primært inspireret af to forskellige filosofiske tilgange, nemlig dels den tyske kritisk teoretiske Jürgen Habermas' teori om

kommunikativ handlen og dels pragmatismen (læring gennem praktisk erfaring) og den amerikanske filosof John Dewey. Den kommunikative tilgang er samlet udsprunget som kritik af den rationelle planlægning, og den lægger sig op ad en bottom-up-/deltagerorienteret planlægning, hvor man prøver at inkludere alle parter i beslutningerne. Den gode planlægning inden for den kommunikative planlægning er meget netværks- og konsensusorienteret, og hvor det i den rationelle tilgang er *målet*, der er i fokus, er det selve *processen* i den kommunikative planlægning, der er i fokus.

En aktionsforsknings- og empowerment-orienteret planlægningstilgang lægger sig tæt op ad den kommunikative tilgang, men ved disse metoder har borgerne en afgørende rolle at spille inden for planlægning og evaluering. Dette sker gennem et samarbejde mellem borgerne og eksperterne i en planlægningsproces. Empowerment-planlægning adskiller sig fra en Habermas-inspireret kommunikativ planlægning (der fokuserer på kommunikation, ved at sætte den frie dialog i fokus), idet den også implicerer et magtperspektiv, der på forhånd tager udgangspunkt i, at magten er ulige fordelt. Pointen er, at en ændring af magtrelationerne til fordel for de underprivilegerede grupper (på alle niveauer) kræver mere end sproglig kommunikation og bør indebære et handlingsaspekt, som fremkommer gennem myndiggørelse og mægtiggørelse af individer, grupper af individer og også institutioner (institutionel empowerment) (Andersen, 2009).

I forhold til anvendelse af et kommunikativt perspektiv er det vigtigt at pointere, at den kommunikative ikke kun skal forstås som en sproglig kommunikation, ej heller er der tale om et ensidigt fokus på konsensus. Snarere medfører dialogerne, at det er fokus på, at "det bedste argument" fremkommer. Det handler om at diskutere med flere stemmer og finde de gode argumenter. Argumenter, som skal legitimere den beslutning, som tages, og som giver mening for deltagerne. Dette er min fortolkning af Habermas' kommunikative handlen, en fortolkning, der fremkommer ved en skelnen mellem begreberne konsensus og legitimitet.

Ideen i HEPRO-planlægningsmodellen er at forbinde kommunikativ og instrumental handlen: *"Communicative planning is a prerequisite for the governance structure based on partnerships between private, public and voluntary sectors, and local, regional, national and international levels. However, and in contrast to the government structure, the governance has to create its legitimacy, and therefore the process becomes very important. In the planning literature, there is now a growing*

understanding that the main challenge is not to choose between instrumental and the communicative planning approaches, but how to integrate them in the planning practice. From my point of view, the policy will formatting process or communicative action theory represents one very promising way of integrating them. Empowerment planning is as a fundament for such a planning approach” (Amdam, 2006:2).

Gennem denne sammenhængende planlægningskæde bliver den institutionelle planlægning på et niveau rammesættende for den institutionelle planlægning på det nedenstående niveau. For eksempel kan et operativt projekt på et nationalt niveau igangsætte en institutionel planlægning og en empowerment-proces, som inkluderer strategisk, taktisk og operativ planlægning på det regionale niveau. Planlægningskæden illustrerer, ligesom Laverack og Labondes parallel tracking (Laverack & Labonte, 2000), det komplekse møde mellem top-down- og bottom-up-tilgange inden for en community health-tilgang (Amdam, 2008, 2010a). Men HEPRO-planlægningsmodellen indeholder *ikke* et eksplicit fokus for empowerments indvirkning på sundhed, i stedet er der i HEPRO-projektet foretaget et sundhedssurvey (Amdam&Wangberg, 2008; Keinänen, 2007; The-danishHEPROpartners, 2007).

Jeg vil kritisere HEPRO og Amdams planlægningsmodel for at der, på trods af beskrivelser af links mellem kommunikativ og instrumentel rationalitet og mellem top-down og bottom-up, fortsat er et eksplicit fokus på, at modellen fungerer top-down. Amdam beskriver ikke eksplicit, hvorledes bottom-up kan påvirke de øvre lag i en planlægningsproces. Dette perspektiv er velkendt inden for mange planlægnings- og governance-perspektiver, også trods retorik om det modsatte, og derfor er det, som jeg tidligere har beskrevet, afgørende i et empowerment-perspektiv at tilføje spørgsmålene formuleret af den engelske phronetiske aktionsforsker William Simmons:

1. Who is *aneu logou* (without a voice, Aristoteles' term) in the political community?
2. Are our attempts at empowerment actually perpetuating the hegemonic discourse? (Simmons, 2012: 261 in Fyvbjerg, Landman, & Schram, 2012).

I projekt ”Lige adgang til sundhed” var der mulighed for en reel bottom-up-tilgang, og dette har jeg efterstræbt. Et community health-perspektiv søger at facilitere en empowerment-proces, så for eksempel deltagerne i planlægningsprocessen

oparbejder empowerment i forhold til at påvirke de øvre forvaltnings- eller samfunds niveauer.

Jeg er ligesom HEPRO-projektet inspireret af aktionsforskningscirklen (se figur 16).

Selvom der er tale om en cirkulær planlægningsmodel, er der alligevel angivet en vis rækkefølge, hvor evaluering af projektet kommer til sidst. Jeg er i modsætning dertil inspireret af empowerment-evaluering og dens procesfaciliterende tilgang, som kan anvendes som et styringsværktøj, hvor målparametre fastsættes og fastholdes af deltagerne gennem processen.

En empowerment-evaluering kan ses som en del af en styrings- og planlægningsmetode.

Empowerment-Evaluering

En empowerment evaluering er en procesevaluering og er ikke blot en ekstern måling af et projekts målopfyldelse. Formuleringen af mål og kriterier for evalueringen tager i empowerment-evaluering udgangspunkt i medarbejdere og borgeres egne visioner, mål og problemopfattelser. Evalueringen har som mål at understøtte forbedring og udvikling af organisationer og projekter. Målet med EE er kort sagt at understøtte en skabende og udviklende forandrings- og læringsproces.

Professor John Andersen og andre forskere fra Roskilde Universitet har foretaget en empowerment-evaluering i 2005-2007 af Community Center Gellerup i Århus. Evalueringsmetoden præger stadig organiseringen og tilgangen til borgerne i lokalområdet. Samarbejdet i Gellerup-området er udviklet med fokus på empowerment, bl.a. med etablering af væresteder, ved hjemmebesøg af socialrådgiver, og ved et forankret og systemiseret tværsektorielt og tværfagligt arbejde.

Tilgangen til evalueringen er inspireret af den retning inden for evalueringspraksis, der kaldes empowerment-evaluering (EE) (Fetterman 2001; Fetterman & Wandersman 2005). EE er udsprunget af en tradition fra lokalsamfundsudvikling og aktionsforskning og har rødder i deltagende evaluering (Høgsbro & Rieber 2003). I EE fungerer evaluatoren som en til tider kritisk 'coach' eller 'facilitator'. Som facilitator arbejder evaluatoren med medarbejdere og borgere, og ikke kun for dem. Facilitatorens opgave kan være at hjælpe med til at præcisere visioner

og mål, at prioritere indsatser og opgaver i forhold til givne ressourcer, at give projektdeltagere redskaber til bedre at koordinere deres samarbejde, at inspirere med eksempler på god praksis og selvfølgelig at vejlede om brug og valg af evalueringskriterier og metoder.

Gennem sin rolle som facilitator yder evaluator indflydelse på projekterne, men evaluator har ikke beslutningsmyndighed i forhold til evalueringens mål, kriterier og metoder. Det er organisationen eller projektmedarbejderne selv, der har ansvar for at formulere og vælge disse.

To af hovedskikkelserne inden for udviklingen af EE, Fetterman og Wandersman, definerer tilgangen således: *”Empowerment evaluering er en evalueringstilgang som sigter mod at øge sandsynligheden for at projekter opfylder deres mål gennem at øge projektdeltagernes evne til at planlægge, implementere og evaluere deres egne projekter”* (Fetterman, 2005:27).

Inden for EE-tilgangen fokuseres på kapacitetsopbygning: *”Empowerment-evaluering [...] er designet til at hjælpe folk med at hjælpe sig selv og forbedre deres projekter ved hjælp af selv-evaluering og refleksion”* (Fetterman 2001: 3). Målet med EE er med andre ord at styrke organisationer og projekter både internt og i forhold til eksterne interessenter ved, at medarbejdere og borgere opbygger evne til selv at forestå og anvende deres egne evalueringer.

Den interne kapacitetsopbygning består i, at organisationer og borgere bliver bedre til selv at udvikle og forbedre deres projekter og dermed nå de mål og resultater, de sætter sig. Målet er, at en evalueringspraksis så at sige indarbejdes i en organisations almindelige driftspraksis som en fortløbende refleksions- og læringsproces: *”Opgørelser (assessment) af et projekts værdi og nytte er ikke evalueringens slutpunkt – som det ofte er i en traditionel evaluering – men er en del af en fortsat projektforbedringsproces. [...] Både opgørelser af et projekts værdi og de heraf overensstemmende forslag for projektforbedring – udviklet af gruppen med hjælp fra en øvet evaluator – er genstand for en cyklisk refleksions- og selvevalueringssproces. Projektdeltagere lærer fortløbende at gøre status for deres fremskridt mod selvbestemte mål og at omforme deres planer og strategier ud fra denne opgørelse.”* (Fetterman, 2001:3).

Den eksterne kapacitetsopbygning består i, at organisationer og projekter bliver bedre til at formulere deres visioner, mål og problemopfattelser og til at synlig-

gøre og dokumentere deres resultater over for eksterne interessenter som politiske beslutningstagere og økonomiske støtter.

Gennem selv at opbygge evne til at evaluere deres arbejde, får medarbejdere og borgere mere indflydelse på de kriterier og metoder, deres arbejde vurderes ud fra, frem for at disse fastlægges udefra med risici for, at de ikke tager højde for den virkelighed og de udfordringer, der opleves i praksis.

EE-tilgangens fokus på udvikling og læring indebærer ikke, at kravet om dokumentation og 'måling' af projekters fremskridt og målopfyldelse bortfalder. I en EE indgår også et mål om 'regnskabsførlighed' (accountability), dvs. løbende dokumentering, opgørelser og 'bogføring' af resultater. Et vigtigt led i kapacitetsopbygning er at øge organisationers evne til at "føre regnskab" over deres fremskridt både for at styrke sig indadtil (fortløbende justering og udvikling af projektet) og ikke mindst i forhold til at synliggøre resultater over for eksterne politiske og økonomiske interessenter.

I forhold til "regnskabsførligheden" kan en empowerment-evaluator fungere som ekspert, der hjælper projektmedarbejdere og deltagere med at identificere den type af bevisførelse, der kræves for at dokumentere projektets målopfyldelse. Det er vigtigt her at huske, at eksterne krav om resultater oftest er fuldt ud legitime. Selv om EE grundlæggende set arbejder ud fra en bottom-up-strategi betyder det ikke, at eksterne interessenter ikke inddrages i evalueringen (Krogstrup, Dahler-Larsen, 2003), og en EE udelukker ikke en ekstern effektmåling af et projekt.

EE's læringsperspektiv indeholder et princip om dobbeltsløjft læring (Krogstrup 2003). Dobbeltsløjft læring vil sige, at der etableres mekanismer til feedback mellem den virkelighed og de problemer, som borgere, medarbejdere og eksterne politiske og økonomiske beslutningstagere oplever mhp. at opnå læring blandt alle de interessenter, der er involveret i et projekt, et politisk vedtaget program el. lign. I følge Krogstrup er "dobbeltsløjft læring et udtryk for, om organisationens medlemmer er i stand til at se dobbelt på situationen og sætte spørgsmål ved eksisterende handlingsnormer. Det vil i virkeligheden sige, om de problemer, der er genstand for "løsning" anskues som et problem med teoretisk set mange mulige løsninger, og om der gennem denne anskuelse sættes spørgsmålstejn ved organisationens løsninger. Dobbeltsløjft læring er således kendetegnet ved, at der skabes ny forståelse af eventuelt konfliktuerende behov, kilder, betingelser og konsekvenser

på en sådan måde, at disse forståelser bliver indkapslet i organisationen, og ikke bare mødes af den enkelte aktør gennem løsning af fejl” (Krogstrup 2003: 205).

Dette dobbeltsløjfrede læringsperspektiv er også indbefattet i phronetisk aktionsforskning (Eikeland, 2012b).

Disse bærende principper for empowerment-evaluering bliver omsat til praksis via tre faser. Den første fase i EE består i at udarbejde et design af evalueringsforløbet på baggrund af en analyse af de eksisterende ressourcer tilknyttet det kommunale tiltag – hvordan kunne evalueringsprincipperne med andre ord tilpasses projektets/tiltagets praktiske virkelighed?

Evalueringen designes med henblik på, at både medarbejdere, institution og den kommunale forvaltning skal tage ejerskab og inddrages i formuleringen af målene og kriterierne for evalueringen. I designet af, hvordan de involverede parter kan deltage i evalueringen, indgår også en afklaring af, hvilken kapacitet i form af tid og faglige kompetencer der er til rådighed i forhold til i første omgang blot at deltage i evalueringen og i anden omgang på sigt selv at udføre og anvende evalueringspraksisser og -metoder som en indarbejdet og forankret del af tiltagets fremtidige drift og udvikling. Som led i målet om ’kapacitetsopbygning’ udvikles nogle brugbare og enkle metoder og redskaber til selv-evaluering.

Beskrivelse af de tre faser:

1. Projektstart, ‘baseline’ og formulering af evalueringskriterier: Fokus i den første fase er at få etableret samarbejdet mellem evaluator, ledelse og medarbejdere og at få planlagt første del af evalueringen. I anden omgang består evalueringen i at facilitere formuleringen af en fælles vision og en ’baseline’ ud fra, hvordan den fremtidige indsats kan vurderes, samt at få justeret nogle mål og succeskriterier for evalueringen på baggrund af interviews og seminarer med medarbejderne.

2. Procesfacilitering og metodeudvikling: Hovedfokus i den anden evalueringsfase er procesfacilitering og understøttelse af projektets gennemførelse og realisering. Ved siden af løbende sparring med styregruppen og deltagelse i afholdelsen af

seminarer med medarbejdere bliver der i denne fase udviklet evalueringsredskaber, fx i form af standardregistreringer og udarbejdelse af scorecards³.

3. Slutevaluering og forankring: Fokus i den tredje og sidste fase af evalueringen er dels at indsamle dokumentation og gøre status over projektet i samarbejde med ledelse og medarbejdere, dels at udvikle en model for forankring af projektet i den fremtidige drift og fortsatte udvikling af indsatsen⁴.

Empowerment-evalueringen understøtter både borgerne og professionerne, og den indbefatter målfastsættelse og intern evaluering af eget arbejde. Dette medfører, at der er overensstemmelse mellem det arbejde, der ønskes udført, og det arbejde, der evalueres og dermed også fokuseres på.

Empowerment-evalueringens fokus på borgere og frontmedarbejderne kan ses som en bias, men som Fetterman påpeger: "Der er ingen grund til at udelukke medarbejderne, der ligesom alle andre må tage beslutninger og være i besiddelse af kvalificeret beslutningskompetence" (Fetterman i Krogstrup, 1997:259). Empowerment-evaluering har vist sig at kunne mindske gabet mellem teori og praksis og har understøttet tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. (Andersen & Frandsen:2007). I øvrigt udelukker en procesevaluering som EE ikke en ekstern slutevaluering med et traditionelt tilbageblik på processen.

En procesevaluering som EE kan ses som et planlægningsredskab i den forstand, at der er en løbende evaluering af, om processen går i den rigtige retning, og om der fortsat er tilslutning til den fælles vision. Derudover er der tale om kapacitetsopbygning og læring, som forbliver hos de involverede og i lokalområdet ved projektophør.

3 Scorecards anvendes til selvevaluering "hvor medarbejderne på en skala fra 1 til 6 kan gøre status over samarbejdets udvikling i forhold til de forskellige aktiviteter. Scorecards er et enkelt redskab til at give et billede af medarbejdernes oplevelse og vurdering af status for forskellige indsatsområder, som kan bruges som grundlag for en dialog og en prioritering af hvilke aktiviteter, der er 'kritiske' for succes af det fremtidige arbejde" (Fetterman 2001: 24-30 i Andersen og Frandsen 2007:64).

4 I Community Center Gellerup skete den samlede evaluering og vurdering af projektets målopfyldelse på grundlag af interviews med medarbejdere og ledelse, 'scorecards' udfyldt af medarbejdere og ledelse, et selvevalueringsseminar afholdt i Community Centret samt en analyse af de forskellige former for registreringer og dokumentation af projektets aktiviteter og resultater. (Andersen og Frandsen:2007).

Jeg har ikke foretaget en reel empowerment-evaluering i min metodetilgang i ”Lige adgang til sundhed”, dette var simpelthen ikke muligt i en kontekst med et pilotprojekt med fokus på metodeudvikling. Det vigtigste fra start var at ændre på den traditionelle sundhedsrisikotilgang og supplere med en ressource-tilgang i samarbejde med de andre deltagere i planlægningsprocessen. Principperne fra EE er dog anvendt gennem hele planlægningsprocessen og i afholdelse af workshops.

Som afslutning på min gennemgang af planlægningsmodeller, jeg har hentet inspiration fra, vil jeg beskrive FELIS-modellen.

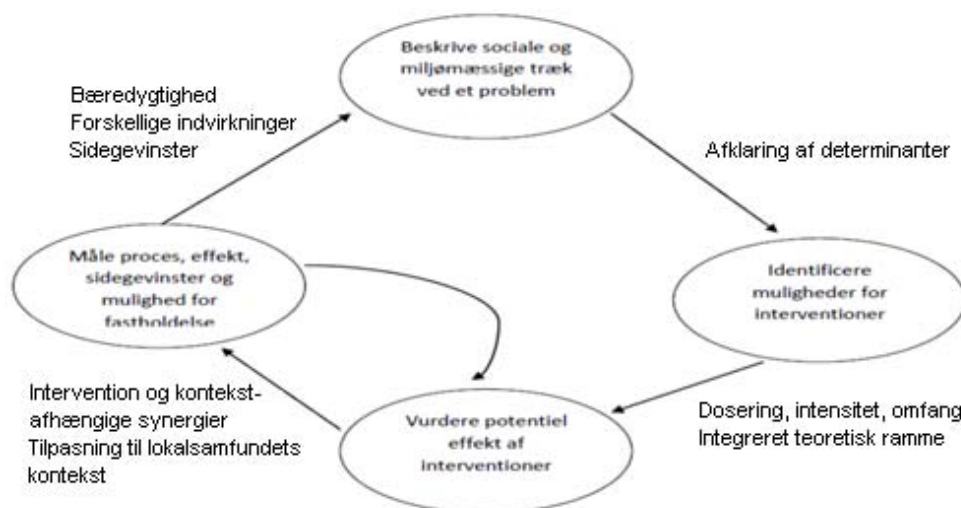
FELIS- modellen

FELIS modellen er beskrevet i publikationen ”*Systematisk sundhedsfremme i udsatte boligområder*” af sundhedsfremmeforskere på Syddansk Universitet, Carsten Kronborg Bak, Julie Werenberg Dreier og Pernille Tanggaard Andersen. Modellen er baseret på Precede-Proceed-modellen, som oprindeligt er publiceret i 1974 af dr. Lawrence W. Green og er en socio-økologisk planlægningsmodel. Modellen er baseret på 1) beskrivelse af socio-økologiske funktioner og træk ved et sundhedsproblem, 2) identifikation af muligheder for interventioner, 3) vurdering af, hvordan potentielle effekter kan optimeres og 4) måling og evaluering af effekter, sidegevinst og bæredygtighed (Bak, Dreier, & Andersen, 2011:11).

Den socio-økologiske model har til hensigt at beskrive og indfange, hvordan individet og dets omgivelser er gensidigt afhængige og påvirker hinanden.

FELIS-modellen refererer til **F**lerstrengede, **E**vidensbaserede, **L**okale **I**ndsatser for **S**undhedsfremme. FELIS angiver en systematisk tilgang til sundhedsfremme i udsatte nærmiljøer og tager sit udgangspunkt i det udsatte boligområde Korsørparken i Fredericia. I modsætning til enkeltinterventioner, som ses inden for det epidemiologiske sundhedssparadigme, fordrer en flerstrengt indsats en kombination af to eller flere interventioner på to eller flere niveauer, dvs. både et individ- og et organisationsniveau: ”*Ved at have flerstrengede interventioner sideløbende opnås et samspil, og synergi mellem interventioner og målgruppens behov ses i et helhedsorienteret perspektiv*” (Bak, Dreier, & Andersen, 2011:8). I forhold til udarbejdelse af evidens for de udførte interventioner påpeger forfatterne, at det at arbejde med evidensbaseret viden refererer til en systematisk fremgangsmåde og til evaluering af de indsatser, der iværksættes. Strategien i FELIS er, at der ikke

er nogen metoder, der har forrang frem for andre. Snarere er der tale om, at det er den aktuelle problemstilling der er afgørende for metodeanvendelsen. Dette er samstemmende med det emergerende forløb i en aktionsforskningsproces, som jeg udfolder i næste kapitel om aktionsforskning.



Figur 16: Socio-økologisk model

Forfatterne påpeger endvidere: ”Med evidenzstypologi menes, at det ikke kun er evidens om effekter, der i denne sammenhæng er interessant, men i lige så høj grad evidens om implementering og organisering, og derved bliver processerne for vidensopsamling også relevant” (Bak et al., 2011:7).

FELIS-modellen har følgende processuelle forløb:

- Præfase: Kortlægning
- Fase 1: Lokal sundhedsprofil
- Fase 2: Kvalitative analyser
- Fase 3: Teoretisk ramme og design
- Fase 4: Planlægning og implementering
- Fase 5: Midtvejsevaluering
- Fase 6: Eftermåling.

Præfasen, altså kortlægning af de lokale forhold, består i indhentning af viden om lokalområdets ressourcer, det kan være foreninger, beboerhuse, infrastruktur m.m.,

og sundhedsprofilen er udarbejdet ud fra et spørgeskema udviklet af forfatterne (Bak & Andersen, 2012).

I det empiriske nedslag i Korskærparken i Fredericia er der via et konsulentfirma foretaget kvalitative interviews og observationer i lokalområdet. Der er tale om anvendelse af metodetriangulering til indsamling af kendskab til lokalområdet. Midtvejsevalueringen beskrives som nødvendig for at vurdere, om processen og resultaterne forløber som forventet, og den er foretaget som en procesevaluering. Derimod er sat fokus på, at den afsluttende evaluering er foretaget som en effektevaluering.

Som beskrevet under EE kan en procesevaluering dog godt indeholde evalueringsparametre, som kan anvendes i en slutevaluering, fx som det sker dels i HEPRO-Projektet, hvor der for eksempel måles på et begreb som institutionel sundhed, hvilket er et udmærket effektmål i en empowerment-baseret sundhedsindsats, og dels i Gellerup (Andersen & Frandsen, 2007).

Endvidere stemmer et fokus på en afsluttende effektevaluering ikke nødvendigvis, men kan godt stemme overens med den beskrivelse, FELIS-projektet har, når de skriver ”*Det er her væsentligt, at der bliver udviklet nogle procedurer for at facilitere denne løbende monitorering*” (Bak et al., 2011:12), men der kan argumenteres for, at en effektevaluering ikke korrelerer med FELIS’ beskrivelse af et fokus på evidens-typologi, som ikke kun vedrører evidens af effekter. Endvidere kan en afsluttende effektmåling foretaget lige ved projektafslutning give misvisende konklusioner, idet der kan være tale om et for kort tidsforløb, hvor for eksempel motivation for sundhedsindsatser endnu ikke har vist sin effekt.

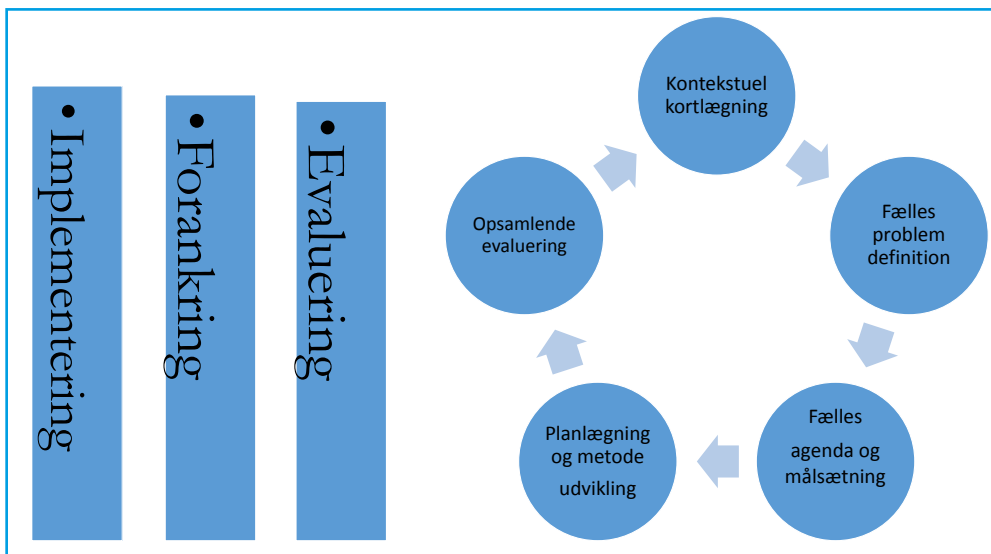
Min fremgangsmåde i projekt ”Lige adgang til sundhed” ligner generelt tilgangen i FELIS-projektet, dog er der tale om en mere aktiv forskerrolle, og selve forskningsprocessen er mere open-ended. Der er ikke tale om implementering eller afprøvning af en kendt model, men snarere er der tale om metodeudvikling ud fra en aktionsforskningstilgang.

MIN PLANLÆGNINGSTILGANG

Min planlægningstilgang udgør en blanding af ovenstående modeller, hvilket jeg vil redegøre for i det nedenstående. Planlægningstilgangen tager, ligesom i HEPRO-modellen, udgangspunkt i aktionsforskningscirklen, som jeg her beskriver ud fra en konkret anvendelse af metoden. Selve aktionsforskningstilgangen bliver udfoldet i næste kapitel i afhandlingens del 3.

Den planlægningsmæssige tilgang kan illustreres ved nedenstående figur: Projekt "Lige adgang til sundhed" er ikke indplaceret i et setup, som ligner konteksten i HEPRO-Projektet. Projekt "Lige adgang til sundhed" er et lille pilotprojekt i en bydel i København, og der er fra start ikke tale om en evaluering af projektet, ej heller er der en fast målsætning med projektet. Derimod var der, som beskrevet, tale om et pilotprojekt med fokus på metodeudvikling. At der fra start ikke er et fast mål, anser jeg i et aktionsforskningsperspektiv som en stor fordel, da dette giver mulighed for reel inddragelse af stakeholders og søgning efter en fælles problemdefinition og vision for projektet.

Den praktiske anvendelse af aktionsforskningscirklen og inspirationen fra de forskellige andre ovenstående planlægningsmodeller er foregået ud fra en forvisning om, at der ikke findes en universel model, der er anvendelig i alle kontekster. Derfor



Figur 17: Skematisk fremstilling af egen planlægningstilgang i projekt "Lige adgang til sundhed".

er gennemgangen lavet ud fra et kontekstuel eller ”best-practice”-perspektiv og skal forstås som en systematisk beskrivelse af en metodeudviklingsproces.

Kontekstuel kortlægning

Aktionsforskningscirkulens første punkt er Attention – dette har jeg omsat til kontekstuel kortlægning.

Den kontekstuelle kortlægning består i at afsøge ressourcer og barrierer i lokalområder og den givne kontekst, som projektet indskrives i. Dette indebærer dels et kendskab til de andre deltagere, kendskab til den administrative kontekst, evt. også dokumentanalyser, lokalområdekendskab og en kortlægning af aktører og andre mulige interessenter, herunder de eventuelt ”manglende stemmer”.

Københavns kommune har i samarbejde med Københavns Universitet og Sundhedsstyrelsen udarbejdet detaljeret epidemiologisk dokumentation for sundheden for hele Nørrebro/Bispebjerg og for Fuglekvarteret som er et mindre lokalområde i NV (se Bilag 3). Denne viden gav et vigtigt indblik i de aktuelle sundhedsproblestillinger i lokalområdet.

Ud fra et perspektiv om at kortlægge både muligheder og barrierer lavede vi en samarbejdsaftale om, at sundheds- og omsorgsforvaltningen og Beboerprojekt PULS lavede en liste over tilgængelige ressourcer i lokalområdet, mens jeg lavede feltstudier, observation og interviews i lokalområdet. Her fokuserede jeg på inddragelse af borgerens, og ikke kommunalt ansattes, perspektiv på lokalområdets sundhedsproblematikker.

Fælles problemdefinition

Den epidemiologiske viden fra lokalområdet medførte, at planlægningsgruppens udgangspunkt var ”vi ved, hvad problemet er – vi skal tilbyde kurser i Forebyggelses Center Nørrebro – FCN”. Dermed blev problemdefinitionen til ”hvordan får vi borgere transporteret til FCN, når institutionen rykker to km længere væk fra lokalområdet?”. Som beskrevet under præsentation af empiri i kapitel 1 havde forundersøgelsen i lokalområdet afgørende betydning. Jeg udfordrede planlægningsdeltagernes problemdefinition ved at beskrive den indhentede viden fra borgere og ikke kommunalt ansatte. Det viste sig nemlig, at borgerne slet ikke var interesserede i rygestopkurser, selvom de godt ved, det klogt at holde op med at ryge. Der var bare andre vigtige problemstillinger, der blev prioriteret højere,

og rygning indgik i det sociale fællesskab i området. Denne viden sammensat med borgernes ønsker om hjælp, såsom en gadesygeplejerske, medicinafvænnings og et neutralt mødested, blev videregivet til planlægningsgruppen og senere til workshops. De ikke-kommunalt ansatte, for eksempel viceværter ansat i boligforeningerne, viste sig at lave meget socialt arbejde, som var højt værdsat hos nogle af de psykisk svage borgere, hovedsagelig på grund af deres neutrale og ligefremme tilgang til borgerne. Dette gav mange diskussioner, specielt fordi de sociale sundhedsproblemer er svære at håndtere i et biomedicinsk sundhedsperspektiv.

Den samlede vidensindsamling og det tværsektorielle perspektiv, der fremkom af planlægningsgruppens sammensætning (se evt. præsentation af empiri i kapital 3) medførte diskussioner om forståelse af sundhedsbegrebet og om tilgængelighed til sundhed generelt.

Problemdefinitionen i et tilgængelighedsperspektiv blev ændret fra "hvordan rekrutterer vi borgere til FCN?" til "hvordan skaber vi netværk til NGO'er og andre, og hvordan kan vi se vores sundhedstilbud på nye måder?". Dermed blev tilgængelighedsproblematikken ændret til, at FCN ønskede i større grad at tilpasse sig borgernes behov, og ikke omvendt.

Der var dog gennem planlægningsprocessen en tilbagevendende diskussion om håndtering af sundhedsbegrebet, hvor der på den ene side er en anerkendelse af et socialt sundhedsbegreb, men på den anden side problemer med at målrette og målfastsætte et sådant begreb.

Der var mere overensstemmelse mellem ABCD og ressource mapping tilgangen, idet det sandsynligvis indskrives i den nuværende retorik som etablering af partnerskaber og samskabelse som allerede er etableret i kommunen.

Fælles agenda og målsætning

Aktionsforskningscirkelens næste punkter er: indsigt, viden, fælles agenda, policy development og implementering. Dette er omsat til aktiv deltagelse i planlægningsprocessen med inspiration fra Participatory Action Research, phronesis og empowerment.

Planlægningsgruppens fokus på metodeudvikling medførte en villighed til at afprøve metoder, der sigtede på empowerment og tværsektorielt samarbejde, og

både gennem planlægningsprocessen og i workshopafholdelsen har der været fokus på udarbejdelse af en fælles vision for et kommende sundhedsfremmeprojekt i lokalområdet.

Den fælles vision har indbefattet metoder til reduktion af ulighed i sundhed og på metoder til øget tilgængelighed til sundhed. Processen er forløbet som en samtidig udvikling og afprøvning af den aftalte metodeanvendelse, for eksempel afholdt jeg den første workshop med selve planlægningsgruppen, og dermed fik deltagerne indblik i anvendelse af metoden.

Planlægning og metodeudvikling

Planlægningsprocessen er foregået ved aftalte møder gennem processen. Jeg har deltaget aktiv i diskussioner og med teoretisk input. Derimod har jeg ikke udført kommunalt arbejde og har dermed ikke på den måde deltaget i det daglige arbejde. Workshopen blev afholdt via aktionsforskningsmetoden fremtidsværksted med faserne kritik, utopi og realisering (se kap. 1), hvor den sidste fase, realiseringsfasen, blev suppleret med principper fra empowerment-evaluering ved at fokusere på måling af succesparametre og eget arbejde (måleparametre kan være øgning i institutionel tillid fra borgernes side og på den institutionelle side fortsat udvikling af ressource-mapping og indgåelse af samarbejde på tværs).

Opsamlende evaluering

Aktionsforskningscirkelns sidste punkter er dokumentation og evaluering. Dette er i min planlægnings- og metodetilgang indbygget i processen, og jeg har derfor valgt at kalde punktet opsamlende evaluering.

Deltagelse i planlægningsprocessen og workshopafholdelsen er foregået sideløbende med inspiration fra Eikeland's "mesterlæring"-tilgang, hvor alle deltagere er både mester på nogle områder og lærlinge på andre (udfoldes i afhandlingens del 3). Dette har skabt et tillidsfuldt samarbejde, hvor der var plads til selvkritik og debat (Eikeland, 2012a). Dette mener jeg har været afgørende for etablering af en fælles agenda, oparbejdelse af fælles modmagt (mod forvaltningsprincipperne) og en forankring af en empowerment-tilgang i det daglige arbejde.

Som jeg har beskrevet i præsentationen af empiri i kapitel 3, var hensigten fra start, at der skulle afholdes en vidensopsamlende og evaluerende workshop. Denne blev som bekendt ikke etableret. I stedet har jeg foretaget interviews med nogle af deltagerne fra planlægningsgruppen og er blevet inviteret til opfølgende besøg

i både forvaltningen og i forebyggelsescenter Nørrebro, hvilket har givet nogle af de diskussioner og sparringer, som skulle være foregået i en opsamlende workshop.

Det er en vigtig pointe, at evalueringsmetoden ses som en procesevaluering, hvor evalueringsfaktorerne fastsættes ved deres relevans i forhold til konteksten, men med baggrund i teoretisk viden om måling af sundhed og de internationale indikatorer for måling af sundhed (herunder social sundhed). At der er tale om en procesevaluering og fokus på fælles målsætning og fælles agenda medfører, at implementeringsvanskeligheder mindskes og forankringsmuligheder øges i forhold til mere traditionelle planlægningsstilgange med fokus på implementering af universelle planlægningsmodeller.

Opsummering

I den beskrevne, anvendte aktionsforskningsmetode har der været en kobling af top-down- og bottom-up-tilgangen (Amdam, 2010b; G Laverack & Labonte, 2000a), og ikke mindst en kobling af risiko- og ressourceperspektiverne i et sundhedsfremmeperspektiv. Dermed er sundhed inddraget i selve planlægningsmodellen.

Der er i modellen et fokus på de kontekstuelle forhold og dermed på relevansen og anvendelse af diverse planlægningsmetoder, som sættes i forhold til den fælles problemdefinition og den fælles målsætning for sundhedsinterventionen. Evaluering, implementering og forankring foregår processuelt og via et tværsektorielt samarbejde.

Ovenstående gennemgang af planlægningsmodeller og beskrivelse af min egen planlægningsmetode udgør afslutningen på afhandlingens del 2. Jeg beskriver flere konklusioner fremkommet i løbet af planlægningsprocessen i afhandlingens analysekapitel i del 3.

Aktionsforskning

I dette kapitel vil jeg redegøre for mit aktionsforskningsperspektiv og tilhørsforhold til kritisk teori og til empowerment-begrebet. I min metodologiske tilgang bruger jeg forsknings- og metodetriangulering, idet jeg anvender både partcipatorisk aktionsforskning (PAR), Kritisk Utopisk Aktionsforskning (KUAF) og evalueringsmetoden Empowerment Evaluering (EE). Dette vil jeg beskrive og redegøre for i dette kapital. Jeg er i min tilgang ikke kun interesseret i metodetriangulering, dvs. kombination af forskellige forskningstilgange og -metoder, men har endvidere et sigte på at udvide grænserne for selve forskningsmetodologien ved at bedrive forskning med praksis, som i et phronetisk perspektiv kaldes gnoseologi, hvilket jeg beskrev i sidste kapitel og bygger videre på i dette kapital. Gennem beskrivelse af aktionsforskningsperspektivet og de forskellige fortolkninger heraf vil jeg afslutningsvist redegøre for min egen aktionsforskningstilgang.

Aktionsforskning er en ofte kritiseret forskningstilgang, og derfor har jeg valgt denne lidt grundigere gennemgang. Jeg starter kapitlet med at redegøre for aktionsforskning som forskningstilgang og beskriver dens relation til andre forskningstilgange.

AKTIONSFORSKNING

Aktionsforskningsbegrebet har amerikanske rødder og stammer tilbage fra 1940'erne, hovedsagelig fra Kurt Lewin (1890-1947), som beskrives som aktionsforskningens stifter¹.

Der har i hele aktionsforskningens historie været en kritisk holdning til positivismen. For eksempel kritiserer Lewin *"positivismens eksperimenter for at have et statisk og objektivt blik på samfundets sociale liv. I stedet for eksperimenter, der tilrettelægges af en neutral forsker, som selv kontrollerer sit forskningsdesign, foreslog han, at eksperimentets videnskabelige værdi kan involvere en forandring af deltagerne"* (Aagaard Nielsen, 2013:517).

Hvor positivismen anser forskningens og forskerens påvirkning af forskningsfeltet som et validitetsproblem, ses den for aktionsforskningen som uundgåelig og produktiv (Nielsen & Nielsen, 2006:69). Der bliver mere konkret tale om en omdefinering af Hawthorne-effekten² til et demokrationske og et ønske om at mindske objektiveringen af deltagerne via inddragelse af aspekter som deltagelse og myndiggørelse.

I den grundlæggende antagelse om videnskabelse, og ligeledes i forhold til forskerens rolle i et eksperiment, bryder aktionsforskningen altså grundlæggende med positivismen. I stedet for en observerende forskerrolle som fremstilles i positivismen, engagerer aktionsforskeren sig praktisk og forandringsorienteret for at kunne erkende den sociale virkelighed.

- 1 Der er dog aktionsforskere, der mener, at der har eksisteret aktionsforskning inden Lewin: "Karl Marx was, in a way, the precursor of AR in its emancipatory sense. The ideas of Gramsci (Kehoe, 2003), with his philosophy of practice and his ideas about the role of intellectuals, can also be considered roots of an emancipatory and critical AR current. To this tradition are linked authors such as the Brazilian educator Paulo Freire and the Colombian sociologist Orlando Fals Borda who have long surpassed the barriers of education science and sociology to become scientist-authors with multidisciplinary influence" (Bidart-novaes & Mackenzie, 2010:5).
- 2 Hawthorne-eksperimentet er et klassisk positivistisk eksperiment på en fabrik i Hawthorne, hvor selve opmærksomheden, som deltagerne modtog fra forskerne, medførte en øget produktion. Dette anses for et problem i det positivistiske eksperiment, idet forskeren skal have en neutral og objektiv rolle i eksperimentet.

Trods det samfundsvidenskabelige opgør med positivismen trækker store dele af aktionsforskningen dog fortsat, bevidst eller ubevidst, på det naturvidenskabelige paradigme, hvilket jeg vender tilbage til ved beskrivelse af paradokset i kritisk teori. Først vil jeg forblive i beskrivelse af aktionsforskningens videnskabsteoretiske standpunkt og beskrive dens ontologi og epistemologi.

AKTIONSFORSKNINGENS ONTOLOGI

Aktionsforskningen har et normativt udgangspunkt, der handler om, at videnskaben skal bidrage til en demokratisering af samfundet. Aktionsforskere Reason og Bradbury beskriver deltagelse ud fra et "world view" : *"Action research is a participatory, democratic process concerned with developing practical knowing in the pursuit of worthwhile human purposes, grounded in an participatory worldview, which we believe is emerging at this historical moment. It seeks to bring together action and reflection, theory and practice, in participation with others, in the pursuit of practical solutions to issues of pressing concern to people, and more generally the flourishing of individual persons and their communities"* (Reason & Bradbury, 2001:1).

Aktionsforskning er af de to forfattere beskrevet i *"Handbook of action Research"* 2001 og 2008 som et paraplybegreb med baggrund i et partipatorisk world view (Peter Reason & Bradbury, 2001, 2008). Denne brede beskrivelse gør aktionsforskning svær at definere og afgrænse, og dette er genstand for megen kritik fra andre forskningstraditioner. Jeg har derfor valgt at lave en grundig gennemgang af de teoretiske forståelser af aktionsforskning.

En af de første aktionsforskere, der beskriver et ontologisk perspektiv inden for aktionsforskningen, er den norske filosof Hans Skjervheim, der kobler en kritisk hermeneutisk forskningsforståelse sammen med aktionsforskningen. Han beskriver, i øvrigt ligesom Max Weber, forskeren, som indgår i mellem menneskelige relationer, og derfor har svært ved at påberåbe sig neutralitet. I modsætning til Weber, der formulerer et ønske om, at forskeren skal nøjes med at forholde sig til reglerne for kommunikativ handlen og ikke handlingerne i sig selv, mener Skjervheim, at *"Engagement er en grunnstruktur i den menneskelige tilværelse"* (Skjervheim i Aagaard Nielsen, 2013:523).

Skjervheim formulerer, at forskeren i den hermeneutiske proces må deltage eller besidde en deltagelsesorientering – altså en dialogisk proces. Dette medfører endvidere, at forskeren, for at få en gyldig forståelse af virkeligheden, både skal forholde sig til aktørens sociale engagement og forståelse og til sin egen, og ikke mindst gøre den synlig for de andre deltagere. I modsætning til Weber mener Skjervheim altså *ikke*, at forskeren skal tilstræbe en forskerneutralitet, men derimod skal deltage i den dialogiske proces mellem forskning og empiri.

Gennem denne dialogiske proces opnås et element af at være på vej – et forandringspotentiale.

Hvis forskerne ikke har et blik for dette forandringsspektiv og forholder sig til dette, vil der ske en reificering, dvs. gengivelse og fastholdelse af det eksisterende. Ifølge den danske aktionsforsker Kurt Aagaard Nielsen er begrebet reifikation hos Skjervheim et ontologisk kernebegreb, *”der udtrykker enhver virkeligheds ”forkerte tilstand” - dens væren en tilstand af frossen aktivitet, der ikke kan undgå forandringer”* (Aagaard Nielsen, 2013:524).

Forståelser af virkeligheden må derimod forstås som *ufærdige*, altså som modtagelige for forandring.

Ontologisk har aktionsforskningen endvidere også en baggrund i realisme; *”aktionsforskere mener, at der eksisterer en faktisk virkelighed, som nogle gange fremtræder som reificeret for os, dvs. som noget, der ikke kan forandres; men virkeligheden er også konstruktioner, der ikke kun eksisterer i vore egne hoveder, men eksisterer som noget virkeligt, der igen kan gøres til genstand for yderligere forandring osv.”* (Aagaard Nielsen, 2013:524).

Det *ufærdige* perspektiv åbner op for, at den eksisterende tilstand kan *forandres* i søgen efter at: *”liberate the human body, mind and spirit in the search for a better, freer world”* (Aagaard Nielsen, 2013:2).

AKTIONSFORSKNINGENS EPISTEMOLOGI

Aktionsforskning er en videnskabelig forskningsretning, som tilstræber at skabe viden gennem forandring af verden i et aktivt og demokratisk samspil mellem

forskning og de mennesker, som denne forskning inddrager på forskellig vis. Der er i aktionsforskningen et fokus på sammenhængen mellem erkendelse og forandringsprocesser samt mellem teori- og praksisudvikling (Duus, Husted, Kildedal, Laursen, & Tofteng, 2012). Heri ligger et normativt ønske om at gøre samfundet til et ansvarligt fællesskab – et ønske, der føres ind i selve forskningsprocessen (Nielsen & Nielsen, 2006). I aktionsforskning ses subjektet som skaber af sig selv gennem deltagelse i sociale og praktiske handlinger (aktion), men denne proces kan forstyrres eller blokeres af de strukturer eller sociale forhold, det lever under. Den hermeneutiske aktionsforsker Skjervheim betoner deltagelsen som grundsubstansen i erkendelsen, men udvider hensigten med deltagelsen, idet at: *”deltagernes indlevelse i hinandens ytringer og kulturprodukter ikke kun har karakter af en (selv-) erkendelse, men tillige af en ”villen noget” med at forholde sig til den anden”* (A. K. Nielsen, Nielsen Steen, & Olsen, 2006:10). Denne *”villen noget”* er knyttet til et forandringspotentiale og til et ønske eller en vision med den fælles verden. Dette perspektiv gør sig også gældende for samfundsforskeren. *”med mindre kommunikationen mellem forskeren og borgeren indledes med en opfordring til fælles aktion eller forandring af virkeligheden, er den en ”ikke-kommunikation” og dermed også uden tilstrækkelig skarp sandhedsmulighed”*. (Nielsen, Nielsen, Olsén, 2006:10).

Selve erkendelsesprocessen i forskningsprocessen beskrives dermed som et *”joint venture”*, dvs. som et spørgsmål om at opstille en fælles praksishorisont mellem forskeren og deltagerne og om at forstå vidensudvikling som en løbende dialogisk proces mellem forskerne og deltagergruppen (Aagaard Nielsen, 2013: 526f).

Aktionsforskningens epistemologiske udgangspunkt bygger altså på en forståelse af, at deltagerne i en forskningsproces besidder en viden, som forskeren ikke selv besidder, eller kan tænke sig til, derfor bliver deltagelse og kommunikation en forudsætning for forskningsprocessen. Den danske aktionsforsker Kurt Aagaard Nielsen beskriver i bogen *”Aktionsforskning – en grundbog”*, at *”Aktionsforskningen har generelt historiske forudsætninger for at reflektere egen vidensproduktion i et tværvidenskabeligt perspektiv, som tager aktørens egen forståelse, problemer og løsninger alvorligt”* (Aagaard Nielsen i Duus et al., 2012:35).

Specielt forskerdeltagelsen kan under aktionsforskningens forskellige retninger fortolkes forskelligt. I det tidligere phronesis-kapitel har jeg beskrevet, at en si-loopdeling, som for eksempel ses inden for dele af partecipatorisk organisations forskning, medfører, at deltagerne ikke kender hinandens arbejde og arbejdsbe-

tingelser, og dermed kan forskeren blive en observerende outsider af den praksis, der undersøges. Ved et deltagende samarbejde, som ses inden for phronetisk aktionsforskning, er hensigten, at forskning og praksis forenes, konkretiseres og tilpasses de kontekstuelle betingelser. I denne forskerrolle bidrager forskernes viden og eksterne blik med et teoretisk begrundet forslag til nye praksisformer, samtidig med at forskerens forståelse og egen praksis valideres i forhold til praksisfeltet. Forandring og vidensgenerering sker altså her gennem samarbejde og via immanent kritik og selvrefleksion.

Aagaard Nielsen beskriver endvidere om vidensgenerering at: *"Aktionsforskningens vidensproduktion korresponderer godt med de ønsker om robust og anvendelsesorienteret viden, som er nødvendige for at få del i magten i den samfundsvidenskabelige udviklingsdynamik, som Castells indfanger i sin beskrivelse af netværkssamfundet (Castell 1996), hvor viden er en produktiv magt, som hele tiden må reflektere nye, komplekse sammenhænge og relationer. Aktionsforskningens rolle er imidlertid ikke at løse problemerne i den nye uoverskuelighed, men at understøtte deltageren i at definere og analysere dem"* (Duus et al., 2012:35).

Aktionsforskningens formål er dermed dels at forandre og dels at skabe viden om verden, og disse to formål er gensidigt støttende (Duus et al., 2012).

AKTIONSFORSKNING OG KRITISK TEORI

En stor del af aktionsforskningen bygger på kritisk teori, men også poststrukturalismen, hermeneutikken og fænomenologien findes inden for aktionsforskningsparadigmet. Mit teoretiske udgangspunkt tager udgangspunkt i kritisk teori og dens kritiske, normative og emancipatoriske sigte. Sammenkædning af aktionsforskning med dels et kritisk og normativt udgangspunkt i kritisk teori og dels et etisk, moralsk og værdibåret fokus via en phronetisk tilgang vil sigte på at besvare afhandlingens problemformulering.

Udgangspunktet i Kritisk Teori er at begribe samfundets indretning og dets måde at fungere på. En kritisk samfundsteori må være baseret på at forsøge at vurdere og kritisere de eksisterende samfundsforhold. Det normative udgangspunkt kommer til udtryk ved, at Kritisk teori ikke blot skal registrere den sociale virkelighed, som den *er*, men tillige bidrage til den historiske realisering af samfundet, som det *bør*

være (Juul, 2010). Kritisk teori er dermed en teori, der står i bevidst opposition til eksisterende sociale uretfærdigheder, og det gælder også, når den skal gøre sig gældende som videnskabsteori.

Kritisk teori kan siges at forstå ”kritik“ på mindst to måder. For det første er der kritik i politisk forstand, hvor udgangspunktet er baseret på den tyske filosof Karl Marx's (1818-83) kritik af den politiske økonomi, som påviser, hvordan realiseringen af de klassiske liberale ideer om politik og økonomi ikke nødvendigvis fører til et retfærdigt samfund. For det andet anerkender Kritisk teori en mere oprindelig betydning af kritik, bl.a. med henvisning til den tyske filosof, Immanuel Kant (1724-1804), som formulerer, at kritik indebærer at skelne, udvælge, bedømme samt afgøre. Hermed indebærer kritik en analyse og en normativ vurdering af den aktuelle situation (Elling, 2013; Juul & Pedersen, 2012; Kaare Nielsen, 2001).

Kritisk teoris udvikling er tæt knyttet til byen Frankfurt am Main i Tyskland, og man taler derfor også ofte om ”*frankfurterskolen*”. Det var i Frankfurt, at der i 1923 blev grundlagt et uafhængigt institut for socialforskning tilknyttet byens universitet, og her tiltrådte i 1931 filosofen Max Horkheimer som direktør. Der eksisterer tre udviklingsbølger inden for kritisk teori:

1. generation er karakteriseret af tænkere som Horkheimer (1895-1973) og Adorno (1903-1969), som bygger på en marxistisk kritik. Der er her tale om en form for negativistisk, social kritik
2. generation er karakteriseret af tænkere som Jürgen Habermas (1929-) og hans teori om kommunikativ handlen, der bygger på Kants moralfilosofi. Habermas' teori fører til en sondring mellem systemverdenen og livsverdenen, hvor livsverdenen trækker på fænomenologien³ og på et diskursetisk paradigme baseret på en sprogfilosofi om idealet om den herredømmefri samtale.
3. generation af kritisk teori er karakteriseret ved filosofen Axel Honneths (1949-) anerkendelsesteori, der bygger på Hegels filosofi om stræben efter anerkendelse som grundlag for menneskelig handling (Elling, 2013; Juul & Pedersen, 2012; Aagaard Nielsen, 2013).

3 Hermeutikere og fænomenologer søger en fortolkende forståelse af meningsfulde fænomener. Fænomenologien hævder, at erkendelsen af sociale fænomener nødvendigvis må kunne føres tilbage til menneskers spontane oplevelsesverden eller livsverden (Juul & Pedersen, 2012:17).

I den tidlige kritisk-teoretiske forståelse er der tale om emancipation fra totalitære hegemoniske samfundsstrukturer, der hindrer subjektets udvikling. Ifølge den kritisk-teoretiske aktionsforsker Stephen Kemmis (S Kemmis, 2008) peger Habermas' senmoderne samfundsanalyse dog på, at der ikke længere findes sociale strukturer eller samfund, der, i modsætning til tidligere tiders regimer, kan proklamere at være totalitære, men at samfundet består af organisationer, institutioner og grupper, der interagerer med hinanden. Dette kommer til udtryk i *"Truth and Justification"* (J Habermas, 2003), hvor Habermas' argumenter imod *"praxis philosophy"*, dvs. at filosofien, som siden Hegel og Marx havde været baseret på at staten (eller en totalitet), blev set som et makrosubjekt, der var i stand til at være selvregulerende. I stedet argumenterer Habermas for en pluralisme som erstatning for den form for massekollektivism, der eksisterede under nazismen og i kommunismen i dens tidlige udgave af kapitalismen med en stærk statsmagt, som Adorno levede under. Habermas udvikler en teori, der anerkender, at der eksisterer forskellige sfærer eller "kommunikative rum", hvor individer og grupper debatterer og transformerer det sociale liv. Habermas finder endvidere interesse i *"the boundary crises"*, som fremkommer i grænsefeltet, hvor *"systemverden"* kolliderer med *"livsverden"*. Disse perspektiver udfordrer ifølge Kimmis forskningen, idet det ikke længere er muligt at indtage en selvforståelse, der bygger på at transformere individer som selvregulerende personer, eller at transformere institutioner, organisationer eller stater som selvregulerende makrostater. I stedet må forskningen bygge på interaktionen og kommunikation mellem deltagerne, og forskningen må omhandle de *"crises and difficulties confronted by social systems and the lifeworlds in which people find meaning, solidarity and significance. It must become a process of facilitating public discourse in public spheres. To do this it must be rather different from what it has been"* (Kemmis: 2008; 2).

I den kritiske teori med udgangspunkt i Jürgen Habermas⁴ teori om kommunikativ handlen kommer dette til udtryk via et *"forsvar for det moderne projekt baseret på en normativt forankret fornuft i den kommunikative hverdagspraksis inden for livsverden, som via impulser kan øve indflydelse på de funktionelle subsystemers instrumentalisme"* (Elling, 2013:230).

4 Jürgen Habermas, f. 18.6.1929, tysk filosof og sociolog, den førende repræsentant for frankfurterskolens anden generation. Jürgen Habermas blev i 1956 assistent for Th.W. Adorno ved Institut für Sozialforschung i Frankfurt am Main. Han var 1964-94 professor ved universitetet sammesteds, afbrudt af en periode som direktør for det samfundsvidenskabelige forskningsinstitut i Starnberg (1971-81) <http://www.denstoredanske.dk/Sprog>.

I kritisk-teoretisk forskningspraksis er der endvidere indbygget en interesse i at lokalisere og give selvbevidsthed til livspotentialer, som kan dæmme op for tendenserne i kolonisering og tingsliggørelse og generobre råderum for den fornuftsbase-rede, kommunikative interaktion mellem myndige samfundsborgere. (Elling, 2013).

Habermas beskriver dette som systemverdenens kolonisering af livsverdenen. Systemverdenens instrumentalitet er med til at kolonisere livsverdenen og mindske menneskets evne til at løse problemer. Spændingsfeltet består i, at livsverdenen må tilbageerobre de sociale rum, der er blevet frataget, og dette må gøres ved at bygge på den offentlige diskussion altså via den kommunikative handlen, hvormed livsverdenen kan påvirke systemverdenen.

Tabel 8: Oversigt over Habermas inddeling i Livsverden og Systemverden.

Livsverden	Systemverden
Kommunikationen er Forståelsesorienteret. Alle indgår som ligemænd i en forståelsesorienteret dialog Det bedste argument vinder	Kommunikationen er målrationel Instrumentel Penge og magt driver værket Demokratisk underskud.

I sit hovedværk, *Theorie des kommunikativen Handelns* (1981), prøver Habermas dels at vise, at fornuften har et sprogligt grundlag, og dels, at system og livsverdenen er udviklet historisk i takt med fremvæksten af moderne markedsøkonomier, stater og retssystemer. Habermas mener, at systemet truer med at "kolonisere" livsverdenen, fordi kapitalismens ekspansion og kriser til stadighed nødvendiggør udvidelse af nye styringssystemer. Derved bliver livsverdenen forarmet eller svækket, fordi den frie, fornuftige kommunikation, der er baggrund for at skabe mening, moral og personlig identitet, bliver fortrængt (Jürgen Habermas, 1981).

Kritisk teori bygger dog også på en realistisk antologi og opererer med en faktisk materialitet. Ifølge den danske Habermas-inspirerede kritiske teoretiker Bo Elling indeholder Horkheimers forskningsprogram en "*materialisme i den forstand, at der eksisterede en objektiv verden uafhængigt af menneskenes bevidsthed, som det var muligt at nå til erkendelse af, dvs. det var muligt at opnå såvel teoretisk indsigt i som en praktisk identifikation af denne objektivt eksisterende verden. Horkheimer forestillede sig en dialektik mellem teori og empiri, hvor de gensidigt påvirker og gri-*

ber ind i hinanden. Han plæderede altså hverken for empirifremmede eller teoretiske konstruktioner eller for rene beskrivelser af fakta (Elling, 2013:209).

Kritikkens opgave i kritisk teori bliver dermed at kritisere fakticiteten eller materialiteten i lyset af idealet og vise, at virkeligheden, som den er, strider mod idealet om, hvordan den burde være (Juul, 2010).

Et skelsættende spørgsmål bliver i forlængelse af dette: Hvilket ideal?

Det forbliver vel et spørgsmål om fortolkning; i sidste ende er det vel normalt forskeren, der fortolker om og i givet fald hvordan, den sociale fakticitet strider mod idealet.

For at modvirke denne forskerfortolkning bygger denne afhandling derfor på kritik teoris sammenkædning med dels aktionsforskningen og dens interaktion mellem praksis og forskning, og dels på phronesis som værdimæssig refleksion og vurdering over det gode liv og samfund. Dette perspektiv indebærer et supplement til at vise ”fakticiteten i lyset af idealet”, idet der inddrages en deltagerinvolvering og en fælles søgen efter alternative tilgange, og ikke mindst et handlingsperspektiv for deltagerne.

Der er i denne afhandling ikke direkte tale om en ”realistisk ontologisk analyse” af kontekstens, her Fuglekvarteret i Københavns, udvikling og opståen, men derimod mere en analyse af sundhedsfremmebegrebets idealer, som konfronteres med den ”faktiske materialitet” eller virkeligheden/konsekvenserne, som de fremstår i området.

Der findes inden for aktionsforskningen forskellige forskningsparadigmer, som jeg i det nedenstående vil redegøre for.

FORSKELLIGE AKTIONSFORSKNINGSPARADIGMER

Aktionsforskerne Reason og Bradbury (2001 og 2008) definerer aktionsforskning ud fra et partecipatorisk world view, som de med baggrund i megen anden litteratur (fx Kuhn: ”The Structure of Scientific Revolution”, 1962) selv har samlet og formuleret.

De kritiserer, i øvrigt på linje med Habermas, at vestlig videnskab er baseret på et positivistisk grundlag, og at positivismen ser ” *science as separate from everyday life and the researcher as subject within a world of separate objects*” and ” *makes no connection between knowledge and power*” (Reason and Bradbury, 2001:4).

Især fokuserer Peason og Bradbury på, at postmodernismen, ligesom dele af aktionsforskningen, ikke tror på en objektiv videnskab, og at de begge inddrager sammenhængen mellem magt og viden: *Similarly, action researchers agree that objective knowledge is impossible, since the researcher is always a part of the world he or she studies, and point out that knowledge-making cannot be neutral and disinterested but a political process in the service of particular purposes, and one which has been institutionalized in favors of the privileged* (Hall, Gillette and Tandon, 1982 in Ibid:2001;4).

Den strukturalistiske tankegang kan, især gennem dekonstruktion, bidrage til at gennemskue det positivistiske world view og tydeliggøre de eksisterende hegemoniske magtforhold. Alligevel kritiserer Reason og Bradbury den strukturalistisk-teoretiske tilgang for dens begrænsninger. Kritikken omfatter, at sproget som repræsentation for verden ikke i sig selv er tilstrækkelig, og at en sådan vidensproduktion ikke bidrager til at kunne gå bag om problemstillingerne eller til at afsløre, hvordan problemerne er produceret, idet dekonstruktioner har til hensigt at tydeliggøre, men ikke ”helbrede”, hvilket er et klart sigte for Reason og Bradburys aktionsforskning:

”Our concern is that the deconstructive postmodern sentiment will exacerbate, rather than heal, the modern experience of rootlessness and meaninglessness.”
(Reason & Bradbury, 2001:6).

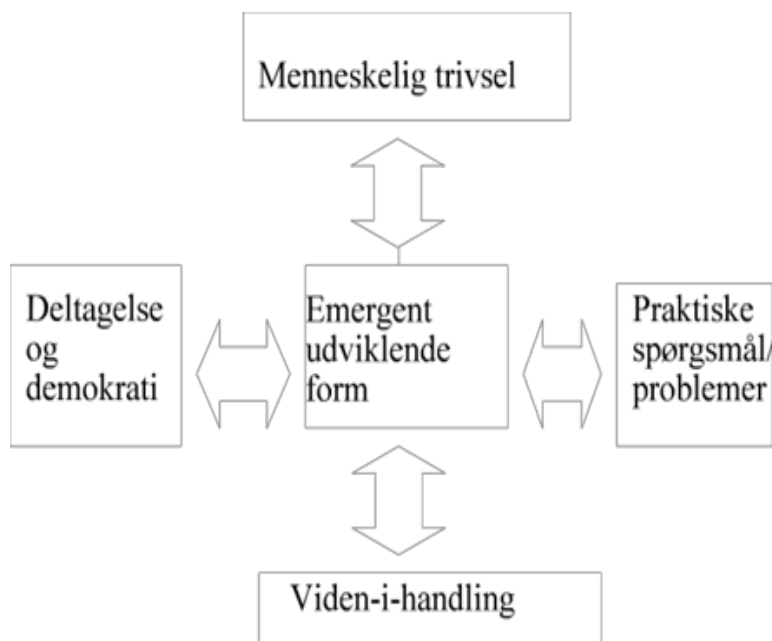
Reason og Bradbury pointerer, via Gregory Bateson (1972), at videnskaben, I stedet for kun at frembringe viden, skal bidrage med læring om nye måder at tænke

-
- 5 “To heal means to make whole: we can only understand our world as a whole if we are part of it; as soon as we attempt to stand outside, we divide and separate. In contrast, making whole necessarily implies participation: one characteristic of a participatory world view is that the individual person is restored to the circle of community and human community to the context of the wider natural world. To make whole also means to make holy: another characteristic of a participatory worldview is that meaning and mystery are restored to human experience, so that the world is ones again experiences as a shared place” (P. Reason, 1994:10)

på: ”the most important task facing us is to learn to think in new ways: he (Bateson) was deeply concerned with what he called the epistemological errors of our time, the errors built into our ways of thinking, and their consequences for justice and ecological sustainability. So the challenge of changing our worldview is central to our times”. (Reason & Bradbury, 2001:4).

Reason og Bradburys aktionsforskning indskrives sig dermed ikke i en bestemt videnskabsteoretisk retning eller udvikler én aktionsforskningsmetode, men gennem deres ”participatory world view” betegner de aktionsforskning som en tredje vej til læring og vidensproduktion.

Det helt afgørende er deltagelse af de involverede personer i et hverdagslivs perspektiv: ”a participatory world view places human persons and communities as part of their world – both human and more-than-human- embodied in their world, co-creating their world” (Reason & Bradbury, 2001:7). Forfatterne opstiller nedenstående figur som beskrivelse af aktionsforskningens karakteristika:



Figur 18: Aktionsforskningens karakteristika (Reason og Bradbury:2001:2), min oversættelse.

Forfatterne laver ikke en stringent gennemgang af figuren og derfor er følgende beskrivelse baseret på min egen fortolkning af de forskellige aspekter som indgår.

Det centrale omdrejningspunkt for en aktionsforskningsproces er at skabe grundlag for handling. Dette tilstræbes: *"in participation with others, in the pursuit of practical solutions to issues pressing concern to people, and more generally the flourishing of people and their communities"* (Reason and Bradbury, 2001:1).

Et af formålene med aktionsforskning er at producere praktisk viden, som er brugbar for folk i deres daglige liv, men det er afgørende at dette sker i sammenhæng med refleksion. Reason og Bradbury skelner nemlig mellem handling som er foretaget på et reflekteret grundlag og blind viden som er handling uden refleksion. Aktionsforskning fører dermed ikke kun til praktisk viden, men også til nye forståelser til at skabe udvikling og ny viden. Disse aspekter af aktionsforskningen er afbildet i nederste højre firkant i figuren, som viden-i-handling og praktiske spørgsmål.

I centrum af figuren er det emergente aspekt. Det er afgørende, at der gennem processen sker en udvikling, og at der er en åbenhed for, at der sker nye ting undervejs, som vil påvirke forskningsprocessen. Aktionsforskning er i høj grad et udviklingsforløb, hvor nye ting opstår undervejs i processen. Viden fremkommer via en levende, udfoldende proces, som er kontekstafhængig og er baseret i hverdagserfaring. I aktionsforskning tages der udgangspunkt i den eksisterende tilstand og de praktiske problemer, der som tidligere beskrevet bliver betragtet som ufærdige – og dermed foranderlige. Udgangspunktet for en forskningsproces, altså den eksisterende tilstand, vil være forskelligt over tid, og derfor er det en del af forskningsprocessen at "problemdefinitionen" og "målet" ikke er fastsat på forhånd, men at denne er en del af den demokratiske proces.

Det participatoriske, altså det deltagende aspekt, som ses til venstre i figuren, skal fremhæve, at gennem deltagelse danner mennesker deres egen skabelse af mening, og igennem fællesskaber skabes fælles meningsdannelse og kollektiv handling. Dette er et afgørende fokus i en aktionsforskningsproces, og derfor er aktionsforskning kun mulig med, for og af enkeltpersoner og fællesskaber (Reason/Bradbury; 2001; 2ff).

Det sidste aspekt, som er det øverste i figuren, drejer sig om, at den viden, der opsamles, bredt bidrager til at forbedre menneskers trivsel og samfundstrivsel.

Dette skal forstås som omfattende både økologi, samværsformer og trivsel generelt. Dette aspekt om menneskelig trivsel genfindes i et phronetisk perspektiv og i et sundhedsfremmeperspektiv, hvilket vil blive beskrevet yderligere i community health kapitlet og i phronesis kapitlet.

Det afgørende for en aktionsforskningstilgang er altså deltagelse og aktion, og som forfatterne fremfører, har dette afgørende betydning for forskningstilgangen og for selve forsknings- og vidensproduktionen: ”*The element of action adds another layer and transforms more traditional methods used in research. “We must take an “epistemological turn” and think of community ties and critical awareness, as well as objective understanding of reality, as forms of knowledge*” (Reason & Bradbury, 2001:9).

HANDLINGSPERSPEKTIVET

Som forskningstilgang adskiller aktionsforskning sig fra de andre typer forskning ved at indeholde et eksplicit handlingsaspekt. En grundlæggende artikel til beskrivelse af dette er ”*Action Research and Minority problems*”, hvor Lewin understøtter handlingsaspektet i aktionsforskningen og beskriver interaktionen mellem forskning og praksis, idet han siger: ”*The research needed for social practice can best be characterized as research for social management or social engineering. It is a type of action-research, a comparative research on the conditions and effects of various forms of social action, and research leading to social action. Research that produces nothing but books will not suffice*”. (Lewin, 1946:35).

Aktionsforskning som paraplybegreb beskrives og opdeles af to nordiske aktionsforskere, Clausen og Lorentzen (1992), i en kulturradikal-progressiv tradition, hvis intention er ... ”*kendetegnet ved at solidarisere sig med underprivilegerede grupper i samfundet*” (Clausen, C. & Lorentzen, 1992) og en retning som Argyris, Putnam⁶ og McLain Smith (1985) kalder action science, som beskrives som en teknokratisk-funktionalistisk tradition, hvis intention er at ... ”*ferdig udvikle eller implementere et politisk valgt koncept eller program*” (Clausen, C. & Lorentzen, 1992:17). Aktionsforskningstilgange især i den kulturradikal-progressive tradition lægger større

6 Der er her tale om Robert **W** Putnam – som er co-designer af action research - ikke at forveksle med Robert **D** Putnam (som blandt andet har beskrevet begrebet social kapital (Putnam, 1995)), Robert **W** Putnam, ph.d. og professor, Harvard University, USA.

vægt på at fokusere på borgerdeltagelse, forandring eller refleksion som basis for et handlingsaspekt. Aktionsforskningsretninger i den teknokratisk-funktionalistiske tradition, som fx action science eller participatory action research (PAR) lægger mere vægt på handling og forandring i et organisationsperspektiv. Begge retninger tager udgangspunkt i Lewins teori, der delvist stammer fra et psykoanalytisk perspektiv, som mener, at forandring og handling starter hos subjekter eller i små grupper (Lewin, 2005). Dette uddybes af Reason and Bradbury via følgende citat: *"Indeed, to paraphrase Margaret Mead and Jürgen Habermass, perhaps the only way that systematic change does occur is through the committed action of small groups of people"* (Reason & Bradbury, 2001:xxvi).

Aktionsforskningen inden for den kulturradikal-progressive tradition har fokus på at subjektiv refleksion og meningsdannelse sker som forudsætning for handling, og det demokratiske og emancipatoriske aspekt kommer oftest til udtryk ved at *"solidarisere sig med underprivilegerede grupper i samfundet"* (Clausen og Lorentzen, 1992:17). Dermed bliver de svage eller overhørte stemmer indlemmet og kan indgå i en forskningsproces. Jeg er dog kritisk over for selve handlingsaspektet, som i dette perspektiv, i en radikal forståelse, kan reduceres til subjektiv refleksion, hvorved et efterfølgende handlingsperspektiv kan blive negligeret. Der mangler fokus på, *hvordan* der skabes kapacitet og empowerment til at udfolde den refleksive handling. Det svage handlingsbegreb kan overse de magtforhold og barrierer, der blokerer for videreudvikling og forandring. Dermed er der fare for at *"de underprivilegerede"* er overladt til sig selv efter at være blevet hørt – og i sidste instans faktisk, paradoksalt nok, kan komme til at fremstå som objekter i en forskningsproces.

Aktionsforskning inden for den teknokratisk-funktionalistiske tradition, action science, som den er formuleret af Argyris, Putnam og McLain Smith (1985), herefter Argyris m.fl., anvender ikke begrebet research, men begrebet science. Dette skal ses som en understregning af, at de ønsker at fremhæve deres fokus på den videnskabelighed, der kendetegner deres forskningstilgang.

"Action science is an inquiry into how human beings design and implement action in relation to one another. Hence, it is a science of practice; whether the professionals' practice of administrators, educators, and psychotherapists or the everyday practice of people and members or families or organizations. Action science calls for basic research and theory building that is intimately related to social action" (Argyris m.fl.; 1985: 4).

Som det fremgår, er handling og praksis også her centralt, men til forskel fra de øvrige fra aktionsforskningstilgangen lægges der vægt på, at forskningsprocessen både skal frembringe forståelse for den aktuelle case, men samtidig også teste for en mere generel teori. Dette står i direkte modsætning til action research, der har formuleret, at *"action research cannot be programmatic and cannot be defined in terms of hard and fast methods, but is, in Lyotard's (1979) sense, a work of art"* (Reason & Bradbury, 2001:2).

Der lægges i action science mere vægt på Lewins teoriudvikling og systematik i forbindelse med hans arbejde, hvor han udvikler sin planlægningscyklus, som består af problemidentificering, planlægning, handling og evaluering⁷ (Argyris, C. og Schön, 1991). I forhold til aktionsforskning, hvor forskningsprocessen er emergent udviklende, og hvor videnskabelse sker gennem processen, opfattes viden i action science som noget, der eksisterer i forvejen, og som skal opdages.

I action science formulerer Argyris m.fl. om aktionsforskerens rolle i forhold til handling; *"more precisely, he or she seeks to help members of client systems reflect on the world they create and learn to change it in ways more congruent with the values and theories they espouse"* (Argyris m.fl., 1985:98). Argyris m.fl. anvender, måske på grund af den tid, teorien blev formuleret på, konsekvent begrebet klientsystemer, hvor Reason og Bradbury anvender begrebet deltager.

I citatet fremkommer ud over aktionsforskerens rolle en fremskrivning af handling som noget, der også foregår på det ubevidste plan, hvilket medfører, at der kan være forskel på det, vi gør, og det, vi siger, vi gør.

Dette er tilsvarende hos Reason og Bradbury, som betegner fænomenet som ureflekteret handling eller blind viden. Det sidste jeg vil fremhæve fra citatet er, at action science sigter mod et fast mål, eller et teoretisk baseret mål, hvorimod handlingen skal rettes. Dette er modsat i action research (og også i phronesis) som mener, at et forud fastsat mål udefra kan blokere for nytænkning og reel inddragelse af deltagerne i forskningsprocessen (Eikeland & Nicolini, 2009; Peter Reason & Bradbury, 2008).

7 Lewin er berømt for flere aspekter af aktionsforskningen bl.a. aktionsforskningscirklen eller aktionsforskningstrekanten, som består i et vedvarende skift mellem henholdsvis planlægning, aktion (handling) og undersøgelse (Lewin, 1948).

Jeg har i nedenstående skema opridset de væsentligste forskelle mellem de to aktionsforskningstilgange:

Tabel 9: De to bidrags position i fokuspunkter.

Fokuspunkter	Reason og Bradbury	Argyris m. fl.
Forskningsform	emergent udviklende	afdækkende, bevidstgørende udviklende
Formål	menneskelig trivsel	oplyst bevidst handlen + trivsel
Out put	viden-i-handling (knowledge in action)	viden-i-handling/teori om handling
Genstandsfelt	praktiske spørgsmål/problemer	Praktiske problemer
Tilgang i udgangspunkt	bottom up samfundsudvikling	top down organisatorisk tilgang
Proces tilgang	demokratisk	Demokratisk
informant position	deltagere	Klientsystemer
Forandringspotentiale	Hos individer og grupper	Hos individer og grupper og organisationer
Handlingsperspektivet	Refleksion gennem deltagelse medfører forandring (handling-sændring) -potentiale for udvikling af handlemuligheder gennem dialog og refleksion.	Aktionscirklen Problemidentifikation, planlægning, handling og evaluering. Fokus på samfundsstrukturer der blokerer for handling.
Emancipation	Emancipation gennem refleksion, men mangler et empowerment perspektiv	Emancipation gennem nedbrydning af barrierer der hindrer frigørelse og handling, mangler et empowerment perspektiv.
Validitet Undersøger vi det vi vil undersøge	Ikke generalisering, Betydning og vidensudvikling i lokal praksis KUAF: det almene i det konkrete Emergerende aspekt	Udvikle teori og indfange viden om handling fx kort over handlemønstre eller udarbejdelse af begrebssystemer der afprøves i praksis – teoritest
Dialog orientering	Konfliktorienteret Ulighed og samfundsmæssig bæredygtighed	Konsensus orienteret Pragmatisk

Der er altså væsentlige forskelle, men også ligheder, inden for de to forskningstilgange. Der er tale om en teoretisk opdeling, som jeg ikke mener er helt så opdelt inden for anvendelsen af de forskellige aktionsforskningstilgange. Min egen aktionsforskningstilgang er baseret på en blanding. Det empiriske udgangspunkt indebærer både et organisatorisk perspektiv (den teknokratisk-funktionalistiske tradition), og en kulturradikal-progressiv tradition, hvorfor jeg finder det nødvendigt at hente inspiration fra begge aktionsforskningstilgange. I mit aktionsforskningsperspektiv er deltagerne ikke klienter, men derimod co-producere af ny viden. Jeg vil gerne bidrage til en metodeudvikling, men jeg har ikke et fast mål eller program, der skal implementeres, og er dermed heller ikke i en konsulentrolle.

Derimod henter jeg inspiration fra community health-perspektivet, der dels kan tilføje et perspektiv om at kombinere bottom-up- og top-down-perspektivet inden for planlægning⁸ og dels kan bidrage med et multilevelcapacity-perspektiv. Med inddragelse af disse perspektiver ønsker jeg at facilitere multilevel handlingskraft til at takle aktuelle problemstillinger, som de fremstår kontekstspecifikke i praksis.

Aktionsforskningstilgangen i denne afhandling er dermed dels en afprøvning af aktionsforskning som metode i et community health-perspektiv, og dels en lærings- og forandringsproces, der involverer aktører fra forskellige vidensparadigmer. Jeg afprøver dermed aktionsforskning i et multilevel, flersektorielt og ikke mindst interdisciplinært perspektiv. Aktionsforskningsprocessen afprøves altså delvist som metode, og delvist afprøves en måde at lære og forandre på.

Perspektivet om, at deltagelse er afgørende for at forandre, er grundlæggende i begge perspektiver. I mit aktionsforskningsperspektiv ønsker jeg at brede deltagerperspektivet ud, så jeg ud over at få ”stemmer frem” eller ”implementere en model” har fokus på empowerment for deri gennem at opnå handlekompetence for deltagerne.

Empowerment-begrebet har, ligesom kritisk teori, et emancipatorisk sigte. Det kan også betragtes som et styrings- og procesevalueringsredskab, som jeg anvender i form af metoden empowerment evaluering (EE).

8 Parallell tracking (Laverack, 2001) og HEPRO modellen ved (Amdam, 2008), uddybes i næste kapitel.

Nedenstående vil jeg uddybe en af de tre forskningstilgange, som anvendes i denne afhandling. Inden for den teknokratisk-funktionalistiske tradition er der tale om participatory action research (PAR) og inden for den kulturradikal-progressive tradition critical utopian action research (CUAR) eller på dansk kritisk utopisk aktionsforskning (KUAF) og empowerment i form af empowerment-evaluering (EE).

Participatory Action Research - PAR

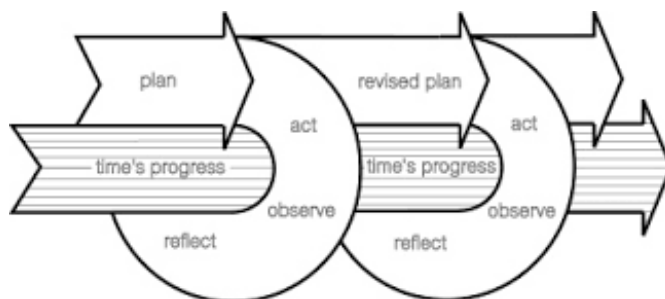
Den del af participatory action research (PAR), jeg er inspireret af og anvender, er ikke som action science, men er inspireret af den phronetiske organisations- og aktionsforskning, som er bekræftet af Eikeland (Eikeland, 2012a), og som jeg har uddybet i forrige kapitel.

I ”*The SAGE Encyclopedia of action research*” fra 2014 beskrives, at PAR’s formål og agenda er at:

1. udvikle en deltagelsesmodel inden for social forandring
2. foretrække en praktisk form for viden-i-aktion fremfor en empirisk form for viden-i-statistik
3. mobilisere lokale fællesskaber til at have en konkret rolle i problemløsning af deres egne problemer på en effektiv og systematisk måde.
4. lave udvikling på politikområdet (interventioner)
5. advokere/facilitere inklusion af lokale stakeholders, deres erfaringer og forståelser, og inddrage et socio-økonomisk perspektiv
6. forsøge at korrigere magtbalancen i videns- og informationsflowet (Pant, 2014:583).

Der er altså ikke kun fokus på udvikling af teoretisk viden, da PAR indeholder en agenda med social forandring og fælles problemløsning.

Metodologien i PAR kombinerer forskning og aktion gennem cirkler af aktion og kritisk selvrefleksion, med anvendelse af aktionsforskningscirklen, som den er præsenteret af Lewin (Lewin, 1946, 2005).



Figur 19: Aktionsforskningscirklen i PAR

Der er dermed i PAR fokus på selvrefleksion og kritik gennem dialog.

Forandring sker, når subjekter i forskningsprocessen lærer at bruge ny viden til at reflektere over deres praksis/egen situation og deltager systematisk og kritisk i problemløsningen.

PAR er baseret på dialogtraditionen, som henter sit teoretiske fundament hos Habermas og den kommunikative handlen, samt via den herredømmefri samtale, hvor det bedste argumenter vinder. I dialogtraditionen er der en grundlæggende antagelse om, at gennem opnåelse af gensidig forståelse er det muligt at facilitere og fastholde vidensdannelse og udvikling mellem forskellige aktører (Pant, 2014). PAR har således karakter af en fælles undersøgelses- og refleksionspraksis, hvor alle på en gang skal opfatte sig som undersøgelsesgenstande eller deltagere og undersøgere af den virkelighed, de alle er en del af, og som de i fælleskab arbejder på at udvikle (Eikeland, 2006). Da der er tale om et emergent udviklingsforløb, er der tale om en uafsluttet (open-ended) proces, baseret på kollektiv vurdering og beslutningsprocesser, som illustreret via ovenstående figur med de fortløbende aktionsforskningscirkler. PAR bliver dermed et alternativ til en administrativ top-down-tilgang, som ses inden for dele af organisationsforskningen (Duus et al., 2012: 45).

Historisk er Lewins arbejde med systemers beslutnings- og forandringsprocesser baseret på at forstå en organisation som et socialt og ikke et individuelt system. Det socio-kritiske koncept inden for organisationsperspektivet i PAR går ud på at forbedre arbejdsmiljø og trivsel ved at organisere arbejdet i grupper og lade disse selv designe deres produktionssystemer ved for eksempel selvstyrende grupper (Duus et al., 2012:48ff). Lewins beskrivelser af gruppedynamikken bruges til at udgøre et muligt svar på strukturelle udfordringer knyttet til det moderne indu-

striarbejde og har til hensigt at udvikle teori og metoder, der udvikler samarbejde og dialoger om arbejdets organisering på tværs af medarbejdergrupper, virksomheder og brancher (Nielsen et al., 2006). PAR-metodologien ses anvendt inden for forskellige forskningsområder, for eksempel inden for organisation (Eikeland, 2012b), arbejdslivsforskningen (Nielsen et al., 2006) og udvikling af lokalsamfund (Amdam, 2010; Kasmel & Andersen, 2011).

Den interventionsbaserede tilgang i PAR er kritiseret for at have mere fokus på agenda-problemløsning snarere end på forskning (Duus et al., 2012). Denne kritik vedrører også forskeren, der kan få en konsulentrolle frem for en videnskabelig forskerrolle. Der er endvidere en fare for at forskeren i sin interaktion pådutter egne forforståelser til sit forskningsfelt. Denne kritik har medført, at andre aktionsforskningstilgange, for eksempel kritisk utopisk aktionsforskning (KUAF), har valgt at have en mere tilbagetrukket forskerrolle efter ide- og kritikfaserne, som så i stedet kan kritiseres for at have en observerende rolle.

De sidste kritikpunkter, jeg vil medtage her, kommer fra empowerment-tilgangen, der kritiserer PAR for ikke at have tilstrækkeligt fokus på borgerperspektivet (eller andre overhørte stemmer), og for gennem sit konsensusfokus at overse de eksisterende magtbalancer, jvf. aktionsforskeren Simmons' spørgsmål:

1. Who is *aneu logou* (without a voice, Aristoteles' term) in the political community?
2. Are our attempts at empowerment actually perpetuating the hegemonic discourse? (Simmons, 2012: 261 in Flyvbjerg, Landman, & Schram, 2012).

I min aktionsforskningstilgang har jeg valgt at kombinere forskningstilgangene PAR og KUAF samt tilføre en phronetisk tilgang for at fokusere på selvrefleksion, og åbent og tydeligt diskutere egne forforståelser og værdier. Inden yderligere begrundelse for dette vil jeg præsentere de andre forskningstilgange, som anvendes i afhandlingen.

KRITISK UTOPISK AKTIONSFORSKNING

Kritisk utopisk aktionsforskning (KUA) kategoriseres, som beskrevet, inden for den kulturradikale-progressive tradition (Clausen, C. & Lorentzen, 1992). Denne

aktionsforskningsretning er hovedsagelig udviklet på Roskilde universitet af aktionsforskerne Kurt Aagaard Nielsen og Birger Steen Nielsen. Denne retning er jeg inspireret af, men også kritisk over for, på grund af et, i mit perspektiv, svagt handlingsperspektiv, og på grund af den "objektiverende" forskerrolle. Der er dog flere elementer af kritisk utopisk aktionsforskning, som jeg trækker på, dels den demokratiske tilgang og dels fokus på udvikling af alternative problemløsningsforslag, som fremkommer via spændingsfeltet mellem kritik og utopi⁹, som for eksempel opstår gennem anvendelse af metoden fremtidsværkstedet. Jeg har under min "præsentation af empiri" i kapitel 2 beskrevet min metodologi, her vil jeg redegøre for den videnskabelige inspiration.

Den kritisk-utopiske aktionsforskning har, som også som PAR har, baggrund i kritisk teori. Den henter sin inspiration i Theodor W. Adorno og Max Horkheimers kritiske teori, der arbejder med spændingen mellem kritik og utopi. I denne forståelse skal forskning orientere sig mod, hvordan vi *ønsker*, verden skal være. Bag kritiske teorier om fænomener eller koncepter om det som *er* kan der ifølge de kritisk utopiske aktionsforskere Nielsen og Nielsen (2006a:77f) altid spores, hvad Adorno kalder en "utopisk andethed", der er nødvendig for at skabe kritisk viden. Det er orienteringen mod det utopiske, der skabes i den særlige kobling af kritik og utopi. Det er dette, der adskiller kritisk utopisk aktionsforskning fra anden aktionsforskning, og som skaber åbningerne mod det potentielt frigørende og forandrende. For at skabe utopierne har den utopiske aktionsforskning udviklet egne metoder, fx "fremtidsværksted"¹⁰, hvor der søges en utopisk horisont, der dekonstruerer den fastfrosne realitet og kultur.

I Birger Steen Nielsen og Kurt Aagaard Nielsens artikel "*Methodologies in action research*" (2006) peger forskerne på et paradoks i kritisk teori; "*Critical Theory*

9 I fremtidsværkstedet formuleres drømme – muligheder – for det fremtidige arbejde. Dette fordrer dels at "sprænge rammerne" og undgå reificering, og dels at det fremtidige arbejde bliver visualiseret og dermed et muligt (fælles) mål.

10 Fremtidsværkstedet består af en kritikfase, en utopifase og afsluttes med en virkelighedsgørelsesfase. Under kritikfasen er deltagerne konsekvent negative. Den fremsatte kritik danner baggrund for utopifasen, hvor 'virkeligheden sættes ud af kraft', og deltagerne formulerer deres ønsker og drømme. I virkelighedsgørelsesfasen udvikler medarbejderne handlingsforslag for, hvordan de utopiske perspektiver kan omsættes til praksis. I alle tre faser fastholdes medarbejdernes udsagn ved, at forskerne noterer alt ned på såkaldte 'vægaviser'. Forskernes rolle i fremtidsværkstedet er at være mødeledere, facilitatorer og referenter (Jungk & Müllert 1984).

is in a way paradoxical. On the one side, the intellectuals or the researchers should outline a utopian dimension in society in order to deconstruct reification and rationalised culture. On the other side, the intellectuals or the researchers avoid practical or institutional commitments in movements or organizations working for alternatives; they do so in order to remain independent and able to deliver criticisms of all kinds of positive strategies” (Nielsen & Nielsen 2006:13).

Dermed argumenterer Nielsen og Nielsen mod Webers distance til forskningsfeltet, som gør forskningsfeltet til et objekt for forskningsprocessen, og de argumenterer for, at aktionsforskning har et sigte på kritik og vidensproduktion og sker i et samspil mellem teori og praksis.

Det er blandt andet i dette perspektiv, at aktionsforskningen skal ses som et brud med positivismen og den neutrale forskerposition.

Alligevel vil jeg kritisere KUAF-tilgangen for sin observerende rolle til sit forskningsfelt. Kritisk utopisk aktionsforskning, KUAF, har et stærkt demokratifokus og fokus på at skabe et ”frit rum” for refleksion, hvor især de ”svage stemmer” bliver hørt, men samtidig fordrer KUAF, at forskeren, for ikke at være ”dominerende”, forholder sig på afstand af diskussioner og i stedet fungerer som en slags proceskonsulent.

Jeg vil endvidere fremhæve, at i KUAF er handlingsperspektivet baseret på subjekternes selvrefleksion og ikke på de omgivende forhold, der indgår i konteksten. Dette mener jeg er et svagt handlingsperspektiv, der overser empowermentdimensionen og de eksisterende barrierer uden for det dannede refleksive rum, som er fremkommet gennem anvendelse af metoden fremtidsværkstedet. På denne måde bliver subjekterne i forskningsprocessen hørt – de får gennem selvrefleksion frembragt alternativer, men der tages ikke stilling til at hjælpe eller styrke deltagerne til at anvende disse alternativer.

Der er fordele ved begge aktionsforskningstilgange. Dialogtraditionen i PAR er dialogorienteret, kontekstuel og lokalt forankret. Kritisk utopisk er orienteret mod konflikt, ulighed og samfundsmæssig bæredygtighed. KUAF er orienteret mod at skabe et magtfrit rum til refleksion, men gennem skabelse af dette rum kan forskningsprocessen blive kontekstafhængig.

CRITICAL PARTICIPATORY ACTION RESEARCH – CPAR

Den phronetiske aktionsforskning, præsenteret af Olav Eikeland, som jeg uddyber i næste kapitel, supplerer med et teoretisk fundament for en normativ værdibaseret og kritisk aktionsforskningstilgang. En lignende tilgang, benævnt critical participatory action research (CPAR) er beskrevet i "*The SAGE Encyclopedia of Action Research*" af aktionsforskerne Stephen Kemmis og Robin McTaggart (Stephen Kemmis & McTaggart, 2014:208).

I Critical-PAR inddrager deltagerne deres egen individuelle og kollektive praksisser. CPAR ønsker at frembringe et spændingsfelt hos deltagerne mellem "(a) *what they think and say in their current practices (saying)*, (b) *what they do in the practice (doings)* and (3) *how they relate to the other people and things they interact with in the practice (relatings)*" (Stephen Kemmis & McTaggart, 2014:208). Dette er på linje med Flyvbjergs "tension points" (Flyvbjerg, Landman, & Schram, 2013). I CPAR er der fokus på kollektiv kritik og på "*new ways of acting*" (Stephen Kemmis & McTaggart, 2014:208), samt på linje med Eikelands phronetiske aktionsforskning forandring "*from within*" og på "*communicative space*", som er på linje med både phronesis og KUAF (Eikeland, 2009; Nielsen & Nielsen, 2006). CPAR beskriver ikke eksplicit phronesis og beskriver ikke på samme måde som Eikeland den teoretiske baggrund for kritik eller værdierne bag handlingerne.

Endvidere beskrives ikke, hvordan "*communicative spaces*" opnås, forstås og håndteres.

I artiklens konklusion beskrives CPAR således: "*CPAR is a practice changing practice, it aims to form communicative spaces-public spheres in which people involved in and affected by practices can transform their understandings of their practices in the interests of more clearly understanding the character, conduct and consequences of their practices and of overcoming irrationality in their current understanding*" (Stephen Kemmis & McTaggart, 2014:211). Dermed er der ligesom i PAR et fokus på de involverede deltagere, altså et organisationsperspektiv, som ikke nødvendigvis indbefatter modtagerne/borgerne, hvilket er helt afgørende i et sundhedsfremmeperspektiv. Dette er baggrunden for at indsætte mit phronetiske aktionsforskningsperspektiv i en community health-tilgang og ikke mindst et multilevel-perspektiv, hvor også de samfundsmæssige strukturelle barrierer medtænkes.

Tabel 10: Skematisk fremstilling af forskelle mellem tre aktionsforskningstilgange.

Action research	PAR – Participatory Action Research	CUAC – Critical Utopian Action Research	C-PAR Critical Participatory Action Research
Perspektiv	Organisationsperspektiv	Eksperimenter	Community perspektiv
Proces	Legitimitet via dialog	Konflikt	Konflikt og legitimitet via dialog
Handling gennem	Fælles refleksion og dialog	Subjektiv refleksion	Fælles refleksion og dialog
Metode anvendelse	Metode triangulering	Eksperiment via fx forskningsværkstedet fremtidsværkstedet	Metode triangulering
Udgangspunkt for metodeanvendelse	Kontekstuel afhængigt, udgangspunkt i det eksisterende -Lokal forankring	Kontekst uafhængigt Frit rum for refleksion -Partikulært - universelt	Kontekstuel afhængigt, udgangspunkt i det eksisterende. Rum for refleksion via tillidsfuld dialog - Lokal forankring. Metode principper kan være universelle
Vidensgenerering	Gennem fælles sproghandlinger.	Gennem kritik - utopifaser	Gennem fælles sproghandlinger og gennem immanent kritik
Forsker rolle	Forsker deltager, men ikke i faglig forstand, er proces facilitator	Forsker trækker sig. Er metode facilitator	Deltagende også faglig sparring via mester-lærlinge forhold i forskning/praksis samarbejde
Fordel	Netværksopbyggende. Processer og metoder fastholdes lokalt, metoderne er universelle (Gustavsen, 1996).	Alternativer udvikles (Aagaard Nielsen, 2013)	Netværks- og empowerment opbyggende. Forankring og implementering sker gennem processen. Udgangspunkt i det eksisterende, men udvikling af alternativer via immanent kritik (Kemmis 2014, Eikeland, 2008).
Ulempe	Organisationsfokus. Ikke nødvendigvis fokus på de overhørte stemmer. Fare for reifikation via udgangspunkt i det eksisterende.	Fare for reifikation på grund af manglende handlings- og empowerment perspektiv.	Kræver opmærksomhed på inddragelse af overhørte stemmer. Kræver fortolkning af empowerment begrebet og fokus på magtperspektivet. Kræver deltagelse og tid.

Dialogtraditionen (PAR) eller fremtidsværkstedet (KUAF) er umiddelbart designet til, at forskeren selv træder i karakter som faglig dialogperson. Forskerrollen består hovedsagelig i at optimere metoderne til dialog og skabe nye alternative diskurser og problemløsningsforslag. Derfor anvender jeg Kimmis beskrivelse af C-PAR koblet med Eikeland's phronetiske aktionsforskningstilgang, hvor forskeren er aktivt deltagende i forskningsprocessen, og hvor der sker en kobling mellem teori og praksis, hvor både forskerens og praksisdeltagernes praksis og forforståelser sættes på spil. Ingen af de ovennævnte aktionsforskningsretninger er designet til et sundhedsfremmeperspektiv, men der er en række fordele ved at kombinere de to tilgange.

PARTICIPATORISK AKTIONS FORSKNING OG SUNDHEDSFREMME

Der er grundlæggende en række fordele at indhente ved at trække partcipatorisk aktionsforskning ind i et sundhedsfremmeperspektiv og en phronetisk forskningstilgang. Perspektiverne fokuserer alle på aktion, værdier, deltagelse og empowerment. Inden for sundhedsfremmefeltet har det siden Alma Ata-deklarationen i 1978 (Christopher, Le May, Lewin, & Ross, 2011) været et afsæt, at deltagelse i beslutninger forbedrer sundheden. Logikken er, at en følelse af kontrol medfører dels forbedring af individuel sundhed og dels styrker den enkeltes eller gruppens mulighed for at ændre på de omstændigheder, der forårsager usundhed (Suzanne F, 2014:398). Selvom sundhed er påvirket af individuel adfærd som rygning og mangel på motion, er sundhed også påvirket af socio-økonomiske faktorer, hvilket jeg tidligere har udfoldet.

I "*The Sage Handbook of Action Research*" beskrives PAR som en type sundhedsfremmeintervention i den udgave som, Ottawa Chartret peger på (Suzanne F, 2014:398).

Ved anvendelse af PAR for eksempel i et community health-perspektiv kan en forbindelse mellem aktion og forskning faciliteres, og det kan øge muligheden for at reducere det eksisterende gab mellem forskning og praksis inden for sundhedsfremmefeltet (Dean & McQueen, 1996; McQueen, Kickbusch, & Potvin, 2007).

AFHANDLINGENS AKTIONSFORSKNINGSTILGANG

Aktionsforskningstilgangen i denne afhandling er dels en afprøvning af aktionsforskning som metode i et community health-perspektiv og dels en lærings- og forandringsproces, der involverer aktører fra forskellige vidensparadigmer. Jeg afprøver dermed aktionsforskning i et multilevel-, flersektorielt og ikke mindst interdisciplinært perspektiv. Aktionsforskningsprocessen afprøves altså delvist som metode, og delvist afprøves en måde at lære og forandre på. I mit aktionsforskningsperspektiv ønsker jeg at brede deltagelsesperspektivet ud, så jeg ud over at få ”drømme eller stemmer frem” eller ”implementere en model” har fokus på empowerment for derigennem at opnå handlekompetence for deltagerne. Empowerment har, ligesom kritisk teori, et emancipatorisk sigte. Det kan også betragtes som et styringsredskab, en tilgang eller et ”world view”. Jeg vil i min aktionsforskningstilgang koble empowerment-begrebet til aktionsforskningens ”participatoriske world view” idet jeg, som beskrevet, ønsker et styrket handlingsperspektiv.

Når jeg beskriver, at jeg tager udgangspunkt i et multilevel-perspektiv, indbefatter dette et udgangspunkt i et mesoniveau, nemlig Community Health-perspektivet. Antagelsen er, at udviklingen på mesoniveauet kan påvirke makro- og mikroniveauet, men pointen er også, at interventioner på mesoniveauet fra start skal indtænkes i et multilevel, historisk, kontekstuel perspektiv. Derfor har jeg lagt vægt på, at der i det empiriske nedslag fra start var deltagelse fra ledelses- og forvaltningslaget og ikke mindst, at borgerne i lokalsamfundet blev inddraget i det omfang, det var muligt. For at inddrage den samfundsmæssige diskurs for sundhed og sundhedsstrategier er diverse internationale og danske dokumenter og artikler blevet inddraget som teoretisk grundlag for samarbejdet med praksisfeltet.

Helt konkret har jeg i praksis deltaget aktivt i diskussioner på planlægningsmøder og afholdt workshops. Jeg har ikke udført kommunalt arbejde i den forstand, at jeg ikke har deltaget i udarbejdelse af projektansøgningen eller har foretaget andet skriftligt arbejde, ej heller har jeg deltaget direkte i det politiske lobbyarbejde, som var en stor del af det kommunale arbejde i forbindelse med planlægningsprocessen. I en aktionsforskningsproces er forskeren ikke ”ansvarlig” for det endelige praksisresultat. Snarere bygger, som tidligere beskrevet, aktionsforskningen på en forståelse af, at deltagerne i en forskningsproces besidder en viden, som forskeren ikke selv besidder eller kan tænke sig til, og derfor bliver deltagelse og kommu-

nikation en forudsætning for forskningsprocessen. Selve forskerrollen uddybes i næste kapitel, som omhandler phronesis-begrebet.

Phronesis

PHRONESIS - VIDENSFORSTÅELSER OG PRAKSIS

Jeg vil i dette kapitel først beskrive, hvorfor en phronetisk tilgang med fokus på etik og værdier er anvendelig i en sundhedsfremmeplanlægningsproces, og jeg vil gennemgå de teoretiske og analytiske aspekter af begrebet phronesis. Den teoretiske gennemgang vil omhandle følgende begreber:

- Etik og værdier
- Viden og læring
- Normativitet og kritik
- Phronesis og deliberation
- Phronesis i et forskningsperspektiv
- Magt og dømmekraft
- Forskerrollen

Phronesis – etik og værdier

Begrebet phronesis stammer oprindeligt fra den græske filosof Aristoteles (384 f. Kr.-322 f. Kr.), der har udviklet phronesis-begrebet i en vidensfilosofisk forståelsesramme med fokus på etik og værdier – begreber, som ofte er udeladt af den nuværende samfundsforskning.

Phronesis-begrebet betyder visdom, klogskab eller intelligens. Endvidere skelner Aristoteles mellem tre typer af viden: phronesis, epistémé og techné. Udtrykket videnskab er afledt af det aristoteliske begreb ”epistémé”, som henfører til universel gyldig viden, der opnås ved analytisk rationalitet. Begrebet ”techné” kan oversættes til ”kunst” i forståelsen ”håndværk” og har at gøre med anvendelsen af teknisk viden. Techné kan kort beskrives som en pragmatisk, variabel, kontekstafhængig viden, som er orienteret mod produktion. Phronesis indeholder etik og værdimæs-

sige overvejelser med reference til praksis. Phronesis er ligesom techné pragmatisk, variabel og kontekstafhængig, mens phronesis er mere orienteret mod værdier, handlinger og etik (Clegg, Flyvbjerg, & Haugaard, 2014; Eikeland, 2009; Bent Flyvbjerg, 2001; Simmons, 2012).

Baggrunden for at inddrage et phronetisk perspektiv er ønsket om at bidrage med et bredere og mere værdirationelt perspektiv på den nuværende samfundsforskning og på sundhedsfremmeforskningen. Pointen er, at ved at inddrage et fokus på etik og værdier øges muligheden for kritisk (selv)refleksion og forandring inden for et givent forskningsfelt.

Et phronetisk aktionsforskningsperspektiv indbefatter, at forskeren er aktivt deltagende, og det phronetiske perspektiv kan hjælpe til at tydeliggøre forskerens og deltagerens rolle i forsknings- og planlægningsprocessen på en måde, som andre forskningstilgange ikke dækker på samme grundige måde.

Phronesis kan endvidere bidrage dels med et praxis-begreb, der kan anvendes inden for læring og håndtering af værdirationelle problemstillinger, og dels bidrage til et mere generelt værdibaseret sundhedsfremmeperspektiv på det gode liv.

Den aristoteliske phronesis beskæftiger sig grundlæggende med, hvordan værdier bliver inddraget i handling, og hvordan vi vurderer en given situation, hvilket jeg vil betegne som vores dømmekraft. Denne dømmekraft bliver en måde at tale om magt på og beskriver, hvordan magten fortolkes etisk og moralsk, og også, hvordan den håndteres i praksis.

Der er ud over Aristoteles andre store og senere teoretiske tænkere, der har udviklet etiske systemer med henblik på at tydeliggøre og udvide vores forståelse af moralske forhold og den værdibasing, der ligger bag vores handlinger. Her kan nævnes Immanuel Kant (1724-1804) og John Stuart Mill (1806-73). Disse tænkere har alle udviklet etiske systemer som baggrund for vores etiske dømmekraft, men alle disse systemer er udviklet i en anden tidsperiode og med en anden samfundsmæssig kontekst end den, der hersker i dag. Alligevel er deres tænkning på visse områder stadig aktuel, da den moderne samfundsforskning, som jeg beskrev i indledningen, i nogle sammenhænge kan anses for at være kørt af sporet (C Wright Mills, 1959). Meget kort refereret har Kant et individuelt fokus på den gode vilje. Kant argumenterer for, at det unikke ved menneskets etiske dømmekraft er vores autonomi

eller vores frihed til at konstruere moralske love og påføre disse som love eller pligter på os selv og vores handlinger ud fra princippet: Gør ved andre, hvad du ønsker, de skal gøre ved dig (Yoak & Brydon-Miller, 2014).

John Stuart Mills (utilitarianism fra 1861) har et mere socialt fokus og et fokus på utilitarisme eller nyttelæren, dvs. at den moralske handling skal vurderes efter, hvad der gør mest godt for flest mennesker og implicerer, at ”målet til dels helliger midlet” (Yoak & Brydon-Miller, 2014:308).

I nyere tid har forskere som Hanne Arendt (Arendt, 1998), Bent Flyvbjerg (Flyvbjerg, 2002) og Olav Eikeland (Eikeland, 2008) inddraget et phronetisk forskningsperspektiv, og sociologen Søren Juul har udviklet et dømmekraftbegreb, baseret på et perspektiv, hvor han kombinerer Bourdieus habitus og praksisbegreb med Aristoteles’ phronesis. Dette vender jeg tilbage til.

De etiske og moralske overvejelser er anvendelige også i dag, idet de hjælper os til at kritisere vores handlinger over for andre. Etik kan referere til et mønster af handlinger og normer (etiske systemer), som danner baggrund for vores handlinger og beslutninger (dømmekraft). Dette er særlig kendetegnende inden for professionsfeltet (Schön, 2001).

Ifølge Aristoteles (Aristoteles, 2000; Eikeland, 2006b; Yoak & Brydon-Miller, 2014) er phronesis en menneskelig søgning mod det gode. Det overordnede etiske spørgsmål for Aristoteles er at finde det gode, som alle mennesker søger, og han eftersøger de menneskelige kvaliteter, der gør os i stand til at nå det gode. Af dette følger, at Aristoteles ønsker både at finde en definition af det gode og en funktionel analyse af, hvordan mennesker kan leve deres liv for at opnå det gode. Aristoteles’ baggrund som biolog medfører, at han i sin filosofiske analyse har en naturalistisk forskningstilgang. Metodisk bruger han observation af menneskers handlinger til at opbygge et moralsk system baseret på, hvad han argumenterer er fundamentalt for den menneskelige natur (Eikeland, 2006b). Hans tilgang til at finde det gode, som vi alle som mennesker søger, er at undersøge vores handlinger, hvad vi gør. Aristoteles anerkender, at der er stor variation og mange mål med menneskelige handlinger, men disse er blot intermediære goder i søgen mod det fælles grundlæggende gode, som alle mennesker søger. Aristoteles konkluderer, at vores endemål for alle handlinger er vores søgen efter velbefindende og lykke – ”eudaimonia” (Eikeland, 2006b; Yoak & Brydon-Miller, 2014). For at opnå det endelige gode

”eudaimonia” skal mennesket opbygge en evne til at træffe rationelle valg baseret på moralsk dyd. Praktiske handlinger koblet med moralsk dyd gør os i stand til at opnå vores menneskelige natur og velbefindende. For Aristoteles er etik mere end at vide, hvad der er moralsk rigtigt, det omhandler også at gøre og leve, at efterstræbe ”eudaimonia” gennem gode handlinger. Lykke kommer gennem dydig aktivitet, og vi opnår velbefindende gennem gode handlinger (Yoak & Brydon-Miller, 2014).

Det er værd at bemærke, at dette endelige gode indeholder aspekter af, og er derfor sammenligneligt med, det nuværende sundhedsfremmebegreb, som det er beskrevet i Ottawa-chartret (WHO, 1986). Det etiske begreb phronesis kan via aktualiserede fortolkninger af ”eudaimonia” bidrage med et teoretisk indspil til sundhedsfremme og empowerment, idet der refereres til, at der altid må forestå konkrete værdi- og afgørelsesdomme baseret på situationens vilkår bag den givne handlen rettet mod et bedre liv. ”Eudaimonia” indeholder også et mere overordnet samfundsmæssigt perspektiv på, hvordan vi bør leve vores liv og indrette vores samfund, baseret på de værdirationelle spørgsmål (Eikeland, 2006b).

NORMATIVITET OG KRITIK

Jeg har i min fortolkning og anvendelse af det aristoteliske begreb phronesis hovedsagelig fundet inspiration hos mere nutidige, og til tider ret uenige, phronetiske forskere, nemlig den norske filosof og Habermas-inspirerede aktionsforsker Olav Eikeland¹ (Eikeland, 2006c, 2007a, 2008, 2014) og den danske Foucault-inspirerede phronetiske socialforsker Bent Flyvbjerg² (Flyvbjerg, 1998, 2009b; Flyvbjerg, 2002, 2012). De to forskere har forskellig teoretisk baggrund for at anvende phronesis i deres forskning, og dette er med til at udvide og nuancere beskrivelsen og anvendelsen af phronesis. I sidste ende er det et forskningsmæssigt og normativt valg, om man mener, at forskning kan tjene et bør bedst ved

- 1 Olav Eikeland (born 1955) Professor of Education and Work Life Research at Oslo and Akershus University College of Applied Sciences. Vice-Dean (R&D) Faculty of Education / Professor of Education and Work Life Research at Oslo and Akershus University College of Applied Science.
- 2 Bent Flyvbjerg is Professor of Planning at the Department of Development and Planning at Aalborg University, Denmark. He is Doctor of Technology and Engineering (Dr.Techn.) and Doctor of Science (Dr. Scient.) from Aalborg University. Bent Flyvbjerg is the first BT Professor and Chair of Major Programme Management at Oxford University and the founding Director of Oxford University's BT Centre for Major Programme Management.

magtkritik, eller ved at indlejre sig i praksis med et kritisk forandringsspektiv, som for eksempel aktionsforskning kan bidrage til. Eller sagt på en anden måde, om man mener, man bedst forstår mulighedsbetingelser ved at stille sig på siden af professioner og borgere, eller om sagen er bedre tjent ved at stille sig radikalt udenfor og diagnosticere. Jeg har som bekendt valgt en deltagende aktionsforskningstilgang, og nedenstående gennemgang skal hjælpe til at verificere denne forskningstilgang på godt og ondt.

Eikeland og Flyvbjerg er enige om, at udgangspunktet for den klassiske phronetiske forskning kan opsummeres i følgende tre aristoteliske, værdirationelle spørgsmål (Eikeland, 2008; Bent Flyvbjerg, 2009b):

1. Hvor er vi på vej hen?
2. Er det ønskeligt?
3. Hvad bør der gøres?

Når disse spørgsmål stilles som forskningsspørgsmål, fungerer de som et spejl på samfundsforskning og den involverede praksis.

De tre værdirationelle spørgsmål stilles selvfølgelig med en bevidsthed om, at der ikke findes et forenet ”vi”, som spørgsmålene kan besvares endegyldigt i forhold til, men, som Flyvbjerg formulerer det, med en forventning om, at phronetiske samfundsforskere forsøger at *”formulere deres partielle svar på spørgsmålene”* (Flyvbjerg, 2001:75).

I mit phronetiske aktionsforskningsspektiv er forskeren aktivt deltagende, og ovenstående værdirationelle spørgsmål bliver ledende på flere niveauer, dels for forskerrollen, dels for forholdet mellem forsker og den udforskede, og ikke mindst i en større betydning for hele forskningsprocessen og den aktuelle kontekst. I mit empiriske nedslag i en planlægningsproces af et sundhedsfremmeprojekt i et udsat byområde i København har den erkendelsesmæssige søgning omhandlet, på hvilken måde det er muligt at understøtte en proces, der giver større velbefindende og lykke, eller sundhed. Forskningstilgangen har et fokus på kapacitetsopbygning og empowerment for både den professionelle praktiker og for borgeren i lokalområdet. I forskningsprocessen er spørgsmålet ”Hvor er vi på vej hen?” blevet stillet tidligt i planlægningsprocessen og har medført en refleksion over den aktuelle praksis og de nuværende sundhedsstrategier, samt effekten af disse.

Er det ønskeligt? Det medfører refleksioner som ”Skal alle være sunde?” ”I hvilken grad?” ”Hvad hvis man ikke har lyst til at fokusere på sundhed, velbefindende og lykke?”

Spørgsmålet ”Hvad bør der gøres?” medfører refleksion over, hvordan jeg som person bedst kan bidrage til at opnå sundhed, lykke og velbefindende for andre i det omfang, det er ønskeligt.

Spørgsmålene bidrager samlet til en kritisk selvrefleksion over egen praksis og måde at forholde sig til andre på, og til samfundsudviklingen generelt.

Stilles spørgsmålene i plenum bidrager de til en fælles problemdefinition og dermed også til mulige alternative løsninger og handlinger i forhold til den aktuelle situation. Dette er i øvrigt samstemmende med C. Wright Mills’ beskrivelser af den sociologiske fantasi og den problemorienterede forskningstilgang, som er beskrevet i indledningen.

Om formålet med samfundsforskningen siger Flyvbjerg endvidere: *”Målet med phronetisk forskning er at producere input til den fortsatte dialog og praksis i et samfund. Ikke at producere en ultimativ, utvetydig verificeret viden”* (Flyvbjerg, 2001:158).

Flyvbjerg, som er en Foucault-inspireret, magtkritisk samfundsforsker, påpeger, at Aristoteles ikke udviklede et magtperspektiv i sin udvikling af begrebet phronesis. Derfor indsætter han et magtspørgsmål til de tre værdirationelle aristoteliske spørgsmål:

.

1. Hvor er vi på vej hen?
2. Hvem vinder, og hvem taber ved hvilke magtmekanismer? (Flyvbjerg, 2001:75)
3. Er det ønskeligt?
4. Hvad bør der gøres?

Eikeland har ikke på samme måde et eksplicit fokus på magt. I stedet lægger han vægt på forskerens deltagelse i organisatorisk læringsudvikling og forandring i et aktionsforskningsperspektiv.

Jeg vil kritisere begge forskere for ikke at have tilstrækkeligt fokus på de stemmer, der ikke er umiddelbart tilgængelige i deres forskningsperspektiv.

I et sundhedsfremme- og et empowerment-perspektiv vil jeg, ligesom den engelske phronetiske aktionsforsker William Simmons i Flyvbjergs bog *Real Social Science: Applied Phronesis* fra 2012, stille spørgsmålene:

5. Who is *aneu logou* (without a voice, Aristoteles' term) in the political community?
6. Are our attempts at empowerment actually perpetuating the hegemonic discourse? (Simmons, 2012: 261 in Flyvbjerg, Landman, & Schram, 2012).

Ad 5: Det er vigtigt at fastholde, at den phronetiske forskningstilgang åbner op for at føre dialog med en "*polyfoni af stemmer*" (Flyvbjerg, 2001:164), hvor ingen, heller ikke forskeren, påberåber sig endegyldig autoritet.

Simmons' egen baggrund for at stille spørgsmålene formulerer han således; "*these questions will be best addressed through a social science that (...) deconstructs the privileging of the researchers role over those in the community*" og han tilføjer; "*The researcher must 'learn to learn from below'*" (Simmons, 2012:261). Spørgsmål nr. 5 bidrager væsentligt til at fokusere på at få de svage eller oversete stemmer frem, som er i fokus i aktionsforskning. De svage stemme kan i mit multilevel-perspektiv fremkomme på flere niveauer, det kan være borgerne, men også for eksempel sundhedsfremmere – både frontline-medarbejdere og sundhedsfremmere i forvaltningerne kan have svært ved at blive hørt i forhold til faglighed og eksisterende magtstrukturer. Simmons' spørgsmål kan bruges selvkritisk til at understøtte en sundhedsfremmende empowerment-proces.

Ved ikke at inddrage et magt- eller et empowerment-perspektiv, eller ved ikke at få hørt aktuelle og berørte stemmer i en aktionsforskningsproces, fremkommer en fare for reproduktion af de eksisterende magtforhold og diskurser.

Ad 6: Den brede definition og forståelse af empowerment-begrebet rejser en åbenlys kritik om afgrænsning af begrebet. Empowerment-fortolkninger i radikal forståelse mister kompleksiteten i årsagssammenhængene og problemstillingerne. Anvendelse af en empowerment-fortolkning kræver tydeliggørelse af hensigt og begrebslig præcision, og i praksis er det vigtigt at holde sig for øje, på hvilken

måde empowerment fortolkes og anvendes. Det er vigtigt at opretholde et selv-kritisk blik og opmærksomhed på forskellige neo-liberale, governmentality- eller instrumentelle udgaver af empowerment i sin egen praksis.

Den danske empowerment-forsker John Andersen har udviklet et begreb, han kalder Transformativ Empowerment. Han pointerer ”*Empowerment er ikke en trylleformular, en manual eller en bestemt metode: empowerment er et ledemotiv, eller grundlagsperspektiv, som altid skal indholdsudfyldes i konkrete kontekster og som sagtens kan indebære dilemmaer*” (Andersen 2011:3).

Med hensyn til beskrivelse af forholdet mellem sundhedsbegrebet og phronesis-begrebet har jeg fundet inspiration hos den danske filosof Ole Fogh Kirkeby, der i en boganmeldelse af Eikeland 2008 beskriver phronesis gennem et andet begreb, protreptic (encouraging), som er en del af phronesis-begrebet, og som jeg mener kan sættes i relation til empowerment-begrebet, som det er formuleret i Ottawa-chartret: ”*In short protreptic is the art of turning, ”trépo”, another person to the essence of his life, and strengthen his awareness of the good. The dialogical capacities of the protreptic speaker spur the listener to reform his life, but not, like the Christian tradition through a revealed and all-excluding “kerygma” but through a non-dogmatic philosophical discourse using the persons own desire to transform himself*” (Kirkeby, 2009:145).

Ligesom inden for empowerment-forskningen er der en mulighed for at anvende begrebet ud fra forskellige ideologier, fx i et marxistisk-frigørende perspektiv (Freire) eller i et neoliberalt-behavioralt perspektiv (Andersen, 2011). Også dette beskriver Ole Fogh Kirkeby: ”*Protreptic, eagerly pursued by great rhetoricians like Isokrates, has no trace to persuasiveness in it, it works at the level of conviction. The person who convinces himself about the importance of taking his own life seriously is reflective. He develops strategies of listening to himself and to others... such a permanent awareness is often called “phronesis” ...or later “practical wisdom”... “sense of judgment”*”(Kirkeby, 2009:146).

Ligesom phronesis er protreptic kritisk, dialogisk og handlingsorienteret: ”*Protreptic – its essence is dialogical, even when it is written, because it is conceived of a mirror. Its other central perspective is that the inquirer can, and ought to learn from the dialogue which he is leading. Here protreptic becomes crucial today both for a re-understanding of dialogical functions in management, consulting, and leadership based coaching, as well as in research*” (Kirkeby, 2009:147).

I projekt ”Lige adgang til sundhed” eksisterede der fra start detaljerede epidemiologiske (u)sundhedstal. En vigtig refleksion, som følger af Simmons’ seks spørgsmål er, om de efterfølgende sundhedsstrategier og empowerment-processer udføres med henblik på at manipulere eller overtale folk til at være sunde for at spare på de offentlige ressourcer eller for at myndiggøre befolkningen?

Det er muligt, at disse processer forløber sideløbende, men i forhold til ulighed i sundhed er det afgørende, at ansvaret for sundhed ikke, som i et liberalt velfærdsregime, placeres hos det enkelte individ (Esping-Andersen, 1990; Fosse, 2011; Vallgård, 2011).

Opsummerende kan phronesis-begrebet bidrage til at danne teoretisk baggrund for empowerment-begrebet, og ikke mindst understøtter phronesis den etiske dømmekraft, der er nødvendig i en empowerment-proces.

Phronesis forsøger ikke at manipulere, at overtale eller at forføre. Gennem en phronetisk proces er hensigten at fremstille sin egen tænkning og bedømmelse af beslutninger og handlinger så åbent som muligt med henblik på bedømmelse af andre, og under respekt for andres autonomi. (Eikeland, 2014).

Phronesis er empatisk og inddrager andres situation følelsesmæssigt, intellektuelt, og forsøger at finde den rigtige bedømmelse af situationen og undgå manipulation. Phronetisk deliberation relaterer sig til selvstændig tænkning ved at give og tage imod råd og vejledning.

PHRONESIS SOM DELIBERATION

I Eikelands fortolkning af Aristoteles’ phronesis er phronesis både etisk og intellektuel, fordi phronesis kræver intellektuel vurdering af en situation. Dette begrundes i, at i en phronetisk vurdering ville man 1) bebrejde en person for at glemme, eller negligere, at inddrage intellektuelle overvejelser i sin omgang med andre mennesker eller at behandle alle på præcis samme måde, uden hensynstagen til omstændigheder eller kontekstuelle forhold; 2) undlade bevidst at deliberere, men det er etisk uforsvarligt; 3) bebrejde en anden for med vilje at bruge sin klogskab uetisk mod andre eller for at manipulere kalkulerende (Eikeland, 2014:625).

Phronesis er en dyd, en virtue, og en menneskelig karakter. Aristoteles' virtue kan sammenlignes med Bourdieus begreb om habitus, i betydningen en tillært evne, en vane eller en praksis, men en virtue er i sin definition den bedste habitus inden for sit felt. (Eikeland, 2014). Phronesis beskæftiger sig med det, vi selv kontrollerer, og det, vi vælger, og ikke mindst måden, vi ræsonnerer og argumenterer i forhold til handling på. Phronesis beskæftiger sig med, hvad der kan forandres, og dette tydeliggøres gennem vores handlinger, og variationen eller afgørelsen af vores handlinger afhænger af vores dømmekraft.

Da handling eller aktion er implicit i begrebet phronesis, er det relevant for aktionsforskning, hvor events eller begivenheder er afhængige af, hvad vi selv gør eller ikke gør, hvad vi selv kontrollerer og beslutter.

Phronesis er derfor ifølge Eikeland en naturlig del af den kendte aktionsforskningscirkel som også henfører til relationen mellem aktion og viden (Eikeland, 2006b, 2014).

Ifølge Aristoteles er der forskellige vidensformer og måder at vurdere og begrunde en handling på. Inden for den positivistiske forskningstradition er deduktion en handlingsmetode. Inden for teknisk videnskab, *techné*, er der tale om kalkulation, og inden for phronesis er der tale om deliberation (Eikeland, 2006b)

Delibererende processer sker ikke kun gennem phronesis. Klogskab og "smarthed" er også delibererende, men de er i deres form mere teknisk kalkulerende end en phronetisk proces, som sker gennem en overvejelsesproces eller en rådslagning mellem deltagerne. Phronesis omhandler dømmekraft til at vælge den mest rigtige måde at handle på i en aktuel situation, hvorimod *techné* er rationalitet uden værdinormer.

Phronesis adskiller sig også fra begrebet retorik. En retorisk proces er ikke i sig selv deliberativ, men omhandler overtalelse og forførelse mod et fastsat mål. Dermed kan retorik i et aristotelisk perspektiv beskrives som *techné*.

Phronesis er open-ended, og ved ikke at have et fastsat mål i forhold til konkrete konklusioner eller bedømmelser er phronesis deliberativ (Eikeland, 2014; Kirkeby, 2009b).

I Eikelands fortolkning af Aristoteles' phronesis er der fokus på, at forskningen rolle må være at begrebsliggøre viden og forstå menneskelige og sociale relationer indefra, i modsætning til teoretisering og "applied" viden, som er tilfældet i Flyvbjergs fortolkning af phronesis, hvor der er tale om et blik udefra. Eikeland kritiserer Flyvbjerg for at have adskilt phronesis fra de andre vidensformer som techné og epistémé, hvorved phronesis bliver en slags rationalitet linket til praksis. Eikeland kritiserer denne applied tilgang, da phronesis ikke kan reduceres til en normativitet tilført socialforskningen eller kan anskues gennem en deling mellem praksis og forskning eller mellem den forskede og forskeren (Eikeland, 2014:623). Da phronesis er situeret og ikke mindst inddrager *egne* omstændigheder og forhold, kan forskeren og den tilhørende forskningspraksis ikke adskilles fra en forskningsproces.

I forhold til et praksisperspektiv er Eikelands mening ikke at forkaste teori, men teorien skal redefineres og sammensættes med et praksisperspektiv.

Begrebet *praxis* set som et fundament for phronesis er mere specifikt og dybt end begrebet *praksis*. "*Praxis forholder seg til **god** praxis som målestokk og standard, slik det blant annet antydes i det engelske «practice makes perfect». Handlingene inneholder målene sine i seg selv slik de gjør når man øver seg for å bli bedre. I praxis er midler og mål formlike. I antikkens filosofi var dette sammenfallet mellom mål og midler også et kjennetegn ved det de kalte «dyder» eller etiske «dyktigheter», mens tekniske handlinger var midler for mål som var helt formulike*" (Eikeland, 2015:5).

I et forskningsperspektiv kan phronesis tydeliggøre et immanent aspekt af professionel praxis, nemlig analyse, overvejelse og justering af den konkrete situation og dens omstændigheder. Dette kan endvidere henføres til det, filosofen og professionsforskeren Donald Schön kalder den reflekterede praktiker (Schön, 1983).

I forhold til phronesis' relation til generel viden er Flyvbjerg og Eikeland altså uenige. I Flyvbjergs "Applied Social Science" repræsenterer phronesis en selvstændig form for værdirationalitet i modsætning til teknisk eller instrumentel rationalitet. Ifølge Eikeland er Aristoteles ret direkte med hensyn til, at phronesis indeholder både generel viden og partikulær viden, idet der er meget generel viden i etisk viden og dermed ikke kun inden for forskning og teorier. Aristoteles fremfører, at phronesis er baseret på *erfaring*, men det er en væsentlig pointe, at det er den samme erfaring, der er baggrunden for alle vidensformerne (Eikeland,

2014:626). Aristoteles har endvidere fremført, at phronesis delibererer midlerne og metoderne, mens virtue formidler målet i en forskningsproces. I det omfang, der behøves generel viden, er spørgsmålet derfor hvilken slags viden. Udfordringer som disse komplicerer, ifølge Eike-land, Flyvbjergs fordringer af phronesis som et selvstændigt alternativ til epistemé (Eikeland, 2006b, 2014).

Viden og læring:

Flyvbjerg fremhæver, at mens epistemé sætter spørgsmålstejn ved *hvorfor*, stiller teknisk viden, techné, spørgsmålstejn ved *hvordan*. Phronesis derimod har ”viden om, hvordan man skal opføre sig under alle mulige omstændigheder, der aldrig kan sætte lig med eller reduceres til viden om almene sandheder. Phronesis er en fornemmelse for det etisk praktiske, ikke en form for videnskab” (Flyvbjerg, 2001:71).

Phronesis fremhæver som beskrevet i det ovenstående en praktisk viden eller ”praktisk visdom”, som Flyvbjerg beskriver således: ”*The practical wisdom seems to have three aspects; it is content, a quality of persons and a form of action. As content, phronesis is resource – a stock of experimental knowledge. As a quality of persons, it is what enables acquisition and appropriate use of that knowledge – a capacity. And as action, phronesis necessarily involves doing something – a practice in which experimental knowledge is both used and gained*” (Flyvbjerg, 2012:4).

Flyvbjerg mener, at phronesis overstiger både analytisk, videnskabelig viden (epistemé) og teknisk viden eller knowhow (techné), da det indebærer etik, domme og handlinger.

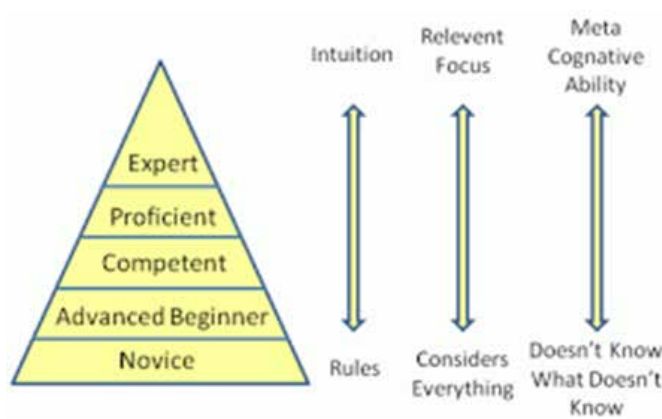
I Eikelands fortolkning af phronesis kan det ikke adskilles fra techné eller epistemé, da de begge danner grundlag for phronesis. Der er derfor heller ikke tale om en afvisning af epistemé, begreberne er lige vigtige i forskellige sammenhænge. Der bliver dermed tale om komplementære vidensformer, og dette medfører ifølge Eikeland, at phronesis ikke skal analyseres for sig selv, men kun i sammenhæng med de andre vidensformer (Eikeland, 2006b, 2008).

Flyvbjergs og Eikelands forskellige fortolkninger af phronesis indebærer, at de to forskere har forskellige syn på sammenhængen mellem phronesis og læring.

Flyvbjerg tager i sit læringsperspektiv udgangspunkt i de amerikanske brødre, filosoffer og læringsforskere Hubert Dreyfus’ og Stuart Dreyfus’ læringsmodel

(Dreufus & Dreufus, 1986) for at forklare, at phronesis skal forstås som praksis-handlinger baseret på intuition og erfaring. Der er fem niveauer i læringsprocessen:

1. Novicer, som handler på grundlag af kontekstafhængige elementer og regler.
2. Avancerede begyndere benytter også situationelle elementer, som de har lært at identificere og tolke på grundlag af deres egen erfaring fra tilsvarende situationer.
3. Kompetente udøvere karakteriseres ved, at de vælger mål og planer som udgangspunkt for deres handlinger. Mål og planer benyttes til at strukturere og oplagre store mængder kontekstafhængige og -uafhængige informationer.
4. Kyndige udøvere identificerer problemer, mål og planer intuitivt på baggrund af deres eget eksperimentelt baserede perspektiv. De intuitive valg holdes i ave af analytisk evaluering forud for den praktiske handling.
5. Endelig er eksperternes adfærd intuitiv, holistisk og synkron, således forstået at en given situation fremkalder et øjeblikkeligt og ikkefasedelt billede af problem, mål, plan, beslutning og handling. Dette er den virkelige menneskelige ekspertises niveau. Eksperter karakteriseres ved en flydende, uanstrengt indsats, der ikke hæmmes af analytiske overvejelser. (Flyvbjerg, 2001:32).



Figur 20: Hubert Dreyfus 'og Stuarts Dreyfus 'læringsmodel (Dreyfus & Dreyfus:1986).

Dreyfus-modellen demonstrerer, at den rationelle tankegang er utilstrækkelig til at vise det totale menneskelige aktivitets spektrum. Modellen kan bruges til at forklare, hvorfor eksperter inden for et felt anvender erfaring og intuition og situationel dømmekraft – phronesis – og ikke udelukkende regler og strukturer

til at udføre en given praksis. Generelt ser Dreyfus handlinger på baggrund af konventioner eller vaner som en regressiv tilbagevenden til de tidligere trin i modellen. Det er gennem dette, Dreyfus og Dreyfus' perspektiv, at Flyvbjerg forsøger at forklare etiske handlinger som baseret på praktisk erfaring fra lignende situationer frem for baseret på universelle regler og principper.

Modellen kan kritiseres for at have et individualiseret blik på læring, og den efterlader ikke megen plads til vigtige parametre som dialog, synergi, kreativitet, intuition og innovation. Flyvbjerg kritiserer selv Dreyfus-modellen for at være mangelfuld, når det kommer til kreativitet og fornyelse. Han forklarer, at logikken bag modellen er mangelfuld, idet det er umuligt at finde på noget nyt, hvis menneskets udøvelse af færdigheder altid baserer sig på genkendelse af allerede eksisterende situationer.³ Derfor har Flyvbjerg i artiklen "Rationalitet, intuition og krop i menneskets læreproces" fra 1990 udviklet modellen med et 6. trin: *fornyelsen*. *Fornyelsen* skal ses som en udbygning af ekspertens niveau. Den væsentligste forskel fra eksperten, som var karakteriseret som en person, der *udgør* "state-of-the-art" inden for et givent felt, er, at fornyeren er innovativ og *definerer*, "det nye" og *indholder* i, hvad "state-of-the-art" er og indebærer (Bent Flyvbjerg, 1990).

Flyvbjerg arbejder i sin phronetiske tilgang videre ud fra denne model, men jeg vil mene, at perspektivet i en phronetisk sammenhæng kan udvides, idet hovedspørgsmålet vel må omhandle: Hvad leder til "den gode handling"?

I denne forbindelse vil jeg beskrive en kritik af Dreyfus og Dreyfus' læringsmodel, som kommer fra en amerikansk filosof, Shaun Gallagher, der inddrager et mere socialt aspekt på sammenhængen mellem læring og phronesis. Gallagher ønsker at vise, hvorledes moralsk personlighed er betinget af både kropslige og sociale aspekter ved den menneskelige eksistens. Gallagher mener ikke, at man behøver at gennemgå de første trin i Dreyfus' model for at nå til ekspertise. Det sociale udgør for Gallagher en intermediær position, hvor ekspertisen i højere grad end regler (det rationalistiske argument) og kropslighed (den intuitive ekspertise) hviler på en social interaktion (inter-kropsligheden). For Gallagher er det sociale således en primær dimension, der allerede er indbygget i al kropslig aktivitet, og ikke blot et kommunikativt fænomen, der bygger oven på kropsligheden. Pointen er, at vi fra første færd er sociale, hvorfor kroppen altid vil være en kulturel krop. I den

3 Bent Flyvbjerg, Rationalitet, intuition og krop (arbejdsnotatversion 1.2), s. 35

etiske kontekst benytter Gallagher desuden Aristoteles' skelnen mellem *phronesis* og klogskab (*cleverness*) til at skelne mellem *phronesis* og ekspertise. Eksempelvis kan man være en ekspertterrorist, hvilket intet har med *phronesis* at gøre. Gallagher påpeger endvidere, at etisk ekspertise kan bruges til at handle uetisk, mens *phronesis* altid vil rumme det gode. Det hænger sammen med, at *phronesis* har selvet (subjektivitet/egne gode handlinger) som specifikt mål og derfor ikke rummer samme objektivitet som ekspertise (Gallagher, 2007).

For at modsvare denne kritik, og for at applikere et etisk domæne, udvider Dreyfus og Dreyfus selv deres læringsmodel med et 6. trin, som benævnes mestring (*mastery*). For både eksperten, trin 5, og mesteren, trin 6, gælder det, at den moralske handling er en intuitiv handling i situationen. Forskellen på dem er, at mens ekspertens adfærd er en umiddelbar handlingsrespons i den specifikke situation, er mesterens handling derimod kendetegnet ved en umiddelbar respons til en holistisk og meningsfuld kontekst. At gå fra etisk ekspertise til etisk mestring kræver øget involvering, samt en dybere og bredere forståelse for helheden. Denne distinktion, hævder Dreyfus og Dreyfus, er central i et fænomenologisk begreb om moralsk personlighed, og den gør, at den fænomenologiske forståelse af etisk mestring kan sidestilles med Aristoteles' begreb om *phronesis*. (Dreyfus & Dreyfus, 1984).

Eikeland har et kollektivt og interaktivt perspektiv på sammenhængen mellem *phronesis* og læring. Han kritiserer Flyvbjerg for overfladisk læsning og fortolkning af *phronesis*-begrebet: "*Flyvbjerg's concrete work, documented in Volume 2 of his Danish book from the early 1990s, is definitely praiseworthy and interesting in many respects. But it hardly amounts to Aristotelian phronesis*" (Eikeland, 2006:316). Eikeland kritiserer Flyvbjerg for: "*the neglect of several central intellectual virtues, including dialogue, and not the least the relationship between ends and means*" (Eikeland, 2006: 316).

Deliberation og dømmekraft om grundlag for handling kræver både evnen til at gennemskue situationen og evnen til at bringe relevante erfaringer og praktisk formåen i spil i den aktuelle situation (Eikeland, 2008). Eikeland er enig i, at en "virtue" eller dyd kan deles i to, altså i en intellektuel og i en etisk dyd, og at begge skal udvikles før "ekspertniveau", men i Aristoteles' *phronesis* er der ikke tale om en opdeling af vidensformerne, og de udvikles ikke *kun* gennem dialog eller vidensstilførsel – dette ville indebære, at der udelukkende er tale om en intellektuel

dyd. Derimod sker læring også gennem socialisation og lære fra andre (virtuoser) – altså i et community-perspektiv (Eikeland, 2008:186ff). Dette læringsbegreb kan sammenlignes med Wengers læringsbegreb og hendes beskrivelser af praksisfællesskaber (Wenger, 1998).

Eikeland beskriver læringsprocessen som et kontinuum fra en aktiv til en passiv form: *“On the more active end, are situated praxis (doing), poiesis (making) and khresis (using), where on the more passive end of the continuum are knowing through pathos – that is, passivity, receptivity, and reactivity between more active and more passive ways in which the ‘knower’ relates to that which is ‘known’”* (Eikeland, 2008:81).

Khrêsis beskriver den aktive del af læringen, eller handlingen. Den passive del – at vide gennem pathos – sker gennem passivitet, gentagelse og at betragte fra afstand. Pathos beskrives ofte som en passiv læringsform, men den er også aktiv i den forstand, at der er tale om aktivitet i forbindelse med læring på afstand (Eikeland, 2008). Dette perspektiv kan også jävnføres med Lave/Wengers begreb om situationel og perifer læring (Lave & Wenger, 1991).

Eikeland tager udgangspunkt i Aristoteles’ komplementære og detaljerede syn på vidensparadigmerne. Der findes i den aristoteliske filosofi flere teoretiske og videnskabelige måder at vide og lære på, dvs. praktiske, intuitive og ikke mindst både stiltiende og dialogiske, og han påpeger, at videnskabelse kan ske indefra og nedefra i en dialogisk og deliberativ form (Eikeland, 2012).

En phronetisk læringsproces er altså mere end en intellektuel dyd: *“Phronesis is not the kind of virtue which can be developed through discussion, lecturing, and knowing alone”* (Eikeland, 2008:186), men phronesis skal udvikles gennem socialisering og læring fra og gennem andre rollemodeller. *“Aristoteles is clear that virtues are not present from birth, but need to be carefully cultivated (...) this is why community is so vital to the development of phronesis”* (Ladkin, 2010: 446). Dermed er der i Eikelands fortolkning af phronesis tale om et mere kollektivt læringsbegreb, der udvikles gennem socialisering, og det er ikke adskilt fra teorien eller intellektet.

Aristoteles opdeler ifølge Eikeland teoretisk viden i to begreber: theôria og theôrêsis, hvor: *“theôrêsis aims at representing and modelling from the outside and, as “applied”, at intervening, controlling, and manipulating technically. It also results in hierarchies among knowledges and knowers. Theôria, however, is about proceeding from within*

an activity, making its “grammar” explicit, opening new possibilities for action, and informing mindful, caring, and wise conduct” (Eikeland & Nicolini, 2009:9). Det er denne skelnen mellem styrende eller deliberativ viden, eller mellem repressiv og positiv forandringsviden, som en foucaultiansk forskningstradition mangler.

Det aristoteliske vidensperspektiv, theôria, indebærer dermed, at viden ikke er, hvad vi normalt eller traditionelt betragter som vidensformer. Boksning, musik og grammatik er også former for videnskabelig viden, fordi der er en stabilitet og regelmæssighed til stede (Eikeland, 2008). Grammatik er i sin funktion beskrivende, analytisk og normativ, idet der eksisterer faste standarder for korrekt tale og skrift. Viden i grammatik er baseret på dels en praktisk kompetence og dels på de mønstre og strukturer, der forekommer i skriften og i sprogbruget. Grammatikken skal ikke udelukkende forstås som en samling regler, men også som en kontekstuel og subjektiv artikulation af et sprog: *“In some sense, then, we are internal to grammar, or grammar is internal to us. Grammatical knowledge coordinates aspects of our practice, and all language users – the practitioners – have the same relationship to grammar as their theory, somewhat like the relationship between researchers and their research methodology. We may be novices or experts in using the language and at different levels of tacitness or articulation of the common forms. But as practitioners, we have grammar in common, and we relate to the grammar of our spoken language as equals”* (Eikeland & Nicolini, 2009:8).

I Eikelands fortolkning af phronesis er der en flydende overgang mellem vidensformerne, og vidensproduktion bliver internaliseret gennem *anvendelsen* af teorien. Eikelands læringsforståelse er mere baseret på kollektiv læring og interaktion, dels mellem vidensformerne og dels mellem teori og praksis, inddragende de forskellige institutionaliserede måder at tænke og praktisere på. Det er også vigtigt at bemærke at i en aristotelisk forståelse er vidensformerne teoretiske, fordi principperne, bevægelserne og forandringerne sker ”indenfor” i subjektet eller i praksis, og ikke som noget udefrakommende og applikeret.

Eikeland ser altså phronesis-processer som udviklende indefra og nedefra (Eikeland, 2006c), i modsætning til Flyvbjerg, der ser phronesis som *“applied social science”*. (Flyvbjerg, 2012).

I Eikelands fortolkning af Aristoteles’ phronesis skulle teori og praksis aldrig have været adskilt. I denne forbindelse henviser Eikeland til et andet af Aristoteles’ be-

greber, gnoseology, som er vigtigt, fordi det besvarer spørgsmålet *"Through what kind of knowing might phronesis be engendered?"* Bredt formuleret er gnoseology en teori om viden, hvor epistemologi er videnskabelig viden. Det kan også formuleres sådan, at gnoseologi er epistemologi plus viden om kontekst, historie, psykologi, dømmekraft og handling (Eikeland, 2007a). Gnoseology sammenkæder vidensproduktion mellem objektiv og subjektiv viden, og begge vidensformer arbejder sammen mod praktisk, politisk og etisk vidensgenerering (Eikeland, 2008:24). Eikeland er som aktionsforker interesseret i gnoseologi, da det forbinder viden og handling, og han argumenterer for *"a turn to practice"* (Eikeland, 2007:344). Som arbejdslivsforsker fokuserer Eikeland på efterspørgslen efter organisatorisk *"praxis forskning"*, som kan facilitere den nødvendige omstrukturering af organisatorisk forskning og indbefatte en systematisk læring i arbejdslivsorganisationer (Eikeland, 2007a).

PHRONESIS I ET FORSKNINGSPERSPEKTIV

I den seneste udgave af *"The Sage Encyclopedia of Action Research"* argumenterer aktionsforskerne Stuart D. Yoak og Mary Brydon-Miller for aktionsforskningens rolle i forhold til etik og nyttelæren. De beskriver, at aktionsforskning kan, i hvert fald store dele af den, beskrives gennem en fælles vision om at fremme værdier og moralsk stillingstagen, hvilket inkluderer, a) respekt for andres viden og erfaring (Aristoteles og Kant), b) et fokus på demokratisk proces og deltagelse (Mill) og c) en forpligtigelse til at arbejde for lighed og social retfærdighed i vores egen omverden (community) og i et globalt perspektiv. De siger endvidere, at udførelsen af en aktionsforskningsproces *"reflects an Aristotelian emphasis on the moral qualities of mentors in scientific research and the integrity and moral character researchers demonstrate in interactions with participants and the communities in which they work...(and).. ethical models can help us identify situations in which values conflict, for instance, when acting on the researcher's interest to improve overall social welfare may injure a volunteer and violate the duties to a community"* (Yoak & Brydon-Miller, 2014:309).

RATIONALISME VS. RELATIONISME

Både Flyvbjerg og Eikeland er enige om, at al forskning er normativ. Der er ingen spørgsmål, der kommer intetsteds fra. Begge tager kritisk afstand fra positivismens dominerende position i den postmoderne socialforskning internationalt, og begge ser en phronetisk tilgang som en mulighed for at forny samfundsforskningen. Phronesis-perspektivet er normativt i sit udgangspunkt, fordi det beskæftiger sig med understøttelsen af, og analysen af, menneskelige formålsrettede handlinger, dels set indefra i et medforskningsperspektiv og set udefra i kritisk forståelse. Værdirationaliteten kommer til udtryk gennem vurdering af, om en handling er god eller dårlig for mennesket - jævnfør Aristoteles' tre værdirationelle spørgsmål. På den måde kan phronesis ses som det reflektive grundlag for en normativ handling, der er baseret på værdier: *"Med Aristoteles' ord er phronesis en 'sandhedens tilstand, ræsonneret og egnet til handling i forhold til ting, der er gode eller dårlige for mennesket"* (Flyvbjerg, 2001b:12). En nyfortolkning af phronesis kan, ifølge Flyvbjerg, genindsætte samfundsvidenskaben i dens klassiske rolle som en praktisk, intellektuel aktivitet, der fokuserer på at tackle de problemer og muligheder, vi møder som mennesker og som samfund, og på at bidrage til den samfundsmæssige og politiske praksis. Dermed er phronesis særlig vigtig, fordi det er den intellektuelle aktivitet, hvormed instrumentel rationalitet styres af værdirationalitet, og fordi en sådan styring er af afgørende betydning for borgernes velfærd i et samfund (Bent Flyvbjerg, 2009b).

Et eksempel på instrumentel rationalitet i for eksempel sundhedsvæsenet er den massive implementering af styringsmæssige standarder, som for eksempel ses i forbindelse med nedsættelsen af ventetider på behandling. Standarderne har efter hensigten hjulpet til forenkling og gennemsigtighed med den udførte pleje og behandling, men har samtidig en tendens til at overse behovet for koordinering, især hvis patienter med flere diagnoser er inddraget i forskellige behandlingsforløb samtidig. Endvidere overses den faglige refleksion, der medfølger komplicerede patientforløb, og sidst, men ikke mindst, overses det, at patienten måske ikke er bedst tjent med, eller kan overskue, et hurtigt behandlingsforløb.

Et andet praksiseksempel⁴ kan hentes fra den direkte patientpleje, som jeg selv har oplevet i mit tidligere virke som intensiv sygeplejerske, hvor for eksempel en læge på en intensiv afdeling er forventet at bedømme og handle ud fra evidensbaseret viden

4 Eksemplet er hentet fra min egen tidligere praksis som intensiv sygeplejerske.

og rationalitet, i nogle tilfælde måske endda at holde følelserne udenfor. I langt de fleste tilfælde er dømmekraften i de kontekstuelle situationer et spørgsmål om at betragte situationen ud fra sin helhed, inklusive evidensbaseret viden, egne tidligere erfaringer med lignende situationer og også kultur, værdier og følelser, såvel egne som pårørendes, og ikke mindst patientens følelser og ønsker for et fremtidigt liv.

Det overordnede problem er, at de værdimæssige problemstillinger og phronesis ikke anses for videnskabelige og derfor ikke bliver inddraget eller tydeliggjort i de beslutninger, der ligger til grund for handling. I stedet anses rationelle, værdifrie, evidensbaserede beslutninger som de rigtige på trods af, at de sjældent inddrager nogen form for helhedstænkning eller kompleksitet. Den instrumentelle fortolkningssituation medfører, at et vigtigt aspekt af den daglige dømmekraft forbliver usagt, utydeliggjort og afhængig af den enkelte beslutningstager, eller af de vedtagne standarder for pleje og behandling. Den instrumentelle rationalitet hersker over værdirationaliteten, men dette er nødvendigvis hverken effektivt eller fornuftigt og ikke etisk eller moralsk forsvarligt.

Teoretisk bliver ovenstående eksempler på (værdi)rationalitet også et spørgsmål om relationisme vs. rationalisme.

For at anskueliggøre denne dualisme har jeg i det nedenstående taget udgangspunkt i en artikel fra 2014: "*Reflections on phronetic social science: a dialogue between Stewart Clegg, Bent Flyvbjerg and Mark Haugaard*", hvor forfatterne (der alle beskæftiger sig med magt, men fra forskellige perspektiver) diskuterer spændingen mellem relationisme og rationalisme. Forenklet beskrevet refererer rationalisme til enten absolutter eller instrumentelle individuelle domme, mens relationisme ser vores rationaler som indlejrede i et tidsmæssigt (kontekstuel) felt som vores domme er afstemt i forhold til.

-
- 5 Stewart Clegg (A), Bent Flyvbjerg (B) and Mark Haugaard(C):A-Centre for Management and Organisation Studies, University of Technology, Sydney, Australia; B-Saïd Business School, University of Oxford, Oxford, UK;C- School of Politics,National University of Ireland, Galway, Ireland. Clegg, Flyvbjerg and Haugaard debate the strengths and weaknesses of a Foucauldian–Nietzschean critique of power compared to a tradition exemplified by Lukes and Habermas. Flyvbjerg and Clegg argue that the pursuit of universal normative principles and of rationality without power may lead to oppressive utopian thinking. Drawing on the Aristotelian tradition of phronesis, they propose a contextualist form of critique that situates itself in analysis of local practices to render domination transparent and open to change (Clegg et al., 2014).

Forfatterne i artiklen er den australske sociolog og organisationsforsker Stewart Clegg, Bent Flyvbjerg som er en dansk Foucault inspireret planlægnings- og samfundsforsker, og Mark Haugaard er professor i politisk og sociologisk forskning, og hans teoretiske udgangspunkt er ligesom Eikelandts funderet i Kritisk teori via Frankfurterskolen.

Flyvbjerg beskriver i artiklen relationen mellem relationisme og rationalisme som en kunstig dualisme: *"such dualisms simplify things conceptually but with little reference to actual phenomena. Foucault's insight is that the horns of dualism can be avoided by contextualism"* (Clegg et al., 2014:7). Ligeledes har Flyvbjerg tidligere begrundet sin normativitet via et kontekstuel perspektiv: *"Foucault's norms are contextually grounded - the norms cannot be given a universal grounding independent of those people and that context, according to Foucault"* (Flyvbjerg, 2012:8).

Gennem artiklen debatteres også en uenighed i anvendelsen af kritik og normativitet, en uenighed, som udspringer af forskellige teoretiske perspektiver, som videnskabsteoretisk kan henføres til en forskel mellem Foucault og Habermas. Ud fra et kritisk teoretisk standpunkt, og også ud fra Eikelandts fortolkning af phronesis, kritiseres Foucault for at være normløs i den forstand, at han ikke tager stilling til, hvad der er godt eller skidt for mennesket, men "kun" dekonstruerer eksisterende magtforhold. Haugaard kritiserer i artiklen Foucaults kritiske standpunkt for at være *"cryptonormatively, in the sense that Foucault expects his readers to supply the normative evaluation"* (Clegg et al., 2014:17).

Dertil svarer Flyvbjerg: *"Foucault said explicitly about norms that he thought (a) nobody has ever demonstrated that universal norms for justifying human action exist, and we are therefore better off proceeding as if they don't if we want to get our analyses right, and (b) nevertheless, humans, including Foucault, are perfectly capable of normative action"*. (Clegg et al., 2014:13).

Flyvbjerg argumenterer herefter imod "universal norms", som han henfører til Marx og hans totalitære utopier: *"The norms cannot be given a universal grounding independent of those people and that context, according to Foucault. Nor would such grounding be desirable, since it would entail an ethical uniformity with the kind of utopian-totalitarian implications that Foucault would warn against in any context, be it that of Marx, Rousseau or Habermas"* (Clegg et al., 2014:8). Haugaard argumenterer i artiklen for, at det ikke er utopien i sig selv, der er et problem, men at det

er en universel utopisk moral, der puttes ned over det hele, som det desværre er set inden for den marxistiske tænkning, der er farlig. Haugaard argumenterer for, at Habermas' beskrivelser af "*ideal speech*" skal forstås ligesom idealtyper og ikke utopier eller generaliserbare fortolkninger, men snarere som essensen af teoretiske abstrakte principper. (Clegg et al., 2014:18).

På samme måde diskuteres utopier, som Flyvbjerg mener "*endager democracy not empower it..(.)*. og dermed er farlige: "*History teaches us that utopian thinking that assumes evil away typically gives free rein to evil. This is why Nietzsches (1968, pp 192-193)⁶ emphatically says; perhaps there has never been a more dangerous ideology... than this will to good*". *From this point of view the ideas of Mark (Haugaard) and Habermas are part of the problem not the solution...the primary task is to reduce the scope for evil, not to increase the opportunity for utopia, be it discourse ethics or any other ideal construct*" (Clegg et al., 2014:28).

I sin respons til dette fremfører Mark Haugaard, at Flyvbjerg er "crypto-normativ og bruger crypto-truth-argumenter, idet der immanent i Flyvjergs forskningstilgang er både en kamp mellem "*truth against domination*" og normative handlinger, men at disse handlinger er negligeret med teoretisk henvisning til Nietzsches radikale kontekstualisme. Endvidere proklamerer Haugaard: "*Like you I hate utopian projects and one of the defining characteristics of utopian projects is the self-exceptions. Claiming to critique domination without making explicit your own normative foundations, or claiming to make the practice of others transparent while claiming that you are not yourself making, constitute self-exception and self-deception*" (Clegg et al., 2014:16).

Haugaard pointer her vigtigheden af at reflektere over og tydeliggøre ens eget normative standpunkt og dets ophav. I et phronetisk perspektiv med indlejret refleksivitet omkring det normative afsæt og med situerede værdidomme, fremkommer et spejl på forsknings- og praksisprocessen, jævnfør aristoteliske værdirationelle spørgsmål. Dette vil i sidste instans påvirke og begrunde den situerede dømmekraft, hvilket er afgørende for, hvorledes den dominerende magt bliver vurderet, praktiseret eller ændret.

6 Nietzsche, F. (1968). *The will to power*. New York. Vintage Books

Haugaard, Clegg og Flyvbjerg har alle et magtperspektiv og er enige om at der ikke er noget magtfrit rum eller en magtfri kontekst. Men Haugaard pointerer at magt ikke nødvendigvis er negativt, men at magt også er en positiv kapacitet til handling, som ikke behøver at medføre dominans eller magt over andre (Clegg et al., 2014:16). Dette er et vigtigt aspekt, da et dominans- magtperspektiv kan overskygge den positive effekt der kan ligge i for eksempel phronesis, eller empowerment.

På trods af ovenstående artikels titel, som indeholder phronesis "*reflections on phronetic social science*", indeholder artiklens diskussion ikke et særlig tydeligt phronetisk perspektiv. Artiklen indeholder et perspektiv på magt og normer, og dermed værdier. Men ikke dialog, aktion eller interaktion, som er også er indbefattet i phronesis.

Denne kritik bliver også behandlet i artiklen fra 2013 af Flyvbjerg, Landman og Schram; *Tension Points in Real Social Science: A Response* (Flyvbjerg, Landman, & Schram, 2013). Her svarer de tre forfattere⁷ på kritiske spørgsmål, som er fremkommet i efterforløbet af udgivelsen af "*Real Social Science: Applied phronesis fra 2012*". Artiklen omhandler hovedsagelig tre hovedkritikpunkter.

Det første kritikpunkt drejer sig om forholdet mellem forsker og praksisfeltet og om opnåelse eller mangel på opnåelse af gensidig forståelse og interaktion. Til dette kritikpunkt svarer Flyvbjerg et al.: "*For us, the notion of mutual understanding in phronesis is the understanding among the reference group to which the researchers consider themselves to belong, i.e., the group that shares the same concerns as the researchers; and this group may or may not include actors*" (Ibid: 759, min fremhævelse af tekst). Der er altså ikke behov for at skabe en gensidig forståelse mellem forskning og praksis!

Jeg vil fremhæve, at der oven i dette er en fare for at reproducere egen forståelse eller forskergruppens forståelse af eksisterende problematikker på grund af den manglede interaktion med andre forskningsperspektiver eller interesser, og endvidere vil jeg fremhæve, at der er en fare for at få empirien til at passe til det teoretiske perspektiv, og ikke omvendt.

7 Todd Landman er "Executive Dean for the Faculty of Social Sciences at the University of Essex"- Forskningsmæssigt har han beskæftiget sig med velfærdspolitik, lovgivning og menneskerettigheder. Sanford Francis Schram er Professor of Political Science Hunter College, USA. Forskningsmæssigt har han beskæftiget sig med politik, velfærd og fattigdom

Det andet kritikpunkt, som behandles i artiklen, er sammenhængende med det første og vedrører forholdet mellem teori og praksis og faren for reifikation (tingsliggørelse/objektivering af forskningsfeltet), som fremkommer via Foucaults og Flyvbjergs observerende metodologi. Flyvbjerg et al. peger også her på kontekstualiseringen som et modsvar på reifikation, og han fremhæver vigtigheden af at negligere “reified models”, forstået som universelle modeller. I stedet påpeger han vigtigheden af at undersøge den situerede praksis: “*social science is how people on the ground are experiencing social relations, and this is not reducible to abstract, universal causal models*” (Ibid: 759). Flyvbjerg et al. medgiver dog, at forskningen skal være opmærksom på reifikation, og at dette sker således: “*if we take this tension point seriously, it can move phronetic social science forward by making the clash of interpretations (within a political community or social setting, but between researchers and the people being studied) a key focus for getting at what impedes action to address a problem*” (ibid:759). Reifikation modvirkes gennem tydeliggørelse af tension points mellem forsker og de forskede, set ud fra en observerende forskerrolle.

Det tredje og sidste kritikpunkt vedrører det normative standpunkt i Flyvbjergs phronetiske forskning, hvor han kritiseres for ikke at eksplicitere. Flyvbjerg henviser igen til, at det normative standpunkt er baseret på at tydeliggøre enhver dominerede magt, der forhindrer det gode liv, og han pointerer, at i stedet for at vurdere og vælge side skal forskningen: “*...stick simply to trying to offer a clear understanding of what is being studied*” (Ibid:759), og han henviser til Foucaults “*discursive practices*”, som viser, hvordan teori overlapper praksis og omvendt (Ibid:759).

På trods af ovenstående kritikpunkter og den analytiske afstand mellem forskning og praksis siger Flyvbjerg, at: “*målet med phronetisk forskning er at producere input til den fortsatte dialog og praksis i et samfund*,” (Flyvbjerg, 2001:158) og Flyvbjerg pointerer, at: “*Samfundsvidenskabernes formål er ikke at udvikle teori men at bidrage til samfundets praktiske rationalitet ved at klargøre, hvor vi befinder os, hvor vi på vej hen, og hvad er ønskeligt i henhold til forhold til forskellige værdisæt og interesser. Målet med phronesis er at bidrage til samfundets evne til værdirationel overvejelse og handling, bidraget kan være en kombination af konkret empirisk analyse og praksis-filosofiske overvejelser, ”filosofisk feltarbejde”, som Bourdieu kalder det*” (Flyvbjerg, 2001:197).

Eikeland's kritik af Flyvbjerg:

Eikeland kritiserer, som tidligere anført, Flyvbjergs fortolkning af phronesis for at være overfladisk. I en boganmeldelse af Schram og Caterino "*Making Political Science Matter*" (Eikeland, 2006a), som Eikeland anser for at være en videreførelse af Flyvbjergs tidligere forskning, siger han: "*In my opinion, the whole philosophy of Aristoteles – including *phrónêsis*, a more adequate conception of *epistêmê*, dialogue, experience, and more – is relevant for considerable more radical critique of the institutionalization of modern social science*" (Eikeland, 2006a:318).

Eikeland peger på nytten af en udvidelse af en diskussion rejst i bogen af Caterino omhandlende et kritisk udgangspunkt funderet i "*strategic power*" i modsætning til "*communicative power*". Eikeland fremfører det vigtige i, at en transformation stammende fra "*communicative power*" er baseret "*in the self-critical and self-transcending capacity inherent in language-use as such*" (ibid:318). Dermed påpeger Eikeland, at phronesis er baseret på dialog, og dette perspektiv gør phronesis vigtig i sammenhæng med aktionsforskning. Endvidere kritiserer han Flyvbjerg for: "*He encroaches upon the fields and history of action research without recognizing it at all, and he is so superficial in his reading of Aristoteles that his co-called "phronetic social research" hardly resembles anything found in Aristotle, in spite of his use of Aristotle as its major justifier*" (Eikeland, 2006a:315).

Det sidste kritikpunkt, jeg vil medtage her, er Eikeland's kritik af Flyvbjergs anvendelse af mål og midler i en forskningsproces: "*To take *phrónêsis* as a form of rationality deliberating about values and interest without discussing the large number of places where Aristotle emphasizes that *phrónêsis* and deliberation is about means, not about ends, is also simply to skip the real difficulties in the concept*" (Eikeland, 2006a:317).

Eikland fremhæver, at phronesis er evnen til at reflektere over egen praksis, og det er præcis dette, der gør den relevant for aktionsforskning.

På trods af, at selve phronesis-begrebet indeholder handling og er rettet mod det mulige⁸, og på trods af, at Flyvbjerg i sin praktiske forskningstilgang har spor af en aktionsforskningstilgang, idet han for eksempel i Ålborg-casen handler aktivt over for rådmandens kritik af manglende dokumentation og afleverer bunker af skriftlig dokumentation, eller i samme case, hvor der oprettes nye planlægningsstrukturer som et demokratisk alternativ til handelsstandsforeningens lobbyvirksomhed (Bent Flyvbjerg, 2001). På trods af dette afviser Flyvbjerg aktionsforskning eller andre handlingsorienterede tilgange og fastholder en analytisk (men engageret) afstand til sit forskningsfelt (Clegg et al., 2014).

Overordnet kan en af de afgørende forskelle mellem de to forskere føres hen til forståelsen af phronesis som *applied* social science i Flyvbjergs perspektiv, eller i Ekelands perspektiv, hvor phronesis simpelthen er selve forskningsgrundlaget, som understøttes af en aktionsforskningstilgang. De forskellige perspektiver får indflydelse på forskerrollen og det analytiske perspektiv.

PHRONESIS, FORSKERROLLEN OG ANALYTISKE PERSPEKTIV

Flyvbjergs forskerrolle og analytiske perspektiv:

I Flyvbjergs *Reflection on phronetic social science* har forskeren en analytisk afstand til sit forskningsfelt, men involverer sig med praksis og beskæftiger sig med værdier som udgangspunkt for praksisanalysen. Et vigtigt analytisk grundlag er, at værdier og menneskelig adfærd må sættes i relation til den specifikke kontekst med case-studiet som metodisk forskningstilgang (Flyvbjerg, 1988; Flyvbjerg, 2001, 2011).

1. Forskeren er både involveret i og delvist produceret af de samme kulturelle praksisser, som de studerer. Derfor kan forskeren ikke stille sig helt uden for det, de studerer; de er imidlertid heller ikke identiske med det.
2. Praksisser – ”det, der gøres” – er mere fundamentale end diskurser, herunder teori og teoretiske diskurser. Praksisser forstås her som ”en måde, hvorpå

8 ifølge filosofen Ole Fogh Kirkebys fortolkning af Aristoteles er den teoretiske fornuft som klar viden rensat for sansningen i modsætning til den praktiske fornuft, som er rettet mod det mulige. (Kirkeby, 2009a)

man kan handle og tænke samtidig”.

3. Betydningen af diskurserne kan kun forstås som en del af samfundets igangværende historie. (Flyvbjerg, 2001: 136).

Phronetiske forskere udsøger sig, i Flyvbjergs fortolkning, bevidst informationer til at forklare spørgsmål om, hvilke strukturelle faktorer der har indflydelse på individers handlinger, hvordan disse handlinger konstrueres, og hvilke strukturelle konsekvenser de har. Phronetisk forskning fokuserer dermed både på aktør- og struktur-niveauet og også på relationen mellem niveauerne. Aktørernes praksisser studeres, og de analyseres i relation til strukturerne i et perspektiv inspireret fra Bourdieus begreb on habitus og det, han benævner; ”*internalisering af eksternaliteten og eksternaliteten af internaliteten*” (Bourdieu citeret fra 1977:72 i Flyvbjerg, 2001:162).

Flyvbjergs forskerrolle er ligesom Foucaults i et ydre forhold til sit forskningsfelt. Flyvbjergs phronetiske metode er baseret på at identificere ”tension points”, som tydeliggør, hvordan eksisterende magtforhold forhindrer, at kontekstuelle problemer kan adresseres. Tension points kan beskrives som spændinger eller sammenstød for eksempel mellem perspektiver, diskurser eller forskellen på, hvad der siges og gøres i praksis. Flyvbjerg sammenligner tension points med små, skrøbelige frakturer i en solid sten og beskriver arbejdet med tension points som: “...*splitting a rock with a carefully aimed moderate blow that hits a point of fracture, thus splits the rock with a minimum of effort*” (Flyvbjerg, 2012:100), og han uddyber: “*these lines of fragility takes place through the problematisation of points of discourse in a manner that brings about a state of affairs whereby taken-for-granted reality becomes problematised, so that it can no longer be taken for granted as the natural order of things.*” (Flyvbjerg, 2012:290), og han fortsætter med henvisning til Foucault: “*The objective of problematisation of tension points is precisely to bring about that practitioners no longer know what to do, so that the acts, gestures, discourses that then had seemed to go without saying become problematic, difficult, dangerous*” (Michel Foucault citeret i Miller 1993: 235 i Flyvbjerg, 2012:290).

Tydeliggørelser af tension points vil dermed medføre refleksion over den praksis og habitus, der eksisterer inden for et forsknings- og praksisfelt. Der er i Flyvbjergs perspektiv tale om en dobbelt hermeneutik, dvs. en selvfortolkning hos de mennesker, forskningen beskæftiger sig med, og deres relation til kontekst samt deres forståelse for handling. Der er tale om en vis observerende afstand til forsknings-

feltet, men forskeren er samtidig både involveret i, og delvist produceret af, de samme kulturelle praksisser, som de studerer. Derfor, siger Flyvbjerg, kan forskeren ikke stille sig helt uden for det, de studerer. Den konkrete metodefremgang i forskningsprocessen er at observere og dokumentere de små ting, praksisserne og de konkrete cases, som skal ses i deres rette sammenhæng /kontekst, og dette foreslår Flyvbjerg foregår ved at: *"Data, begivenheder og fænomener fremstilles sammen med deres forbindelse til andre data, begivenheder og fænomener. Diskontinuitet og betydningsændringer af begreber og diskurser dokumenteres. Den hermetiske horisont isoleres, og dens vilkårlighed bearbejdes. I begyndelsen tager forskerne ikke stilling til den sandhedsværdi, der tilskrives af deltagerne i den studerede praksis. Ingen praksis opfattes som mere værdifuld end andre, betydningshorisonten fastlægges af den enkelte praksis. Forskeren forsøger derpå at forså de roller, de undersøgte praksisser spiller i det totale relationssystem"* (Flyvbjerg, 2009:159).

Flyvbjerg angiver dog ingen konkrete beskrivelser af, hvordan det er muligt for forskeren at være distanceret, observerende og deltagende på samme tid.

Flyvbjergs metodologi har vist sig at være meget overbevisende i sin tydeliggørelse af dominerende magtforhold og konsekvenserne deraf. I Flyvbjergs forskning inden for planlægning afslører han for eksempel, hvorledes der forefindes magtanvendelse og gentagne budgetoverskridelser af store anlægsprojekter. (Flyvbjerg, Bruzelius, & Rothengatter, 2002; Flyvbjerg, Richardson, 2004; Bent Flyvbjerg, 1985, 1994, 1998, 2007). Dette grundlæggende forskningsarbejde har vakt international anerkendelse og er grundlæggende baseret på det normative standpunkt at afsløre og tydeliggøre dominerende magtforhold.

Eikeland's forskerrolle og det analytiske perspektiv:

Eikeland er organisatorisk arbejdslivsforsker og tager udgangspunkt i den del af aktionsforskningen, der benævnes partcipatorisk aktionsforskning (PAR). Den overordnede målsætning med PAR er 1) at udvikle og understøtte en deltagende model inden for samfundsforskningen, 2) at foretrække en praktisk form for viden-i-aktion frem for en empirisk form for viden-i-statistik, 3) at mobilisere deltagere i aktionsforskningsprocessen til at håndtere egne problemstillinger på en effektiv og systematisk måde, 4) at mobilisere udvikling inden for politikområdet og 5) at facilitere deltagelse af lokale aktører og inkludere deres erfaringer og forståelser i udvikling og planlægning af politikområder. (Pant, 2014).

I Eikeland's fortolkning af Aristoteles og af PAR er en forsker ikke interesseret i kunstigt at skabe forandring oppefra, dvs. top-down og udefra. Forandring og videnskabelse skal ske indefra og nedefra i en dialogisk og deliberativ form (Eikeland, 2012).

Eikeland kritiserer dele af aktionsforskningen og andre former for innovativ forskning for nogle gange at anvende deltagende samarbejde mellem forskning og praksis, hvor parterne blot bidrager med forskellig viden, altså hvor vidensparadigmerne arbejder sideløbende. Dette beskriver Eikeland som et ”*producer-receiver relationship*”⁹ (Eikeland, 2006b:222). Trods det deltagende perspektiv kritiserer Eikeland denne aktionsforskningsmetode for at være med til at fastholde en eksisterende silotænkning, som er en af de store udfordringer for institutioner, organisationer og for samfundet generelt, og som kan medføre en reduktionistisk tænkning. I stedet foreslår Eikeland, at samarbejdet i en phronetisk aktionsforskningsproces sammenlignes med et mester-lærlinge-forhold (master-apprentice relationship), hvor der ikke findes en privilegeret viden eller et privilegeret ståsted. Derimod er der tale om et dialektisk forhold, hvor hver især er mester inden for (eget) kendte område og samtidig lærling inden for et ukendt område, og hvor der arbejdes ud fra de samme standarder og mod et fælles mål. I et sådant dialogisk læringsmiljø er alles forudindtagelser på spil hele tiden. Ved at eksplicitere eller eksponere indre forståelser, spændinger og modsigelser opstår immanent kritik (Eikeland, 2006b, 2007b, 2012). Denne immanente kritik, som blandt andet genereres gennem ”tensions”, kan anskues som en motor for at opnå en fælles vidensproduktion og transformation: ”*Immanent critique generates development and transformation by exposing inner insufficiencies, tensions, and contradictions. It tries to bring thought, speech, and act into a mutual accord*” (Eikeland, 2006c:227). For at frembringe immanent kritik er det nødvendigt med integration, og det er nødvendigt, at der skabes en atmosfære med tillid og tryghed: ”*As an activity, immanent critique needs, not just a public sphere and indicated by Paalshaugen (2002), but a counter public sphere (safe – back stage). Open, critical and constructive dialogue is necessary. (...) Immanent critique and counter-public spheres are two sides of the same coin*” (Eikeland, 2006c:227). Et vigtigt aktionsforskningsmæssigt greb er altså at indgå i forskningsprocessen, så det er muligt at kende ”back space” og facilitere rum for dialog og refleksion.

9 Se evt. også (Lave & Wenger, 1991).

Det, som sammenkæder denne form for phronesis og kritisk forskning med aktionsforskning, er en insisteren på at udfordre de personlige og institutionelle praksisser for både forsker og praktiker, eller for mester og lærling i et samarbejde. *“Basically methodology is built on the self-reflections of the research community, founded on the community members long term, practically acquired experience from doing research, i.e. as research practitioners – during a long term learning process. Methodology, then, is knowledge developed “in-side-out”, “bottom-up” by practitioners within a certain community of practice by shifting and sorting similarities and differences in their own acquired habitus and experience. Methodological knowledge is “actionable”.* (Eikeland, 2007b:52).

Pointen er, at når vi begynder at samarbejde og spørge ind til andre former for metoder og praksis, opstår immanent kritik, og dette skaber mulighed for forandring og læring. Gennem søgning efter at facilitere ny vidensproduktion og skabe fælles agendaer eller visioner opstår nye praksisser og habitusser på begge sider (Eikeland, 2009, 2012). Pointen er ikke at ”forandre dem” – de andre – med et udefra kommende forskerperspektiv. Derimod er den phronetiske aktionsforskners rolle integrative: *”In order to understand anything you have to do practice...(.). The important thing is not to intervene in the lives of others, changing them as external objects in order to understand them, it is to go native on the right levels, to participate, trying to improve whatever we are involved in doing, changing and improving ourselves individually or collectively* (Eikeland, 2007b:62).

Eikeland ekspliciterer ikke, hvad det indebærer at *“go native on the right level”*, men han ekspliciterer vigtigheden af interaktion, idet praksisfeltet har viden, vi som forskere ikke kender og ikke kan tænke os til via techné og epistémé. Derfor er phronetisk aktionsforskning nødvendig. Ikke som en additiv videnskab, der implementerer allerede eksisterende viden, eller som udelukkende innovativ forskning, men som ny vidensproduktion.

Eikeland efterlyser et ”epistemologisk turn”, idet *”Research based on the separation and difference between researchers and the researches, recognize and appeals to certain forms of evidence and “data”. It ignores, and renders suspect the practical experience of native performers, readers, thinkers, speakers, and writhers, or, it is unable to attain to native experiences because it does not analyze its own nativeness, i.e. the prejudices, etc. of its own habitus. But nativeness cannot be eliminated from research. Research must go through native experience”* (Eikeland, 2006:209). Vi skal ifølge Eikeland

arbejde mod systematisk, praktisk orienteret viden og indsigt som et mål i sig selv, og vi skal udfordre metodologien, som den er anvendt inden for socialforskningen i dag. Gennem anvendelse af Aristoteles' phronesis skabes der plads til både dialog og deliberation: *"What we can learn from Aristotele then, is that systematic space for both dialogue and deliberation – both of which constitute the soul and mind for every human activity and community, is necessary in practical social life, work life, private life professional, ethical and political"* (Eikeland, 2008:463).

Denne form for aktionsforskning er altså ikke en intervention eller en implementering af allerede kendt viden, men derimod en fælles læringsproces og en kollektiv selvrefleksion. I phronetisk aktionsforskning er forandringsspektivet eller målet ikke fastsat fra starten, men er udviklet gennem en "shared agenda" og gennem fælles visioner.

I forhold til validitet i en sådan forskningsproces siger Eikeland: *"The most important rule for accruing validity is making all practical moves, the components parts of what is done, their connections and presuppositions, and anything disturbing the generation of insight and understanding visible, bringing it into dialogue. Opening the research process up for inspection. Exposing all relevant treats to validity"* (Eikeland, 2006c:231).

Der er altså også i denne sammenhæng tale om en dialektisk proces, og ved at anvende et åbent, kritisk perspektiv og spørge *hvis*, og *hvordan* forudindtagelser er forstået, opnås, i Eikelands perspektiv, validitet. Dette åbne kritiske miljø skal fremkomme via tillidsfuld integration og skabelse af rum og plads til refleksion: *"Building the capacity to systematically alternate between performing "on stage", and reflecting critically "back stage", may challenge organisations stifled by routines and habits, or led by power or rhetoric. But this is what research validity needs. It is what organisational learning needs. It is also what innovation and competitiveness requires. Its potential is enhanced by emerging "new modes of knowledge production" (Gibbons, 1994; Nowothy, 2001), and by emerging new relations between academic institutions for research and learning, and knowledge-based work life"* (Eikeland, 2006c:232).

PHRONESIS I ET COMMUNITY HEALTH-PERSPEKTIV

Hverken hos Flyvbjerg eller Eikeland er phronetisk forskning funderet i et sundhedsfremmeperspektiv eller i et lokalsamfundsperspektiv, alligevel er begge

forskningsretninger relevante, men ikke tilstrækkelige, i mit community health perspektiv.

Flyvbjerg, som anvender et foucaultiansk magtperspektiv inden for planlægning af store anlægsprojekter, og Eikeland, der er filosof og aktionsforsker inden for arbejdsliv og organisationsforskning, er relevante i forhold til mit community-perspektiv, da det indeholder både en planlægningsproces og et arbejdslivs- og organisationsperspektiv. I et planlægningsperspektiv har jeg analytisk anvendt Flyvbjergs "tension points" samt det kontekstuelle perspektiv og den beskrevne metode, hvor "*Data, begivenheder og fænomener fremstilles sammen med deres forbindelse til andre data, begivenheder og fænomener. Diskontinuitet og betydningsændringer af begreber og diskurser dokumenteres.(...). Forskeren forsøger derpå at forstå de roller, de undersøgte praksisser spiller i det totale relationssystem*" (Flyvbjerg, 2009:159). I et organisations- og arbejdslivsperspektiv har jeg anvendt phronetisk aktionsforskning med inddragelse af medarbejdernes fortolkning af problemdefinitioner samt deres dømmekraft og ikke mindst deres indlejring i en større community health-empowerment-proces.

Det er vigtigt at pointere, at et community health-perspektiv også indeholder *modtagerne* af ydelserne og beslutningerne osv., nemlig borgerne i lokalsamfundet.

Både Flyvbjerg og Eikeland mangler spørgsmålet stillet af Simmons:

Who is *anew logou* in the political community? (Simmons, 2012: 261 in Flyvbjerg, Landman, & Schram, 2012).

I et sundhedsfremmeperspektiv med fokus på ulighed i sundhed er de oversete stemmer i denne sammenhæng borgerne, specielt de svage borgere. Men de oversete stemmer kan også være de lokale medarbejdere, hvis stemme ikke bliver inddraget i fx den kommunale forvaltning eller politisk.

I et planlægningsforløb kan det, som Flyvbjergs forskning er et fremragende eksempel på, være effektivt at tydeliggøre dominerende magtforhold. En magtanalyse, der alene fokuserer på magt og på den negative betydningsmagt, kan skygge for at identificere og udvikle alternativer samt miste blikket for andre vigtige fund i et community-perspektiv. Ønskes nytænkning og forandring i et samarbejde mellem forskning og praksis, er Eikelands partipatoriske aktionsforskning effektiv.

Begge forskere er enige i vigtigheden af et kontekstuellet perspektiv, men her vil jeg så påpege vigtigheden af et fokus på *diversitet af stemmer* for at undgå reifikation og reproduktion af magtforhold, kendt viden, forudindtagelser og forståelser.

Som jeg har beskrevet ovenfor, er Flyvbjergs og Eikeland's handlingsperspektiv forskelligt, selvom de begge tager afsæt i et phronetisk perspektiv. Flyvbjerg *tydeliggør* magtforhold som basis for handling og Eikeland fokuserer på læringsudvikling og kritisk selvrefleksion som basis for handling. Jeg mener, at begge mangler et empowerment-perspektiv, hvor der fokuseres på at "være i stand til at handle" både individuelt og kollektivt, et perspektiv, som i øvrigt også kan henføres til phronesis. Jeg mener ikke, der er tale om et enten-eller-perspektiv, når vi taler om afsløring af dominerende magtforhold som kritik, eller om mulighedsanalyse, empowerment og kapacitetsopbygning. Begge tilgange er væsentlige og komplementære. Ved kun at fokusere på risici eller "evil" og dominerende magt, som sker gennem en foucaultiansk analyse, fremkommer et ensidigt perspektiv, som kan medføre, at muligheder og handlingsfacilitering overses. Ved *kun* at fokusere på muligheder, hvor alle problemanalyser er bandlyst, bliver der i et radikalt perspektiv tale om manglende kritik. Den danske kritik- og anerkendelsesforsker, Rasmus Willig, beskriver problematikken gennem tilgangen positiv psykologi, som beskrives som havende gode intentioner, men utilsigtede konsekvenser, og hvor problemer *internaliseres* i individet, der skal finde indre ressourcer til at takle udfordringer og problemer. Dermed overses relationer og samfundsmæssige forhold, som har indflydelse på individet. Kritikken vendes indad, og i yderste konsekvens er der tale om en form for "positiv apartheid", hvor problemer og kritik er bandlyst (Willig, 2013, 2014).

Jeg har i mit forskningsperspektiv valgt at have et perspektiv på både barrierer og muligheder for forandring. I projektet "Lige adgang til sundhed" havde lokaludvalget og forebyggelsescenter Nørrebro adgang til detaljeret epidemiologisk viden om sundheden i lokalområdet. Denne sundhedsviden er baseret på et risikoperspektiv, dvs. årsager til sygdom eller negationen til sundhed. Dette medfører, at sundhedsindsatsen og tilgangen til borgerne er præget derefter, dvs. der fokuseres på at undgå sygdom (via adfærdsændring), men ikke på at fremme sundheden (via "det gode liv"). For medarbejderne, herunder sundhedsprofessionerne, bliver tilgangen at fokusere på *mangler* (for at opnå adfærdsændring) i stedet for *muligheder* (for at leve "det gode liv"). Ved at kombinere perspektiverne ved at inddrage et perspektiv på eksisterende ressourcer og potentialer, både hos borgere og institutioner i lokalområdet og hos de ansatte i og uden for kommunen,

opstod en anden problemopfattelse og andre løsningsmuligheder, end det gængse sundhedsblik havde gjort tilgængeligt.

I den brede fortolkning af phronesis, dvs. ud over phronesis i et læringsperspektiv, men henført til de tre værdirationelle spørgsmål: Hvor er vi på vej hen? Er det ønskeligt? Hvad bør der gøres? fungerer phronesis som et spejl på samfundet, og muligheden for at leve det gode liv. Phronesis er ifølge Aristoteles særlig vigtig, fordi det er den intellektuelle aktivitet, hvormed instrumentel rationalitet styres af værdirationalitet, og fordi en sådan styring er af afgørende betydning for borgernes velfærd i ethvert samfund. Dette perspektiv på borgernes velfærd er et bærende element i sundhedsfremmeperspektivet, som det er beskrevet i Ottawa-chartret¹⁰, der har et eksplicit fokus på empowerment og kapacitet til at leve det gode liv.

Kritikken er rygraden i ethvert demokrati, og den opstår i spændingsfeltet mellem *er* og *bør*, derfor fremkommer en mere valid forskningstilgang ved en kombination af tilgangene. Jeg har derfor valgt en forskningsmetodik, hvor der først er en problematisering af forholdene samt en kritisk stillingtagen (anvendelse af tension points), og derefter følger en proces med fokus på læringsudvikling og empowerment på basis af dialog og immanent kritik.

Selvom forskning er rettet mod at forstå og forklare fremfor at beslutte, hvordan der skal handles, er vi nødt til at bedømme eller evaluere, hvis vi vil beskrive, forklare og forstå det sociale liv. Det er i denne sammenhæng ikke muligt at indtage et neutralt og værdifrit udgangspunkt. Forskningen må ofte være evaluativ og kritisk over for common sense, dagligdags tænkning og fænomener for at kunne afsløre, hvad der tages for givet eller ikke ses. Det giver ikke mening for en forskningsproces, hvis den ikke har til hensigt at forbedre eller forandre eller udvide den dagligdags forståelse af den sociale verden.

At evaluere på forskningens egne præmisser eller på praksisaktørers er ikke at afvise objektivitet til fordel for subjektivitet. De evaluative spørgsmål kan inddrage forskellige vidensparadigmer, og vigtigst af alt er spørgsmålene udgangspunkt for

10 The general theoretical development in the field of health promotion is based upon the Ottawa Charter's holistic health perspective where health promotion "*is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment*" (WHO, 1986:2).

udvikling og kritik. Sammenhæng mellem forskning og praksis er i dette perspektiv vigtig, og begge felter besidder en viden, som den anden ikke har. En evaluativ (selv)refleksion inden for felterne er nødvendig for videns- og praksisudvikling. Ethvert praksisfelt, herunder et forskningsmæssigt praksisfelt, besidder en viden om håndtering og anvendelse af begreber og koncepter, men det er vigtigt at være opmærksom på, at enhver praksis i nogle tilfælde kan være baseret på misfortolkede, forsimplede eller forkerte ideer.

Samtidig implicerer ethvert forskningsfelt et magtperspektiv, og igennem mit phronetiske forskningsperspektiv inddrager jeg et dømmekraftbegreb, som jeg teoretisk vil udfolde i det nedenstående, hvor jeg også udfolder mit eget analytiske perspektiv og forskerrollen.

DØMMEKRAFTBEGREBET

Evaluerende og dømmekraft er en del af det sociale liv og derfor nødvendige at forholde sig til. Det giver ikke mening at se bort fra den daglige evaluering.

Inden for sundhedsfremmefeltet laver både sundhedsfremmere og borgere dagligt bedømmelser omkring mål med reference til sundhed. Disse bedømmelser bliver en måde at udøve magt på, og dermed bliver en analyse gennem et dømmekraftbegreb en måde at belyse og forandre den eksisterende magtanvendelse på. I forbindelse med et magt- og dømmekraftperspektiv har jeg fundet inspiration hos den danske sociolog og anerkendelsesforsker Søren Juul¹¹, der også er inspireret af Aristoteles' phronesis.

I Juuls doktorafhandling fra 2010, *"Solidaritet, anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft"* (Juul, 2010), beskriver Juul den politiske kultur, velfærdspolitikens indhold og endelig på det konkrete plan, hvordan velfærdspolitikken omsættes over for borgerne i socialforvaltninger og jobcentre. Gennem et anerkendelsesperspektiv er hans nøgle at se på dømmekraften ved at analysere, hvordan det gode liv i handlinger fremmes eller – især – ikke fremmes i politikken og i institutionerne. Juul har skelet til både Aristoteles og Kant i deres filosofier om dømmekraft. *"Begge hævder at det at handle i at en konkret situation aldrig kan være et rent teoretisk*

11 **Søren Juul** er dr.scient.soc og cand.mag. i historie, sociologi og samfundsfag fra Københavns Universitet. Har været ansat som lektor ved Institut for Samfund og Globalisering Roskilde Universitet. Er nuværende ansat som Associate Professor, *Department of Sociology and Social Work*, Aalborg Universitet i København.

anlæggende, men det må bygge på en sans for det almene” (Juul 2010:71). Denne sans, refererer Juul, kalder Aristoteles netop for phronesis eller moralsk indsigt (Aristoteles, 2000:149ff), og Kant anvender betegnelsen *”sensus communis”* (Kant, 2005:135; i Juul, 2010) som en slags æstetisk smag. Kant tillægger ikke på samme måde som Aristoteles det praktiske liv en afgørende betydning. Kant antager, at evnen til at udføre moralsk ansvarlig dømmekraft kommer ind med modermælken. Hos Aristoteles er dømmekraften en færdighed, der læres i livets skole, dvs. i praksis (Juul, 2010:71ff). Pointen hos Aristoteles er, at ingen regel kan fortælle et menneske, hvad der skal gøres i en konkret situation. Dømmekraften er således *”en kraft”, som altid er i spil: ”Styrken ved det dømmekraftsbegreb, som Aristoteles udviklede er forståelsen af menneske som et levende og dynamisk individ, der handler ud fra en hverdagsforståelse med fællesskabet som fundament”* (Juul, 2010:72). Juul abonnerer på Aristoteles’ dømmekraftbegreb og *”ser det som et hermeneutisk begreb der på den ene side understøtter at mennesker i velfærdsinstitutioner handler inden for historisk konkrete sammenhænge, og på den anden side indrømmer dem muligheden for at forholde sig refleksiøst til institutionaliserede praktikker og tænkemåder og i en virkningshistorisk proces forandrer dem”* (Juul 2010:354).

Der er et klart slægtskab mellem Bourdieus begrebsdannelser (habitus og doxa) og Juuls dømmekraftbegreb. Den *”institutionelle dømmekraft”*, som beskrives som de vaner og praktikker der præger institutionerne, synes at konvergere med Bourdieus doxa-begreb (Juul:2010;34). Gennem begreber om *”praktisk sans”* og *”doxa”* afviser Bourdieu ligesom Foucault enhver forestilling om mennesket som et separat og selvstændigt subjekt, der udtænker planer og fører dem ud i livet (Bourdieu:1982 i Juul, 2010:33). Den praktiske sans er ifølge Bourdieu et kollektiv af socialt konstruerede sanser, der er præget af det felt, som individet befinder sig i. Bourdieu beskriver endvidere, at menneskelige handlinger som hovedregel ikke kan tilskrives en rationel kalkulerende fornuft, men at fornuften snarere hviler på en verden af selvfølgeligheder.

Disse selvfølgeligheder mener jeg analytisk kan tydeliggøres, udfordres og forandres via en kombination af Flyvbjergs *”tension points”* og Eikelandts *”immanente kritik”*. Juul, der er anerkendelsesforsker med basis i på Honneths anerkendelsesteori, anvender i sin analyse i sin doktordisputats (Juul, 2010) krænkelsererfaringer fra borgere, der har været i kontakt med socialrådgivere, dvs. han tydeliggør negationen af anerkendelse. På samme måde er det muligt i et sundhedsfremmeperspektiv at kikke efter negationen til empowerment i form af disempowerment. Jeg er dog

mere interesseret i at facilitere kapacitetsopbygning og muliggøre empowerment-processer, som jeg fokuserer på via aktionsforskningsmetoden.

Jeg har i mit community health-perspektiv et fokus på at muliggøre forandring snarere end på afsløre magtens genese, selvom der er vigtigt at se på de barrierer, der eksisterer inden for et givet felt. I stedet for en policy-magtanalyse har jeg valgt at tale om magt via et fokus på tension points, empowerment og dømmekraft. Jeg har igennem planlægningsprocessen i ”Lige adgang til sundhed” erfaret, at den immanente kritik og observation og afsløring af tension points medførte, at magtbarrierer blev afsløret samtidig med, at modmagt og empowerment blev faciliteret, debatteret og planlagt. Diskussioner og debatter var med til at ændre den institutionelle dømmekraft, noget, som eller er svært tilgængeligt gennem andre forskningstilgange.

Ifølge Juul drejer mange dilemmaer sig om, hvorvidt det er den institutionelle dømmekraft eller fortrolighedskundskaben (der opstår mellem den professionelle og borgeren), der bør have forrang. Juul argumenter for, at etikken har tabt autoritet som styringsredskab. Etikken har svært ved at sætte sig igennem i konkurrence med en stærk økonomisk og rationel fornuft. Gennem hans arbejde med socialarbejdernes dømmekraft er antagelsen, at *”der i mange af velfærdsstatens institutioner eksisterer en ubalance mellem forskellige normsystemer”* (Juul 2010:350). Juuls fund og overvejelser fra hans doktordisputats er genkendelige i mit empiriske arbejde i pilotprojektet ”Lige adgang til sundhed”, idet etikken også inden for sundhedsfeltet har trådt i baggrunden dels for en rationel økonomisk tænkning og NPM-styringslogik, og dels for et epidemiologisk sundhedssyn, der ikke fanger de etiske og moralske sider af sundhed, *”det problematiske spændingsfelt opstår, når fagligheden og etikken lider overlast i velfærdsinstitutionerne”* (Juul, 2010:384). Jeg anvender Juuls dømmekraftbegreb i mit analytiske perspektiv til at kritisere og beskrive forandringer i den institutionelle dømmekraft.

Hos Bourdieu udgør dømmekraften et beredskab, en habitus, der orienterer sig i verden for at finde det bedste argument. Dette sker ifølge Juul baseret på Ricoeur¹², *”gennem dialog om praktiske spørgsmål, i hvilken den normative teori træder ud af sit*

12 Poul Ricoeur (27. februar 1913 i Valence – 20. maj 2005 i Chatenay) var fransk filosof. Han er bedst kendt for sit forsøg på at kombinere fænomenologisk beskrivelse med hermeneutisk fortolkning

ophøjede sterile univers og kommer til at handle om "real things" (Ricoeur 1994:228 i Juul, 2010:233). I min aktionsforskningstilgang bliver den kritiske samfundsanalyse en kritik af den faktiske dømmekraft i lyset af idealet, det vil sige, at jeg kritiserer de kulturelle/habituelle sundhedsforståelser og dømmekraftformer, der udgør en barriere for sundhedsfremme eller lighed i sundhed.

Den phronetiske aktionsforskningstilgang giver mulighed for at integrere kollektive forståelser med normative principper sammenholdt med situationsforståelse. Og dette indebærer i mit perspektiv basis for et dømmekraftbegreb, som jeg vil beskrive som bestående af:

Praksis + Normative principper + Erfaringer = Dømmekraft

Praksis forstås som kollektive forståelser, vurderinger og udførelser.

Normative principper forstås som dels den historiske samfundsmæssige kontekst og dens politikker og dels normative fortolkninger af teorier, for eksempel sundhedsfremmeteorien.

Erfaringer forstås som dels subjektive og kollektive erfaringer og habitus, og ikke mindst situationsforståelsen ud fra den konkrete kontekst.

På denne måde indbefatter dømmekraftsbegrebet **praksis, teori og kontekst**.

Gennem Eikeland's fokus på immanent kritik, Flyvbjerg's tension points, der kan bidrage til praksisdiskussioner, og de phronetiske værdirationelle spørgsmål sættes de erfaringer, der tages for givet, i tvivl, og dermed åbnes for en mulighed for forandring af den eksisterende institutionelle og samfundsmæssige dømmekraft.

DEN PHRONETISKE FORSKNING OG KRITISK TEORI

Det phronetiske perspektiv bidrager, som beskrevet, med et fokus på værdier, etik og dømmekraft til den samfundsvidenskabelige social- og aktionsforskning. Max Weber var den første til at påpege den instrumentelle rationalitets dominans over værdirationaliteten, siden har Habermas udvidet tænkningen med sin kommunikative teori. En nyfortolkning af phronesis er særlig vigtig, fordi den er den intellektuelle aktivitet, hvormed instrumentel rationalitet styres af værdirationalitet, og fordi en sådan styring er af afgørende betydning for borgernes velfærd i

ethvert samfund. (Flyvbjerg, 2009). En nyfortolkning af phronesis er endvidere nødvendig, da vores dages samfund er mere komplekst og også mere siloopdelt end tidligere, og her kan et Aristoteles-phronetisk, dialogisk perspektiv potentielt være med til at forene og skabe retning gennem refleksion og fælles vidensudvikling. Endvidere kan en nyfortolkning af phronesis genindsætte samfundsvidenskaben i dens klassiske rolle som en praktisk, intellektuel aktivitet, der sigter på at klargøre de problemer, risici og muligheder, vi møder som mennesker og som samfund, og på at bidrage til den samfundsmæssige og politiske praksis (Flyvbjerg, Landman, 2012).

I Eikelands fortolkning af Aristoteles' phronesis skulle teori og praksis aldrig have været adskilt. I dag er vores teoretiske tænkning og adskillelse mellem teori og praksis med til at begrænse vores tænkning *om* og vores relationer *til* praksisfeltet. Vi er i en silotænkning, og vi er, både i forsknings- og praksisfeltet, påvirket af institutionaliserede fortolkninger af viden og metode. De implicitte forståelser af vores praksis og tænkning kan bringes i spil metodologisk og teoretisk. Et logisk trin for forskningsindsatsen er at vise, hvordan det er muligt, at forskningen delagtiggør sig i situerede praksiserfaringer for derigennem at påvirke teoretisk udvikling og omvendt. Udfordringen er at gøre denne grundlæggende erfaring bevidst og synlig (for kritik og validitet) og derefter integrere den i praksis og teori. Pointen med et phronetisk perspektiv er ikke at reducere teoretisk viden til praksisviden, men i stedet at bidrage til en transition af begreber og teoretiske metoder og erfaringer mellem teori og praksis. For at denne transition kan finde sted, er det nødvendigt med et bredere perspektiv på begrebet viden, og man opnår i studiet af mennesker en større viden ved at samle de forskellige vidensformer. Praksis har en viden, som vi ikke kender og ikke kan tænke os frem til via *techné* og *epistémé*, derfor er aktionsforskning nødvendig. Ikke som en additiv videnskab, der implementerer allerede kendt viden, eller som udelukkende innovativ forskning, men i form af ny vidensproduktion og kritisk refleksion.

MIN EGEN FORSKERROLLE

Min aktionsforskningstilgang er, som beskrevet, inspireret af Eikelands integrative fokus, men jeg har kæmpet med grænserne for det integrative perspektiv, idet det er vanskeligt at "*go native on the right level*". I projekt "Lige adgang til sundhed" arbejdede vi på lige fod, men jeg har alligevel haft en delvis distanceret rolle, da

jeg ikke mener, det er muligt at blive ”*native*”. Jeg skal for eksempel ikke fortsætte med at arbejde i projektet eller i kommunen efter projektplanlægningsforløbet og har ikke indflydelse på, hvorledes arbejdet bliver udført. Dette bestemmer praksisdeltagerne. Ligeledes skal praksisdeltagerne ikke skrive min afhandling – men vi arbejdede åbent og tillidsfuldt og påvirkede bevidst hinanden gensidigt undervejs i forløbet.

I selve planlægningsforløbet har jeg deltaget aktivt i debatter og diskussioner om-handlende det kommunale arbejde, men jeg har ikke udført kommunalt arbejde, dvs. jeg har ikke skrevet indstillinger og projektformuleringer osv. Vores samarbejde har dog ikke fungeret siloopdelt, det vil sige som et producer-receiver-forhold, idet der fra begge sider har været et eksplicit ønske om at sammenkæde teori og praksis. Vi har gennem processen delt overvejelser over udførelse af arbejdet og har diskuteret forståelser af begreber, for eksempel sundhedsfremmebegrebet. Dette har fungeret som et mester-/lærlinge-forhold mellem praksis og forskningsperspektivet.

En vigtig faktor i denne sammenhæng er, at mit ph.d.-forløb er 100% finansieret af universitetet, dermed har der ikke været økonomiske implikationer mellem os, og samarbejdet har til enhver tid kunnet ophøre. Der har ikke fra start været en fast agenda, ligeledes har der heller ikke været tale om implementering af allerede kendt viden. Jeg har fra start redegjort for mit multilevel empowerment-perspektiv (der indbefatter praksisdeltagerne) og mit fokus på sundhedsfremme. På samme måde har praksisfeltet gjort opmærksom på, at de ønskede at samarbejde med en forskningsinstitution for at forbedre deres metoder og tilgang til borgerne. Pointen er her, at der fremkommer en mulighed for at skabe immanent kritik, skubbe til de eksisterende forhold og skabe ændringer i den institutionelle dømmekraft på både forsknings- og praksissiden. Den nærmere aftale om vores samarbejds-relation er, at jeg har deltaget i planlægningsprocessen samt afholdt workshops. Invitationerne til de forskellige workshops er foretaget af lokaludvalget, der i forvejen havde kontakten til deltagerne. Planen var at afholde forskellige workshops med medarbejdere fra forvaltningsniveau til frontmedarbejderniveau, afholde en workshop med borgere og ikke kommunalt ansatte og afslutningsvis en samlende workshop. De to sidste workshops blev, som tidligere beskrevet, aldrig etableret, idet lokaludvalget simpelthen ikke havde tilstrækkelig kontakt til borgere og ikke-kommunalt ansat personale. Derfor besluttede jeg, for at fastholde et bottom-up-perspektiv, at starte og udvide mine observationer og interviews i lokalområdet.

Viden indhentet fra lokalområdet blev efterfølgende løbende præsenteret på både planlægningsmøder og i de tre workshops. Denne proces medførte, at der fremkom ”tension points” mellem de eksisterende sundhedstilbud og de aktuelle sundhedsbehov i lokalområdet, hvilket blev afgørende for hele procesforløbet.

Som afslutning på phronesis begrebet og dets praktiske anvendelse vil jeg beskrive et par konkrete eksempler på anvendelse af en phronetisk forskningstilgang, kan hentes fra starten af planlægningsprocessen hvor vi diskuterede projektnavnet ”Lige adgang til sundhed”, og fra workshop afholdelsen med planlægningsgruppen, hvor vi debatterede arbejdsmetoder.

I planlægningsprocessen medførte de tre værdirationelle phronetiske spørgsmål (som faktisk ikke blev stillet direkte men var ledende for debatten) refleksion over fortolkningen af ”lige adgang” til et transport problemet til en fortolkningen af lige adgang til et forståelse af at indrette de eksisterende sundhedstilbud så de modsvarede de aktuelle sundhedsbehov.

Hvis lige adgang har baggrund i transport (2 km) hvad ligger så bag en sådan forståelse, handler det om at ”rekruttere” borgere? Hvorfor er borgerne ikke mere motiverede end at 2 km yderligere transport forhindrer deltagelse? Ligger der andre barrierer bag? Hvordan forstår vi borgerens motivation? Og hvilken rolle indtager institutionerne selv via denne forståelse? Er det ønskeligt? Hvor bringer det udviklingen hen?

I workshop afholdelsen med planlægningsgruppen debatterede vi metodeudvikling. Jeg fremlagde en erfaring jeg har fra center for sundhedsfremmes samarbejde med sundhedschefer og sundhedskonsulenter fra flere kommuner i Region Sjælland (Liste over empiri: dato sept. 2010), der påpegede at de manglede metoder til borgerinddragelse. Dette medførte en diskussion om de forskellige arbejdsmetoder der eksisterer inden for de forskellige forvaltningssiloer, idet miljø og teknik forvaltningen i samarbejde med det boligsociale område dagligt anvender borgerinddragende metoder og derfor var uenige i min antagelse, mens sundheds- og omsorgsforvaltningen personale var enige i antagelsen. Dette medførte refleksion over ”hvor er vi på vej hen? Hvorfor er der denne forskel og hvorfor arbejder vi ikke mere sammen om vores daglige arbejde?

De værdirationelle spørgsmål behøver ikke at blive stillet direkte men kan være en ledetråd til at skabe refleksion og debat og ”et spejl på” om de kontekstuelle forhold og ens egen rolle. Den immanente kritik der fremkommer af disse diskussioner kan medføre både deliberation og empowerment. Deliberation fordi deltagerens åbne og immanente kritik giver en bevidsthed om egne handlinger og empowerment fordi man bliver bedre i stand til at enten at argumentere for sine handlinger eller forsøge at ændre disse handlinger. På workshoppen blev der lavet aftaler om at arbejde mere sammen i hverdagen, og arbejde fælles på at argumentere for udførelse af det daglige arbejde over for forvaltningen. For mit eget vedkommende fik jeg refleksion over dels forskningsmetoden om at åbent eksponere sine for-forståelser så de kan korrigeres, og at der kan fremkomme ny viden gennem processen. Ovenstående diskussion medførte for eksempel også en diskussion af selve sundhedsbegrebet – hvornår udføres der sundhedsarbejde? (se eventuelt beskrivelse af workshoppen i kapitel 2).

Den phronetiske forskningstilgang mener jeg i dette tilfælde kommer til udtryk, dels via deltagerenes (også min egen) eksponering af for- forståelser som er åben for kritik og som ikke er et forsøg på at manipulere, dels idet der i diskussionen ikke er et fastsat mål for debatten, men at målet fastsættes gennem debatten mellem deltagerne.

Sammenfatning og konklusioner

Dette kapitel svarer på problemformuleringen, sammenfatter og analyserer på tension points fremkommet i empirien, samt konkluderer og giver et bud på den videre forskning og praksisudvikling.

Afhandlingens problemformulering har omhandlet: Hvilke barrierer og muligheder eksisterer for at planlægge og facilitere en community health-tilgang til en dansk lokalsamfundskontekst?

Og hvorledes kan en planlægningsproces, der kombinerer forsknings- og erfaringsviden bidrage til vidensudvikling inden for både sundhedsfremmepraksis- og forskningsfeltet?

Problemformuleringen besvares ved først at beskrive de i empirien fremkomne tension points og problemstillingerne bag samt deres forbindelse til andre data og begivenheder (Flyvbjerg, 2002, 2012), eller, beskrevet i et C.W. Mills-perspektiv, forbindelsen mellem den lille og den store historie (Mills, 1959).

Derefter kommer en mere teoretisk udlægning af nogle af de empiriske fund og beskrivelse af begrebet social sundhed. Afslutningsvist redegør jeg for, hvorledes dette forskningsprojekt og afhandlingens integrative phronetiske aktionsforskningstilgang kan bidrage med ny viden inden for sundhedsfremmefeltet, samt på hvilken måde det kan begrundes at uddrage viden ud fra et casestudie.

Afhandlingens problemfelt har omhandlet, at der på trods af indsatser og teoretisk udvikling af et sundhedsfremmebegreb fortsat er en voksende ulighed i sundhed. Der er internationalt og i Danmark et gab mellem teori og praksis i udviklingen inden for sundhedsfremmefeltet.

Ifølge Signill Vallgård og Elisabeth Fosse, der anvender Esping-Andersens velfærdsregime-terminologi til analyse af nationale sundhedsdokumenter, er de danske nationale sundhedsstrategier, på trods af vores universelle velfærdsregime, udmøntet i et liberalt velfærdsregimes perspektiv, hvor der fokuseres på adfærdsregulering gennem enstrengede sundhedsindsatser og individets eget ansvar for sundhed, og hvor der i mindre grad fokuseres på strukturelle sundhedsindsatser eller på den sociale gradient i sundhed, som for eksempel tilfældet er for Norge. I Danmark har vi på trods af ”lige adgang” til sundhedsbehandling en voksende ulighed i sundhed, derfor har hensigten med det empiriske casestudie været at se på barrierer og muligheder for at implementere den internationale anerkendte community health-tilgang i en dansk lokal samfundskontekst.

Teoretisk trækker jeg på kritisk teoris emancipatoriske og kritiske udgangspunkt, men jeg laver ikke en kritisk teoretisk beskrivelse af for eksempel marginaliseringsprocesser. Derimod laver jeg en mere generel analyse af ulighedens kausaliteter og fremtrædelsesformer i statistik, på professionelt og på individuelt niveau, og jeg fokuserer på at kritisere den danske sundhedsfremmepolitik generelle mangler og dens fremtrædelsesformer i et Københavnsk lokalområde.

Kritisk teori er anvendeligt til at pege på samfundsmæssige barrierer, men for at svare på afhandlingens fokus på både muligheder og barrierer anvender jeg kritisk teori i sammenhæng med aktionsforskningen, som bidrager med et blik for muligheder og for forandringspotentialer. Kritisk teoris emancipatoriske udgangspunkt anvendes i forbindelse med empowerment-begrebet, og hele ovenstående teoretiske udgangspunkt kombineres med et normativt begreb om phronesis, der tilføjer et blik på etik og værdier – begreber, som ofte er udeladt af den nuværende samfundsforskning.

Hensigten med denne afhandling er et ønske om at bidrage til både teoretisk og praktisk videreudvikling, derfor stræber jeg ikke efter at lave en idealteoretisk planlægningsmodel eller en teoretisk baseret beskrivelse af for eksempel de dominerede magtforhold; jeg fokuserer derimod på at kombinere praksis og forskningsviden for derigennem at fremkomme med ny viden til den videre udvikling inden for sundhedsfremmefeltet. Endvidere har jeg gennem kritik af de samfundsmæssige forhold, for eksempel gennem de nationale sundhedsstrategier, søgt efter mulige løsningsforslag og alternative tilgange. Dette er ligeledes baggrunden for at anvende principper fra den internationale anerkendte sundhedsfremmetilgang – community

health-perspektivet – til at lede efter alternativer til den nuværende situation med voksende ulighed i sundhed. Et community health-perspektiv bidrager med et fokus på de sociale determinanter til sundhed, som foregår i hverdagslivet, altså hvor mennesker lever, arbejder og bor. Dette kan ses som et alternativ til sundhedsvæsnets fokus på behandling af sygdomme og til forebyggelsesperspektivets fokus på at undgå sygdom.

Et community health-perspektiv i et udsat boligområde indeholder en fare for, at fokus forbliver på en udsat befolkningsgruppe eller et udsat lokalområde, derfor har jeg i det omfang, det er muligt, inddraget et multilevelperspektiv og inddraget inspiration fra C.W. Mills' blik for kombinationen mellem den lille og den store historie.

Aktionsforskning er baseret på praksisforskning, som ofte kritiseres for at være interventionsforskning eller konsulentarbejde. Der kan i denne afhandling være tale om en intervention i den forstand, at der integreres med praksis, men al forskning påvirker i en eller anden forstand sit forskningsobjekt. En diskussion, der kan ledes helt tilbage til for eksempel Hawthorne-eksperimenterne eller til beskrivelse af kritisk teoris og aktionsforskningens forsøg på at bryde med naturvidenskaben, som jeg udfoldede i kapitel 6.

Via et phronetisk perspektiv gøres det normative grundlag eksplicit og dermed åbent for diskussion. Det er vigtigt at pointere, at et phronetisk perspektiv ikke behøver at overse et magtperspektiv, og derfor har jeg redegjort for et dømmekraftsbegreb udviklet med baggrund i Aristoteles' phronesis-begreb.

I afhandlingens forskningsperspektiv er der ikke tale om implementering af allerede kendt viden eller udførelse af en bestilt opgave, derimod har der været tale om en kontekst, hvor der var fokus på metodeudvikling og oparbejdelse af en fælles agenda ud fra en fælles problemdefinition. Antagelsen bag denne form for vidensudvikling er, at det er fordelagtigt at kombinere teoretisk viden og praksisviden, og dette indebærer uvilkårligt en integration mellem sfærerne. Det anses derfor for nødvendigt, i denne afhandlings forskningsøjemed, at indgå i praksisfeltet, dels for at få kendskab til den viden, der findes her, og dels for at få viden om, hvordan teorierne håndteres og omsættes i praksis.

TENSION POINTS FREMKOMMET I EMPIRIEN

De overordnede tension points, som er fremkommet i det empiriske arbejde, og som vil lede til afhandlingens konklusioner, har generelt omhandlet 1) en forskellig forståelse af sundhedsbegrebet og vanskeligheder med håndtering af begrebet social sundhed, som kommer til udtryk via et tension point mellem de nationale sundhedsstrategier – baseret på enstrengede sundhedsindsatser og epidemiologisk måling af sundhed – og de politiske og (eventuelt faglige) målsætninger om at reducere den voksende ulighed i sundhed baseret på en mere social sundhedsforståelse, og 2) en tilgængelighedsproblematik, som kommer til udtryk via på den ene side et universelt perspektiv om lige adgang til sundhedsbehandling og på den anden side en ulige anvendelse af de eksisterende sundhedstilbud. Dette tension point kommer især til udtryk via diskussion om og forståelse af projektnavnet ”Lige adgang til sundhed”. 3) Det sidste overordnede tension point omhandler manglende empowerment til det politiske lobbyarbejde, som er afgørende for et projekts godkendelse i en forvaltningssammenhæng, og som på den anden side er en overset faktor i de nuværende sundhedsstrategier, planlægningsmodeller og teorier.

SUNDHEDSFORSTÅELSEN

Den overordnede sundhedsstrategi i Danmark tager som beskrevet udgangspunkt i individets adfærdsregulering, og dette sker hovedsageligt gennem iværksættelse af enstrengede sundhedsindsatser baseret på KRAM – Kost, Rygning, Alkohol og Motion – som typisk varetages gennem kommunale sundhedscentre, for eksempel Forebyggelsescenter Nørrebro, FCN.

Sundhedstilbuddene, som for eksempel rygestopkurser og diabeteskurser, er evidensbaserede tiltag. Der findes i Danmark og i Københavns Kommune en solid epidemiologisk evidens for (u)sundheden, helt ned til måling af borgernes sundhedstilstand inden for et område svarende til enkelte boligkomplekser.

Denne solide epidemiologiske evidens medførte, at holdningen i opstarten af pilotprojektet ”Lige adgang til sundhed” i København NV lidt forenklet var ”vi ved, hvad problemet er – folk skal holde op med at ryge”, og derfor fandt de, at rygestopkurser var det relevante sundhedstilbud til dette sundhedsproblem. Selv-

følgelig eksisterer der sideløbende med dette en viden om, at sundhed er mere end fysisk sundhed, og sundhedsstyrelsen har også for nogle år siden udvidet konceptet KRAM til KRAMS, hvor det tilføjede S symboliserer begrebet Stress. Dette er senere udvidet til et fokus på mental sundhed, og i 2012 udgav sundhedsstyrelsen en forebyggelsespakke med fokus på mental sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2012). I praksis er et stressbegreb eller sundhedsindsatser målrettet mod mental sundhed svært håndterbart inden for et epidemiologisk paradigme. I FCN er begreberne omsat til individuel trivsel og til et psykologisk fænomen, og forebyggelsescentret har ansat en psykolog til varetagelse af nogle af disse sundhedstilbud. Denne tilgang har ud fra et community health-perspektiv et manglende fokus på kapacitetsopbygning og for den sociale sammenhæng mellem sundhed og sygdom. En af deltagerne i planlægningsprocessen udtaler kritisk om FCN, at *"der er tale om en google-oversættelse af sundhed"*. Dette skal forstås således, at sundhed ikke oversættes til sin dybere forståelse af begrebet.

En anden problemstilling vedrører, om sundhedstilbuddene modsvarer de lokale sundhedsbehov. I denne forbindelse er det afgørende, hvilket sundhedsperspektiv der ligger til grund for problemdefinitionen. I et epidemiologisk perspektiv er der ikke et misforhold. Der er evidens for både behov (mange usunde), årsag (evidens for tobak og alkohols skadelige virkninger) og tiltag (sundhedstilbuddene virker). Et community health-, kapacitetsopbyggende og borgerinddragende perspektiv bidrager derimod med en anden og mere social sundhedsvinkel, hvilket de empiriske fund i København NV også er et udtryk for.

Fund og løsningsforslag fra lokalområdet:

De afholdte borgerinterviews, afholdt i lokalområdets forskellige frivillige foreninger, har bidraget med et andet perspektiv på de aktuelle sundhedsbehov i lokalområdet.

En del af borgerne er slet ikke motiverede til de af FCN udbudte sundhedskurser, uanset om de kan blive transporteret lige til døren.

Det viste sig, at der i lokalområdet, selv i et epidemiologisk perspektiv, er et stort overset sundhedsproblem omhandlende pillemisbrug.

Der er ikke tale om hjemløse stofmisbrugere, men mere om borgere i gråzonen. Borgere, der dulmer hverdagens problemer med anvendelse af diverse psykoфар-

maka. Arly, en borger fra lokalområdet, fortæller, at folk i lokalområdet bytter piller med hinanden og beskriver, at der findes ”pensionist-pushere”, som sælger piller, de har fået udskrevet af lægen. Han fortæller, at *”vi dør ikke af at ryge, vi dør af almindelige sygdomme, fordi for hvert lille symptom tager vi en pille mere”*. Som løsningsforslag til dette foreslås en gadesygeplejerske eller lignende, som anses som et bedre alternativ end en læge, idet en sygeplejerske kan give råd og vejledning og kan lave et tjek af de mange forskellige piller, der tages. I denne sammenhæng var der en borger, der foreslog FCN som en mulighed for at afhjælpe pillemisbruget.

De fremkomne løsningsforslag fra borgerinterviews på borgernes egen oplevelse af sundhedsforhold er stærkt socialt integrerede og er relaterede til livssituationer, som de kontekstuel fremstår i lokalsamfundet (de er beskrevet i kapitel to og i ”Liste over empiri”). Sammenfattende beskrevet er der et generelt ønske hos borgerne om, at de gerne vil klare sig selv, de er klar over, at de har brug for støtte, men er meget afvisende over for formynderi. Deres løsningsforslag omhandler at sætte hjælp ind, når der sker brud i livet. *”Det er, når folk mister deres kone eller arbejde, at de begynder at komme på her”* (borgerinterview på værtshus).

Foreningsarbejde, hvor folk passer på hinanden, foreslås som en løsningsmulighed. Det fremhæves, at folk har brug for en organiseret hobby som overgang fra jobmarkedet, en hobby, som ikke er koncentreret omkring spil, som ellers er en måde folk mødes på, men som medfører en dårlig økonomi for de fleste.

De etniske kvinder foreslog blandt andet: *”at tale med en rar politimand, som kan give råd til, hvordan vi takler vores unge drenge”*. Et andet ønske var at oprette en café, hvor de kunne lave etnisk mad og sælge dette. Generelt pegede de på manglende statsborgerskab som en overordnet stressfaktor, der medførte dårligt psykisk helbred. I den forbindelse beskriver kvinderne en magtesløshed i kontakten til det offentlige system, som de på den ene side er taknemmelige overfor, men som de ikke kan forstå og derfor har svært ved at håndtere; de beskriver socialrådgivere som sure og svære at kommunikere med (Rasmussen, 2012).

Igennem observationsbesøg og interviews med viceværter i boligkomplekser i lokalområdet findes også en frustration over vanskeligheder med kommunikation til det kommunale system (Liste over empiri: dato 14.5.2013). Viceværterne viser sig at være et vigtigt bindeled til de mest isolerede og udsatte borgere, da vice-

værterne naturligt bliver opsøgt, når borgeren har brug for hjælp. Viceværterne fremhæver den neutrale forbindelse som hovedårsagen til, at de overhovedet har nogen kontakt til de mere isolerede borgere. Viceværterne beskriver, ligesom andre frontmedarbejdere, at borgerne har komplekse problemstillinger, men beskriver samtidig, at de ikke magter at kontakte kommunen, da de oplever konstant at blive stillet om til andre medarbejdere. Denne viden bliver som tidligere beskrevet omsat i projektet til, at der etableres et netværk for boligforeningernes viceværter hos PULS (boligsocialt samarbejde), der vil varetage kontakten til kommunen.

De lokale frontmedarbejdere og deres ledere peger også på alternative løsningsforslag (se liste i kapitel 2). På samtlige workshops og i planlægningsprocessen er et neutralt mødested blevet foreslået som et løsningsforslag. Det neutrale mødested ses som en mulighed for at mødes med borgerne og som et samlingssted, hvor der kan ske netværksopbygning mellem borgere, samt at borgere kan fungere som brobyggere til andre (svagere) borgere, det ellers er svært at etablere kontakt til. De lokale socialmedarbejdere ser et neutralt mødested som en mulighed for at få nogle isolerede borgere ud af deres lejligheder.

Dilemmaet for frontmedarbejderne har været mødet med borgere med komplekse problemstillinger på den ene side og manglende muligheder for at håndtere disse problemstillinger ud fra de givne rammer på den anden side. Som hovedløsningsforslag til dette foreslås forbedret koordinering, både horisontalt og vertikalt, og bredere rammer for faglig vurdering og udførelse af det daglige arbejde.

I planlægningsprocessen fremkom et yderligere tension point omhandlende målgruppefastsættelse. På den ene side ønskede planlægningsdeltagerne en reduktion af kompleksiteten, og på den anden side ønskede de et fokus på koordinering af det lokale samarbejde og metodeudvikling.

En stor frustration omhandlede at ”gøre det konkret” i projektansøgningen til forvaltningen, idet en projektansøgning omhandlende videreførelse af pilotprojektet ”Lige adgang til sundhed” sandsynligvis ville blive afslået i forvaltningens behandling af projektansøgningen, hvis effekterne ikke er tydelige og har målbare sundhedseffekter (hvilket som bekendt senere viste sig at blive en realitet).

I princippet udelukker det ene ikke det andet. Fastsættelse af en bestemt målgruppe eller et bestemt sundhedsbehov kan være anvendelig i den forstand, at

det kan være nødvendigt at tilgodese en gruppes specielle behov, men indebærer samtidig en fare for stigmatisering af en udsat befolkningsgruppe eller et snævert blik på en konkret problemstilling, der i praksis ikke løser årsagssammenhængen bag komplekse problemstillinger og samtidig kan dreje fokus væk fra de strukturelle barrierer, der måske er med til at forårsage eller fastholde en problemstilling.

Det er nødvendigt, at de individuelle eller lokale problemstillinger ses i dels et socialt eller relationelt perspektiv og dels i et større samfundsmæssigt perspektiv, hvor der skeles til indsatser målrettet den sociale gradient. Dette er for eksempel sket i Leeds, hvor der i projektet med sundhedsambassadører *også* fokuseres på at hjælpe dem, der hjælper andre (Liste over empiri: dato 2.12.2012).

Ovenstående problemstilling omhandlende kommunikationsvanskeligheder med forvaltningsniveauet kommer til udtryk i den afholdte workshop med planlægningsgruppen, hvor manglen på tværgående arbejde debatteres, og en af deltagerne udtaler: *"Det kortslutter, når de sidder centralt og laver udviklingsplaner", "Jeg får at vide af de andre forvaltninger, at det er møg irriterende, at vi går og blander os i deres arbejde, når jeg arbejder på tværs. Men i den virkelighed, hvor jeg arbejder, står de med åbne arme og er lykkelige for, at vi gider høre, hvad de laver, og de vil gerne høre, hvad vi laver"* (Liste over empiri: dato 5.3.2013).

I samme diskussion fremkommer en debat om mellemlederfunktionen i økonomiforvaltningen, hvis opgave det er at afgøre, om de vil godkende en indkommen projektansøgning og vil bevillige penge til den fremtidige drift af projektet. Debat-ten omhandler, at mellemledere i forvaltningen får bonus efter, hvor mange sager de har igennem deres egne udvalg, og de beskrives derfor som ligeglade med, hvad der foregår i andre udvalg. Tværtimod vil de hellere trække sagerne over til sig selv. *"Det er grotest i min verden, at de nyeste chefer kan sidde og bestemme og blive en barriere for, hvad vi kan komme igennem med – og faktisk forhindre samarbejde på tværs", "Chefer, der bliver belønnet for egne sager, har ikke noget incitament til tværgående arbejde. I virkeligheden er de glade for, at sagerne bliver afvist, så de kan gå igennem en gang mere"* (Liste over empiri: dato 16.5.2013.)

For at afslutte dette dilemma omhandlende kommunikation, eller mangel på samme, vil jeg beskrive, at jeg gennem mit arbejde i København, og ved deltagelse på forskellige kommunale workshops, har talt med centralt placerede kommunalpolitikere, som bekræfter, at det er et problem, at deres kontakt med kommunen

ofte består i kontakt med det øverste embedsmandslag, dvs. centralt placerede embedsmænd, ofte med et juridisk eller et økonomisk fokus. Der mangler simpelthen kontakt mellem de forskellige niveauer og perspektiver. Der er tale om multilevel-kommunikationsvanskeligheder.

Forvaltningen eller snarere siloopdelingen og NPM-styringen fremstår i mit empiriske arbejde som en barriere for kommunikation mellem de forskellige samfundsmæssige sfærer.

Et muligt løsningsforslag til forbedring af kommunikationen både horisontalt, vertikalt og ikke mindst til borgerne kunne være oprettelse af platforme, hvor der sker vidensudveksling og samskabelse. Under mit ophold på Center of Health Promotion på Leeds Beckett University i England fik jeg kendskab til deres anvendelse af forskningsmetoder inden for praksisnær forskning, som blandt andet bruges til at opnå bedre kommunikation mellem de forskellige niveauer. I Leeds anvender de for eksempel ”Expert Hearings”, dvs. minikonferencer med vidensdeling mellem borgere, frivillige, institutioner, universiteter og lokalpolitikere, hvor hver især bidrager med forskellige indlæg og aktiviteter. Hensigten er multilevel-vidensdeling, og det foregår i en meget afslappet og uhøjtidelig stemning med oplæg fra de forskellige perspektiver og fra borgerne.

TILGÆNGELIGHEDSPROBLEMATIKKEN

Tilgængelighedsproblematikken blev i projektopstarten betragtet ud fra to perspektiver, lidt forenklet beskrevet. På den ene side en forståelse som et transportproblem, da forebyggelsescenteret flytter to km længere væk, og på den anden side en forståelse af tilgængelighed ud fra en ulighedsproblematik.

Projektnavnet ”Lige adgang til sundhed” er valgt af lokaludvalg Bispebjerg på grund af bevidstheden om den eksisterende ulighed i sundhed. Den forskellige opfattelse af problemstillingen og dermed også af tilgangen til ulighed i sundhed har blandt andet baggrund i forskellige opfattelser af sundhed og beskriver også en af årsagerne til det eksisterende gab mellem teori og praksisudviklingen inden for sundhedsfremmefeltet.

At lokaludvalget har valgt dette navn til pilotprojektet er et udtryk for et ønske om at ændre på problemstillingen ulighed i sundhed. Denne villighed genfindes i Forebyggelsescenter Nørrebro og også i de kommunale og nationale, politiske målsætninger. Problemstillingen fremtræder i det empiriske casestudie via vanskeligheder med praksishåndteringen af problematikken, der udfordres *dels* af forskellige forståelser af sundhed eller udeladelse af fokus på sundhed. Dette ses for eksempel inden for en stor del af miljø- og teknikforvaltningens boligsociale arbejde, der har fokus på borgerinvolvering og sociale aspekter af hverdagslivet og dermed har indflydelse på sundheden (som den er forstået i et WHO community health-perspektiv), og *dels* er der vanskeligheder med praksishåndteringen af ulighedsproblematikken på grund af den eksisterende silotænkning og NPM management-logikkens forenkling af komplekse problemstillinger, samt ikke mindst magtbalancen mellem de forskellige forvaltningsniveauer og praksisniveauet. Dette blev for eksempel beskrevet i den første workshop med planlægningsgruppen, hvor deltagerne gav udtryk for manglende forståelse i forvaltningerne for det tværgående arbejde og behov for koordinering på det lokale plan og ikke kun på det institutionelle plan (partnerskaber), men i mødet med borgernes komplekse problemstillinger. I de afholdte workshops med ledere og medarbejdere fra lokalområdet blev der udtrykt et ønske om koordinering, kendskab og anvendelse af de andre professioners borgertilbud. For eksempel fortalte en social- og sundhedshjælper, at hun ikke længere selv måtte kontakte sygeplejerskerne direkte, men skulle via sin leder. Endvidere var det tydeligt, at de forskellige frontmedarbejdere ikke kendte hinanden, selv om de arbejdede i det samme område med de samme borgere, hvilket blandt andet medførte, at de oplevede, at de kunne være magtesløse over for borgernes komplekse problemstillinger.

En del af årsagssammenhængen bag de individuelle og eventuelt lokale problemstillinger, der er fundet i det empiriske nedslag i København NV, kan også findes i en større samfundsmæssig sammenhæng. Ses for eksempel pillemisbrugsproblematikken i et samfundsmæssigt perspektiv, er der også tale om et strukturelt problem. Hvorfor udskrives pillerne af lægerne? Hvorfor er forbruget af receptpligtig medicin generelt steget?

Ensomhed er en anden lokal problemstilling i NV, som også findes i flere samfundsgrupper og sociallag, og derfor er det måske både individuelt og samfundsmæssigt fordelagtigt at forsøge at håndtere denne problemstilling i et samfundsmæssigt eller socialt gradient-perspektiv, og ikke kun i et perspektiv målrettet mod den udsatte

del af befolkningen. En fordel ved at rette fokus mod en udsat befolkningsgruppe kan, ud over at tilgodese eventuelt specielle problematikker, være, at samfundets problemstillinger tydeliggøres i en udsat befolkningsgruppe. Det afgørende er forståelsen og håndteringen af problemstillingerne.

Ses problemstillingerne ikke i sammenhæng med de øvrige samfundsmæssige betingelser, er der en fare for at udvikle et parallelsamfund. Et community health-perspektiv handler ikke om målrettede sundhedsindsatser. De er dog ikke udelukket, men overordnet set handler et community health-perspektiv om øget tilgængelighed til sundhed.

I projekt ”Lige adgang til sundhed” blev tilgængelighedsproblematikken vendt fra at ”rekruttere borgere” til at åbne institutionerne op og forsøge at tilgodese de aktuelle sundhedsbehov på nye måder.

DET POLITISKE LOBBYARBEJDE

Det tredje overordnede tension point, som fremkom i det empiriske arbejde, er vigtigheden af det politiske lobbyarbejde, som er afgørende for et projekts godkendelse i en forvaltningsmæssig sammenhæng, men som er en overset faktor i de fleste eksisterende planlægningsmodeller.

Debatterne i planlægningsgruppen omkring måling af indsatser og fastsættelse af målgruppe kolliderede med ønsket om at udvikle det tværsektorielle samarbejde og metodeudvikle i forhold til at reducere den voksende ulighed i sundhed. En ulighed, som paradoksalt nok er på den politiske dagsorden, men som altså ikke på samme måde er nem at argumentere for i forhold til den forvaltningsmæssige logik og sammenhæng. Dette tension point kan henvises til en instrumentel rationalitet kontra en værdirationalitet og til en manglende sammenhæng mellem de forskellige samfundsmæssige niveauer og sfærer.

Forandrings- og læringsmulighederne ligger i sammenkædning mellem niveauerne.

En planlægningsmodel, som forøger at tilgodese samarbejdet mellem niveauerne med anvendelse af en kommunikativ empowerment-baseret tilgang, er Roar Amdams HEPRO-planlægningsmodel, der forsøger at forbinde kommunikativ

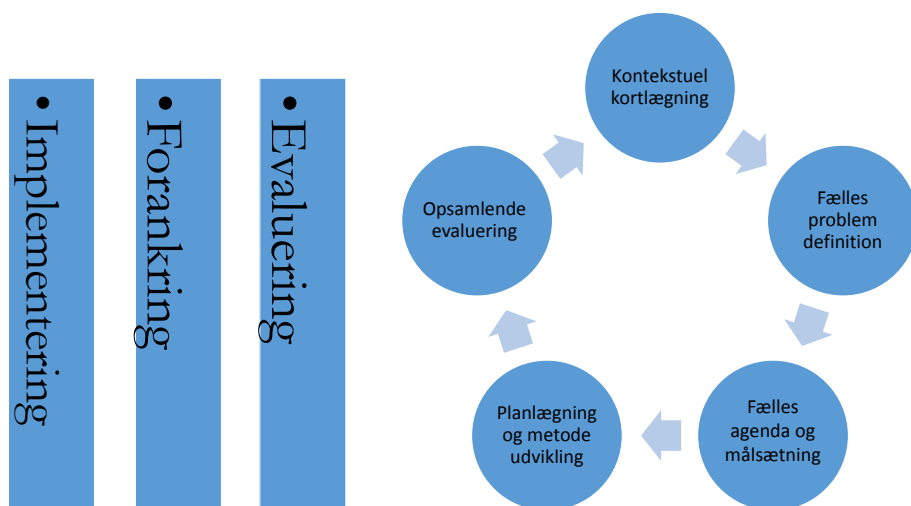
og instrumentel handlen. Jeg har kritiseret, at modellen ikke i eksplicit form har fokus på bottom up-perspektivet i den kommunikative tilgang. I samarbejdet i NV havde den vidensudvikling, der foregik på lokalsamfundsniveau, svært ved at blive videreført vertikalt i det kommunale system. Dette er ikke et nyt fund eller ny viden, men det er væsentligt her, at en planlægningsmodel indeholder et empowerment-perspektiv til understøttelse af den politiske proces og dermed kan bidrage til at understøtte kommunikationen mellem det lokale og det centrale niveau.

Den fælles agenda for projektet og eksponering af det daglige arbejde, for eksempel diskussionen om de forskellige anvendelser af borgerinddragende metoder og dermed også de bagvedliggende forskellige forvaltningslogikker, medførte, at de lokale medarbejdere blev enige om at samarbejde om at argumentere for det daglige arbejde og samarbejde om at styrke det politiske lobbyarbejde på tværs af sektorerne. Dette viste sig afgørende for processens videre forløb, da deltagerne i planlægningsprocessen havde opnået empowerment til at fastholde den fælles agenda på trods af, at den oprindelige projektansøgning gennemgik en radikal omskrivning af formål og samarbejdsform efter ansøgningsprocessen i forvaltningen. Dette har medført, at pilotprojekt "Lige adgang til sundhed" i dag er en del af den daglige drift i Forebyggelsescenter Nørrebro, FCN, og er blevet omdøbt til "Sammen om sundhed". Projektet indeholder i dag et fokus på ressourcer og på tværgående samarbejde, og ikke mindst arbejder FCN på, i samarbejde med andre lokale institutioner, at "åbne" institutionen op og udvikle nye sundhedstilbud målrettet borgernes (sociale) sundhedsbehov.

Afhandlingens metodeudvikling:

Mine fremgangsmåder og principper for planlægning henter inspiration fra HEPRO-modellen og er også på linje med FELIS-modellen (Flerstrengede Evidensbaserede Lokale Indsatser for Sundhedsfremme), der forsøger at opnå samspil og synergi mellem sundhedsinterventioner og målgruppens behov i et helhedsorienteret perspektiv. Der er dog en afgørende forskel, idet jeg anvender phronetisk aktionsforskning og dermed har en mere integrativ forskerrolle, hvilket jeg vender tilbage til i besvarelse af anden del af afhandlingens problemformulering.

I forhold til den i afhandlingen udviklede planlægningsmetode er der, som tidligere vist, tale om nedenstående processuelle planlægningsmodel:



Figur 21: Gengivelse af figur 17: Skematisk fremstilling af egen planlægningsstilgang i projekt "Lige adgang til sundhed".

Principperne bag fremgangsmåden er:

1. Kontekstuel kortlægning.
2. Oparbejdelse af fælles problemdefinition – agenda og målsætning.
3. Planlægning og metodeudvikling (vidensudvikling gennem anvendelse af den eksisterende teoretiske og praktiske viden).
4. Opsamlende evaluering.

Den kontekstuelle kortlægning har til hensigt at tage udgangspunkt i de kontekstuelle forhold og undersøge, hvordan disse indskrives i en større samfundsmæssig kontekst, altså forbindelsen mellem den lille og den store historie. Første del af problemformuleringen omhandler altså, hvilke barrierer og muligheder der eksisterer for at planlægge og facilitere en community health-tilgang til en dansk lokalsamfundskontekst. Som svar herpå eksisterer der muligheder i form af:

1. Et veludviklet velfærdssystem.
2. En national og en kommunal politisk målsætning om at reducere den eksisterende voksende ulighed i sundhed.
3. Der eksisterer en professionsfaglig villighed til at ændre de nuværende arbejdsmetoder.
4. En stor frivillighedssektor med etableret samarbejde til det kommunale system, som ønskes udviklet.

5. Mulighed for at inddrage en værdirational tilgang til den nuværende instrumentelle rationalitet.
6. Mulighed for at anvende og understøtte ikke-kommunale medarbejdere (for eksempel viceværter) i det sundhedsfremmede arbejde.

Der eksisterer barrierer i form af

1. Dominerende topdown-magtperspektiv.
2. De nationale sundhedsstrategier er ikke effektive i forhold til at reducere den voksende ulighed i sundhed.
3. NPM og siloopdelt forvaltningspraksis i kommunerne.
4. Manglende forståelse af sundhedsbegrebet og community health-tilgangen.
5. Manglende vertikal og horisontal koordinering og manglende tværsektorielt samarbejde.
6. Manglende metodeudvikling inden for sundhedsplanlægning indeholdende et kontekstuel sundhedsperspektiv.

Der er ikke tale om en udtømmende liste, for eksempel kommer den manglende koordinering til udtryk på forskellig vis i de forskellige samfundsmæssige sfærer. På nationalt plan er der tale om en siloopdeling og et manglende tværsektorielt samarbejde, for eksempel en adskillelse mellem det sociale og sundhedsmæssige arbejde, eller måske snarere et manglende "health in all"-perspektiv, som videreføres nedad i systemet. På det kommunale niveau er netværk og kapacitetsopbygning en mangelvare på trods af retorik og fokus på oprettelse af partnerskaber. Partnerskaberne foregår hovedsageligt på et institutionelt plan, hvor der er fokus på etablering mellem den private og den offentlige sektor, og i mindre grad også på den frivillige sektor, og i endnu mindre grad på borgerne. Dette viser sig blandt andet ved, at forvaltningen ved ændring af projektansøgningen "Lige adgang til sundhed" inddrog et samarbejde med Lungeforeningen og et fokus på lungesygdommen KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom), og ved at FCN har været bedre til at videreføre fokus på institutionelle partnerskaber frem for koordinering af frontmedarbejderne i lokalområdet, udvikling af sundhedsambassadører og anvendelse af borgerinddragende metoder.

Der er altså tale om manglende koordinering vertikalt og horisontalt, men faktisk også nedad i forhold til borgerne.

Udarbejdelse af en fælles agenda har i projektet vist sig at være en vigtig forudsætning for udvikling af empowerment til det politiske lobbyarbejde som en vigtig, men overset faktor i en planlægningsproces.

Udarbejdelse af den fælles agenda er foregået gennem en længere proces, hvor der er taget udgangspunkt i en fælles problemstilling baseret på de kontekstuelle sundhedsbehov og vilkår. Denne proces har været tidskrævende og udfordrende da flere forskellige sundhedsforståelser og arbejdsmetoder, både tværsektorielt og mellem forskning og praksis, skulle forenes, men samtidig er det hele grundlaget for den fremkomne forandring og vidensudvikling, der er sket, og for hele procesens videre forløb.

Dette leder videre til besvarelse af afhandlingens anden del af problemformuleringen, som omhandler, hvorledes en planlægningsproces, der kombinerer forsknings- og erfaringsviden, kan bidrage til vidensudvikling inden for både sundhedsfremmepraksis og forskningsfeltet?

SAMMENHÆNG MELLEM FORSKNING OG PRAKSIS

Besvarelse af afhandlingens anden del af problemformuleringen tager udgangspunkt i et problemfelt med en beskrivelse af et eksisterende gab mellem forsknings- og praksisfeltet inden for sundhedsfremmefeltet. For ikke kun at påpege årsagerne til dette forskning-praksisgab har jeg søgt efter forandringsmuligheder og efter ny vidensudvikling, der kan mindske dette gab. Problemformuleringens anden del har taget udgangspunkt i, hvorledes en planlægningsproces, der kombinerer forsknings- og erfaringsviden kan bidrage til vidensudvikling inden for både sundhedsfremmepraksis- og forskningsfeltet?

Nedenstående afsnit besvarer denne problemformulering og beskriver, hvorledes den phronetiske aktionsforskningstilgang har bidraget til vidensudvikling og desuden har bidraget til dels et metodologisk ”epistemologisk turn” omhandlende ”hvad er viden og hvordan kan den frembringes?” og dels har sat fokus på et behov for at udvikle et begreb om social sundhed.

Aktionsforskning er praksisforskning, det er ikke muligt at bedrive aktionsforskning uden praksis, og hensigten med aktionsforskningen er, ligesom i forskning ge-

nerelt, vidensproduktion. Spørgsmålene er, i hvilken grad denne tilgang medfører, at der er tale om at forandre og forbedre praksis? Og på hvilken måde forskningen har fået viden, der kan anvendes til teoretisk videreudvikling inden for feltet?

En antagelse i aktionsforskningen er, at praksis besidder en viden, som det ikke er muligt at tænke sig til teoretisk. Dette er samstemmende med et phronetisk perspektiv, der også er baseret på interaktion og vidensdeling. Gennem det deltagende samarbejde, som ses indenfor phronetisk aktionsforskning, er hensigten, at forskning og praksis forenes, konkretiseres og tilpasses de kontekstuelle betingelser, og dermed fremkommer viden om, hvorledes teorier forstås og håndteres i praksis. Via den integrative forskerrolle i phronetisk aktionsforskning bidrager forskernes viden og eksterne blik med et teoretisk begrundet forslag til nye praksisformer, samtidig med at forskerens forståelse og egen praksis valideres i samarbejdet med praksisfeltet. Forandring og vidensgenerering sker altså her gennem samarbejde og via immanent kritik og selvrefleksion. Forskning ses som én blandt andre praksisformer, og det er den fremkomne form for selvrefleksivitet, der kendetegner phronetisk aktionsforskning.

En phronetisk aktionsforskningstilgang frembringer ikke generaliseret teoretisk viden, men frembringer kontekstuel viden, der fokuserer på at tackle de problemer, der eksisterer i samfundet.

Der er ikke tale om en idealfremstilling eller en udelukkende teoretisk fortolkning af et praksisfelt eller et fænomen, men om inddragelse af praksisforståelser, erfaringer og problemer med at håndtere teorien og de problemstillinger, der ligger bag. Der er dermed tale om tilegnelse af ny viden, som ikke kan fremdrives teoretisk. Der er tale om en praktisk håndtering af teorien og en validering af de teoretiske aspekter og perspektiver.

Den kontekstuelle forskningstradition kan, via metodetriangulering, bidrage med en dybdegående undersøgelse af et fænomen, i denne afhandling ”ulighed i sundhed”. Metodologisk er viden udviklet indefra og bottom-up ved at eksponere ligheder og forskelle, sammenligne habitus og erfaring, og dermed opnå refleksivitet, forandring og ny viden. Metodologien er dermed baseret på deltagelse og aktion. Det er denne fremkomne form for refleksivitet, der er et særkende for phronetisk aktionsforskning, og som har bidraget med forandring og skabelse af ny viden i praksis og i denne afhandling.

I forhold til sundhedsbegrebet fandt jeg ud af noget, jeg ikke havde regnet med. På trods af Ottawa-chartrets beskrivelse af et sundhedsfremmebegreb i 1986 og efterfølgende udvikling af sundhedsfremmemetoder og evidens for effekt, eksisterer der store vanskeligheder med håndtering af begrebet i praksis. Der er ikke tale om manglende kendskab eller manglende villighed blandt praktikere til at anvende begrebet, snarere der tale om *dele* manglende politisk empowerment eller manglende mulighed for at argumentere for en sundhedsfremmende tilgang, og *dele* manglende forståelse for et sundhedsbegreb, som har sin rod i sammenhængen mellem de sociale og de sundhedsmæssige aspekter af livet. Derfor vil en teoretisk og praktisk udvikling af et socialt sundhedsbegreb kunne bidrage til at reducere det eksisterende gab mellem praksis- og forskningsfeltet.

Sundhed i et WHO-perspektiv er baseret på viden, der er kontekstuel, social og relationel, og dette står i modsætning til biomedicinsk og epidemiologisk forståelse af sundhed, der er baseret på kontekstuaafhængig viden. Forskellen på de to sundhedsforståelser kan beskrives via et fokus på risikohåndtering, som eksisterer inden for den epidemiologiske sundhedsforståelse, som er bygget op omkring at diagnosticere årsags- og problemsammenhænge. Denne tænkning giver god mening, hvis der er tale om et simpelt system og en lineær årsags-virkningssammenhæng. Derimod er denne tænkning utilstrækkelig i sociale systemer, hvor der er tale om komplekse systemer og multifaktuelle årsags-virkningssammenhænge, og hvor for eksempel en forandring sket i en sammenhæng kan overføres til forandringer sket andre steder. Problemet med håndtering af sundhed opstår i denne forbindelse, idet sundhed, som har baggrund i et multifaktuelt felt, bliver håndteret via en lineær årsags-virkningssammenhæng med fokus på individuel adfærdsregulering.

Et socialt sundhedsbegreb beskrives i nedenstående tabel:

Tabel 11: Skematisk fremstilling af et socialt sundhedsbegreb

	Individ	Strukturel	Social
Mennesket	Rationelt handlende. Agerer ud fra information og valg af livsmål.	Omgivelserne har indflydelse på individers handlinger og adfærd. Instrumentel rationalitet.	Omgivelser, relationer og kontekster har indflydelse på individer, organisationer, politikken og samfundet.
Sundhed	Fysisk og psykologisk fænomen. Forankret i individet.	Påvirket af omgivelser som arbejde, nærmiljø, og natur.	Socialt, relationelt, kontekstuel fænomen. Mestring af livsvilkår set i et tværsektorielt og interdisciplinært governance-perspektiv.
Praksis	Behandling af sygdomme. Risikotænkning. Individuel adfærd-regulering via livsstilskurser.	Økonomisk fokus. Regulering gennem forbud og lovgivning.	Multidimensionalt kollektivt handlende fællesskab i sociale miljøer. Community health. Governance og social innovation på tværs af mennesker, borgergrupper, sektorer og vidensfelter. Kapacitetsopbyggende.
Sundhedsstrategi	Individ. Enstrengt. Måltrettet (targeted).	Individ. Enstrengt. Måltrettet (targeted) og social gradient.	Individ og kollektivt. Flerstrengt og måltrettet (targeted) og social gradient.
Formål	Ændre folks livstil. Fokus på adfærdregulering. Fysisk og i nogen grad mental sundhed.	Ændre de fysiske og økonomiske rammer. Lette ændring af livsstil.	Skabe sundhedsunderstøttende vilkår. Multilevel samt tværgående koordinering. Phronesis.

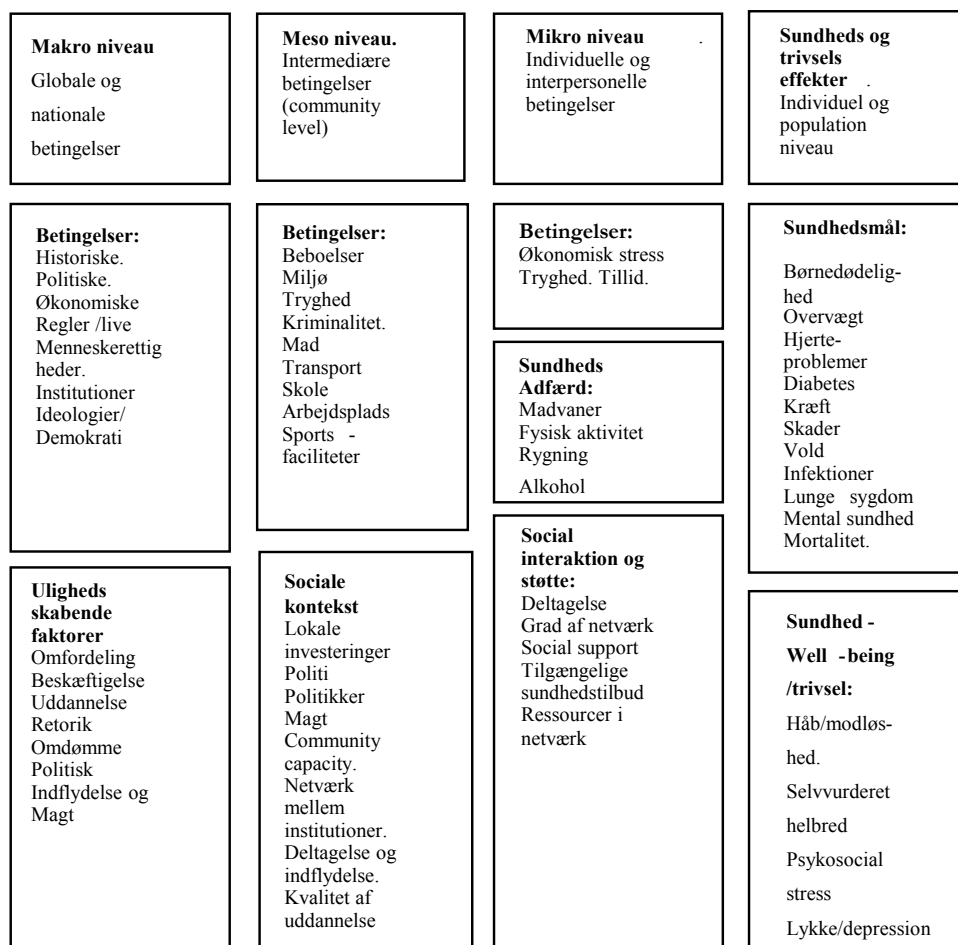
Et socialt sundhedsbegreb er et intersubjektivt, relationelt og kontekstuel begreb, der er baseret på etablering af en vis grad af relationer til andre mennesker, tryghed blandt andet til at indgå nye venskaber, institutionel og generel tryghed, og empowerment til at kende sine behov og sige sin mening.

Et begreb som social sundhed kan skabe viden om sammenhængen mellem sociale indsatser og sundhedsindsatser. Sundhed som et åbent, foranderligt, kontekstuel og socialt begreb bør, for at have effekt, integreres i de nationale og kommunale sundhedsforståelser og sundhedsfremmestrategier. Målet er ikke kun at måle udbredelsen af sundheden eller usundheden, eller at måle middelalderen eller dødeligheden. Målet er at udvikle strategier for, hvordan sundhed kan fremmes i forskellige sammenhænge og kontekster. Dette kræver viden om, hvorledes individer og grupper af individer i deres sociale kontekst får mening og træffer beslutninger, der påvirker deres sundhed. Individuel handling må i denne sammenhæng forstås som et resultat af interaktion med det sociale og det fysiske miljø. En social forståelse af sundhed kan skabe fokus på ressourcer, empowerment og facilitering af sundhed.

En yderligere pointe er, at begrebet social sundhed bør udvikles yderligere i samarbejde med praksisfeltet, *dels* for at synliggøre forbindelsen mellem de sociale og de sundhedsmæssige aspekter på og imellem de forskellige samfundsmæssige sfærer, og *dels* for inddrage den i praksisfeltet eksisterende viden og de muligheder og barrierer, der fremkommer. Dermed fremmes forståelsen og håndteringen af begrebet social sundhed, og de nationalt og internationalt beskrevne implementeringsvanskeligheder mindskes, hvilket ikke mindst vil øge muligheden for, at det eksisterende gab mellem sundhedsfremmeforsknings- og praksisfeltet kan mindskes.

Det er vigtigt at fremhæve, at evaluering af sundhedsindsatser må afspejle de effekter, der kan arbejdes på. Evaluering kan også afspejle kontekstuel viden, hvilket en empowerment-evaluering er et eksempel på, og ikke udelukkende kontekstafhængig viden, som epidemiologisk evidens er et eksempel på. Evaluering er mere end måling af sundhedsfakta, det handler også om at vise både sociale effekter og sundhedseffekter samt måle det arbejde, der udføres, og som bidrager til synliggørelse af indsatserne, der endvidere kan anvendes som argumenter i den politiske proces i en kommunal sammenhæng.

For at forsøge at beskrive den komplekse sammenhæng mellem sundhed på forskellige samfundsmæssige niveauer har jeg, inspireret af miljø og sundhedsfremmeforskerne Schultz og Northridge (Schultz & Northridge, 2004), i kapitel 3 og nedenstående fremvist en skematisk fremstilling af de faktorer, der har indflydelse på social, fysisk og mental sundhed, og ikke mindst hvor årsagerne til sundhed produceres på forskellige samfundsmæssige niveauer.



Figur 22: Gengivelse af figur 1: Figuren er inspireret af Schultz og Northridge (Schultz & Northridge, 2004)

Skemaet skal forstås således, at der er forbindelse og sammenhæng mellem de forskellige sidestillede kasser, således at skemaet illustrerer sammenhængen mellem de forskellige samfundsmæssige sfærer og forbindelsen til fysisk, psykisk og mental sundhed. Grundlæggende faktorer af uretfærdigheder på makroniveauet bliver produceret og reproduceret gennem sociale processer og gennem organisationer og intuitioner på mesoniveauet. For at undgå reproduktion af disse er det afgørende at inddrage de grundlæggende årsager til ulighed i sundhed.

Det samfundskritiske perspektiv i afhandlingen tager udgangspunkt i et kritisk teoretisk perspektiv, hvor Habermas (Habermas, 2003) fremfører, at en af den moderne samfundsvidenskabs store udfordringer er, at det samfundsmæssige og det

individuelle analyseres hver for sig, og at dette bevirker, at kontekstuelle analyser og perspektiver på ”det levede liv” falder bort.

Jeg har i afhandlingen taget udgangspunkt i et casestudie foretaget på mesoniveauet med involvering af mikroniveauet og en del af forvaltningsniveauet i en kommunal sammenhæng. Jeg har som beskrevet ikke foretaget forskning på det samfundsmæssige makroniveau ud over at hente viden fra international sundhedsfremmeforskning og metodeudvikling, nationale sundhedsdokumenter og statistisk viden om sundhed ud fra et epidemiologisk sundhedsperspektiv. Alligevel har jeg inddraget et multilevel-perspektiv ved at sammenligne data fremkommet på de forskellige niveauer og ved at se på forbindelsen mellem den lille og den store samfundsmæssige historie.

Men kan man udlede viden om samfundet ud fra et casestudie? Her kommer afhandlingens phronetiske vidensperspektiv, hvor viden er mere end traditionel teoretisk viden (epistémé), i fokus.

Hvad er viden? Hvilken viden eftersøges, og kan man generalisere ud fra et casestudie?

I forhold til casestudiet fremhæver casestudieforskerne Gary Thomas og Bent Flyvbjerg, at phronesis omhandler en kontekstuel viden eller en praktisk viden, hvor forskeren går fra praksis til teori. Den kontekstuelle viden, som beskrives som phronesis, fremstår som emergerende og åben for modifikationer, eftersom den er kontekstuel, og som derfor ikke nødvendigvis tilbyder endegyldige svar på problemstillinger, men derimod er holistisk, problemorienteret og videnskabende. Flyvbjerg og Thomas er uenige om, hvorvidt det er muligt at generalisere ud fra et casestudie. Thomas afviser generalisering, hvorimod Flyvbjerg mener, at en vis form for generalisering er mulig, da det er muligt at lave en teoretisk generalisering ud fra eksemplets magt. Casestudiets teoretiske generalisering kan ifølge Flyvbjerg bestå i, at man generaliserer i forhold til sin teori ved, at de fremkomne data kan styrke, svække, nuancere eller forkaste denne teori. Flere cases med samme resultat kan styrke og validere et casestudies resultater, men behøver ikke nødvendigvis sige noget om resten af verden. Flyvbjerg påpeger, at fravær af en generel, formel generalisering ikke betyder, at et casestudie ikke bidrager til viden inden for et felt, og han understreger, at formel generalisering er overvurderet som basis til videnskabelig udvikling, mens „eksemplets magt“ er undervurderet. (Flyvbjerg,

2012, 1993, 2011). Thomas fremhæver, at kravet om generalisering medfører, at fokus på, hvad en undersøgelse forsøger at vise, mistes, og han pointerer, at casestudiet i stedet må indrammes, ikke i en naturvidenskabelig generaliserende ramme, men i en phronetisk og reflektiv ramme, hvor casestudiet skal vurderes på dets bidrag til forståelse (Thomas, 2010).

I stedet for et fokus på generalisering synes det vigtigere at spørge: Hvilken slags viden er brugbar, i hvilken sammenhæng, og i hvilken kontekst?

Inden for sundhedsfremmefeltet har jeg argumenteret for et behov for frembringelse af kontekstuel viden, og den phronetiske aktionsforskning i afhandlingen har vist, at der mangler udbredelse af viden om sundhedsfremmebegrebet. Endvidere er der behov for udvikling af et socialt sundhedsbegreb, der kan afhjælpe det eksisterende gab mellem teori og praksis inden for sundhedsfremmefeltet.

Afhandlingen vidensproduktion har derfor ikke fokuseret på at udvikle en universel planlægningsmodel, men derimod sigtet på at udvikle metodologiske principper for videns- og metodeudvikling i sundhedsfremmeprojekter i lokalsamfund. En kontekstuel viden kan ligesom i Flyvbjergs beskrivelse af eksemplets magt anvendes i andre sammenhænge og i andre lokalsamfund.

Jeg har i afhandlingen indplaceret mit casestudie i forhold til anden national og international forskning. På nationalt niveau ligner community health-tilgangen især FELIS-projektet, men i min fremgangsmåde i projekt "Lige adgang til sundhed" er der tale om en mere aktiv forskerrolle, og selve forskningsprocessen er mere open-ended. Der er ikke tale om implementering eller afprøvning af en kendt model eller anvendelse af bestemte evalueringskriterier, men snarere er der tale om metodeudvikling ud fra en aktionsforskningstilgang.

På denne vis udgør min planlægningstilgang en blanding af flere modeller, idet planlægningstilgangen, ligesom i HEPRO-modellen, tager udgangspunkt i aktionsforskningscirklen.

Det phronetiske aktionsforskningsperspektiv har i afhandlingen medført:

- Udgangspunktet i en kontekstuel kortlægning, fælles problemdefinition, fælles agenda og målsætning, herunder fastsættelse af evalueringsdata,

har i dette casestudie bidraget til forandring og ændret den institutionelle dømmekraft.

- En faciliteret metodeudvikling, der har medført empowerment for praksisdeltagerne, idet de fandt nye muligheder og argumenter for det daglige arbejde.
- Den phronetiske aktionsforskningsproces har givet adgang til viden der ellers er svært tilgængelig, og fremkomsten af immanent kritik har haft afgørende betydning for den fremkomne forandring og vidensproduktion.
- Metodologien kan overføres til andre projekter og lokalsamfund, hvilket var et af målene med planlægningsprocessen i pilotprojektet "Lige adgang til sundhed".
- Casestudiet har vist, at det er muligt at skabe forandring uden en ekstern implementeringsproces, men gennem intern kollektiv refleksion og immanent kritik.

Phronetisk aktionsforskning, kan endvidere ændre den institutionelle dømmekraft gennem intern kollektiv refleksion og immanent kritik. Der er gennem den phronetiske aktionsforskningstilgang med eksponering af forforståelser og habitus fremkommet forandring. Dette er for eksempel sket gennem diskussion af de anvendte metoder, som dels har medført refleksion over metodeudviklingen i projekt "Lige adgang til sundhed", og dels har medført refleksion over det daglige arbejde og de nuværende sundhedstilbud, og om hvorvidt de medfører de ønskede mål, samt til refleksion over på hvilket grundlag der egentlig træffes beslutninger.

Processen har medført at projekt "lige adgang til sundhed" nu er en del af den daglige drift, og har ændret navn til "Sammen om sundhed".

Afhandlingens kontekstuelle vidensproduktion peger på følgende to konkluderende fund.

1. De nuværende enstrengede nationale sundhedsstrategier kan anses som ineffektive i forhold til at reducere ulighed i sundhed forstået i et WHO sundhedsfremmeperspektiv.
2. Afhandlingen casestudie har vist at Community health tilgangen er en alternativ planlægningsstilgang.

YDERLIGERE FORSKNINGS- OG PRAKSISUDVIKLING

Afhandlingen har vist, at der er et behov for at mindske det eksisterende gab mellem forskning og praksisfeltet inden for sundhedsfremmefeltet. Derfor vil udvikling af phronetisk aktionsforskning kunne udvikles og dermed bidrage med ny viden om behov for yderligere udvikling af sundhedstilbud og sundhedsstrategier. En phronetisk aktionsforskningstilgang kan bidrage med et bredere og mere værdirationelt perspektiv på den nuværende samfundsforskning og sundhedsfremmeforskningen.

Afhandlingen har vist, at der er et behov for yderligere forskning i kontekstuel sundhedsviden. I forhold til evaluering og evidens er der et behov for at udvikle en evalueringspraksis, hvor praksisarbejde og måling skal være samstemmende og tage udgangspunkt i aktuelle behov og problemstillinger.

Det er fortsat nødvendigt med epidemiologisk forskning, men i samspil med andre evalueringsmetoder. Der er behov for dels at udvikle og afprøve internationale sundhedsfremme evalueringsmetoder, som også kan beskrives som eksterne evalueringsmetoder. Men i særdeleshed et der behov for at udvikle interne evalueringsmetoder, der kan beskrive det daglige arbejde, måle på sundhedseffekterne, også de sociale, og facilitere viden og empowerment til at kunne argumentere i forhold til den politiske proces, som er en del af en sundhedsfremmeplanlægningsproces.

Community health-tilgangen har behov for at blive udviklet i forhold til en dansk velfærdsmodel og som alternativ til det nuværende fokus på sundhed i en sygehuskontekst eller en forebyggelseskontekst.

Community health-tilgangen har i afhandlingen vist, at vigtige sundhedsbehov overses via et dominerende fokus på KRAM, som ikke indeholder de sociale determinanter til sundhed.

Der er behov for udvikling af de nationale sundhedsstrategier. Sundhedsstyrelsens tilgang kan ikke overføres på fænomenet ulighed i sundhed, og derfor er de nationale sundhedsstrategier ineffektive i forhold til ulighed i sundhed. Derfor er der et behov for at anvende og udvikle et community health-perspektiv til en dansk lokalsamfundskontekst, da den internationalt har vist sig effektiv i forhold til fænomenet ulighed i sundhed.

Hvis vi, som samfund, ønsker at ændre på den nuværende situation med ulighed i sundhed, må vi gøre noget anderledes og lede efter alternativer til de nuværende sundhedsstrategier. En community health-tilgang er et alternativ.

Liste over empiri

Dette kapitel skal ses som et bilag eller en dokumentation for det empiriske arbejde. Det er ikke et kapitel der skal læses som en direkte forlængelse af afhandlingen, men mere som en lang fortløbende beskrivelse af det empiriske arbejde. Der er tale om en lang tidsliste kombineret med feltnote notater og umiddelbare fund og refleksioner, som de er fremkommet gennem processen.

Beskrivelsen af de vigtigste, umiddelbare fund er lavet med hensigt på at kunne få dels et tidsperspektiv over dataindsamlingen og dels en forståelse af de vigtigste, umiddelbare fund. Den nærmere beskrivelse og sammenhængen mellem fundene og den øvrige kontekst er blevet fremhævet og analyseret i afhandlingen. I afsnittet med hovedempirien har jeg har et punkt, der hedder Indsigter/forandring. Dette er lavet for at tydeliggøre steder, hvor jeg finder, at der sker forandringer eller sporændringer i planlægningsforløbet.

Nedenstående første afsnit redegør for baggrundsviden inden indsamling af hovedempiri. Derefter følger er længere afsnit med afhandlingens hovedempiri indsamling. Kapitlet afsluttes med et afsnit omhandlende den sekundære empiri-indsamling, som har bidraget til afhandlingens videns indsamling.

BAGGRUNDSEMPIRI

Baggrundsempirien er foruden min tidligere erhvervserfaring som sygeplejerske og leder i sundhedssektoren startet med en videreuddannelse til Master of Public Policy, og en masterafhandling omhandlende den daværende ”professionskrise” med manglende arbejdskraft i sundhedssektoren.

Masterafhandling

”Professionskrisen i velfærdssamfundet”,

Larsen og Andersen:

2008

Metode: Interviews med:

1. *Tidligere chef i finansministeriet* og nu Universitetsdirektør, DTU.
2. *Studielederen* Sygepl.udd. i Roskilde.
3. *Studievejlederen fra* sygepl.udd. Roskilde.
4. *Ledende studierektor*, Sygeplejerskeuddannelsen (UCL).
5. *Professionsforskeren*, Lektor, Sundhedsfremme (RUC). Og
6. *2. næstformand* i DSR.

Bidrag til baggrundsviden inden ph.d.-forløbet: Masterprojektet er udarbejdet i 2007 i en periode, hvor der var mangel på kvalificeret arbejdskraft i det danske velfærdssamfund. Vi havde i projektet fgl. problemformulering: ”Hvilke mulige strategier kan vi udvikle i en målsætning om at rekruttere og uddanne kompetent arbejdskraft til sygeplejefprofessionen?” Afhandlingen har omhandlet uddannelses- og professionssociologi. Der har endvidere været et multilevel-perspektiv på styringen af den offentlige sektor.

Jeg er i øvrigt uddannet sygeplejerske og har flere års ledelsererfaring.

Masterafhandlingen har givet et indblik i styringen af den offentlige sektor i en periode, hvor der har været fokus på indføring af NPM som styringsteknologi. Afhandling viste, hvorledes denne styreform havde konsekvenser for velfærdsprofessionernes, især sygeplejerskernes, selvforståelse og faglighed.

Speciale, Sundhedsfremme, RUC.
Empiri fra Gellerup
Community Center Gellerup + Sundhedscenter Århus.
2010-2011

Metode: Komparativ analyse, observationsbesøg over flere dage. Interview, afholdt fem dages felttur for studerende i Community Center Gellerup + samarbejdspartnere og foreninger i området.

Sundhedsfremmeprojekt K1- interview med leder og to medarbejdere fra Sundhedscenter Århus

Bidrag til baggrundsviden inden ph.d.-forløbet: Eksempel på community capacity-tilgang i et udsat boligområde. Professioner i området anvender opsøgende metoder +tilgangen baseret på empowerment og AI, hvilket er afgørende for deltagelse.

Opsøgende metoder og deltagelsesorienteret.

CCG har lavet en empowerment evaluering, EE.

Tilgang med tæt tværprofessionelt samarbejde. Netværksmøder systematiseret (årshjul). Fokus omkring foreningsarbejde og deltagelse. Udgangspunkt på lokalområdets behov. Bottom-up-tilgang.

Barrierer: manglende vertikal empowerment i forhold til forvaltning. Der er en kamp om sundhedstilgangen.

Er drevet af ildsjæle.

Sundhedscenter Århus, som er allokeret med en satellitafdeling dør om dør med CCG, har et KRAM-fokus. I specialet viste jeg, hvordan forskellen i sundhedssyn giver store forskel i de tilbud og dermed den effekt, der fremkommer. Fx: Hovedsagelig midaldrende kvinder (kronisk syge) anvender sundhedshuset, mens både mænd og kvinder i alle aldre anvender CCG.

I modsætning til Fuglekvarteret er Gellerup et mere geografisk lukket område. Der er kun to boligforeninger i området.

Kommunalt netværk/Samarbejdsforum + RUC

Samarbejdsforummet fungerer aktivt fra **september 2010 til september 2011**.

Deltagere: Forskere fra RUC,

Center for sundhedsfremmeforskning, CSUF

+ sundhedschefer og sundhedskonsulenter i region Sjælland.

Roskilde, Odsherred, Sorø, Holbæk, Kalundborg, Greve, Næstved, Lolland, Stevns, Vordingborg og Ringsted.

Bidrag til baggrundsviden inden ph.d.-forløbet: Hovedspørgsmål fra kommunerne:

Hvad virker? Hvordan kan vi knytte dokumentation på det, der virker? Hvordan knytter vi dokumentation på inddragelse af borgere? Hvordan får vi sundhedsfremme bredt ud? Den forskningsmæssige og den evalueringsmæssige side af vores arbejde mangler ofte.

Kommunerne kan i samarbejde med RUC få knyttet forskning til det kommunale arbejde.

En del, oven i købet megen, indsats på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet er politisk defineret, men med svagt forskningsmæssigt underlag. Der mangler også viden inden for feltet af kommunale aktører – tværsektoriel, tværkommunal og samfundsmæssig tværgående viden om sundhedsfremme og forebyggelse.

Bredere set kan man sige, at der mangler evidens for sundhedsfremme og forebyggelse på mange områder – og der mangler evalueringer. Der er brug for evidens som: situeret og kontekstualiseret viden, pragmatisk og provisorisk viden – dvs. udviklingsbaseret viden som man kan skabe i praksisnær forskning, der går tæt på kontekst og proces.

Der mangler langsigtet viden om de processer, hvorunder sundhed påvirkes og forandres, hvilket er et oplæg til at, forskere involverer sig i forandringsprocesser og praktikere i forskningsprocesser i et langsigtet perspektiv.

Beskrivelse af netværket: Samarbejdsfora for vidensbaseret rehabilitering, sundhedsfremme og forebyggelse. Samarbejdet skal være med til at knytte praksis på sundhedsområdet i kommuner sammen med forskning inden for sundhedsfremme og forebyggelse – og det kan være en indgang til forskning og evaluering af konkrete tiltag på sundhedsområdet. Formålet med samarbejdet er udveksling

af ideer, erfaringer og viden. I samarbejdsforummet vil der blive lagt vægt på følgende tre hovedoverskrifter: 1. Brugerinddragelse i arbejdet med rehabilitering, sundhedsfremme og forebyggelse. 2. Arbejdet med at reducere ulighed i sundhed. 3. Sundhedsfremme i lokalsamfundet og skabelse af sundhedsfremmende settings. Refleksioner: Dette samarbejdsforum eksisterer ikke mere, hvilket jeg tror skyldes, at samarbejdet ikke blev konkret nok. Praksisfeltet har fokus på metodeudvikling og forskningsfeltet mere på vidensudvikling. Vi forsøgte dog at etablere et samarbejde via nedenstående forskningsansøgning.

Forskningsansøgning til Tryg Fonden.

Afleveret

1.12. 2011.

Metode: Deltagelse i den sidste del af forskningsansøgningen. Bidraget med samling og formidling af hovedpointer. Deltaget i møder med og kommunikation med de involverede kommuner i region Sjælland og Københavns Kommune.

Bidrag til baggrundsviden inden ph.d.-forløbet: Eksempel på skitsering af en forening af praksis og forskning:

Udgangspunkt i de deltagende kommuners aktuelle problemstillinger (Kommuner fra region Sjælland, som vi har kendskab til via Samarbejdsforum).

Skitsering af et metodeudviklingsprojekt involverende principperne i en empowerment-evaluering

Forskningsansøgningen blev afvist hovedsagelig på grund af manglende målfastsættelse og målbarhed af resultaterne.

DTA projektet - "Fra dagtilbud til aktivitets- tilbud".

Evalueret af en omlægning af ældretilbuddene i Kbh. NV.

August 2010- august 2011.

Metode: Fungerer som evaluator i samarbejde med Lektor Anne Liveng, RUC. Vores opgave var at evaluere projektets læringseffekt for de involverede professioner.

Bidrag til baggrundsviden inden ph.d.-forløbet: Ny strategi for udvikling af

dagtilbud for hjemmeboende ældre. Målet med processen er implementering af et aktivitetsbaseret dagtilbud, der – i samspil med kommunens øvrige tilbud – tilgodeser de ønsker og krav, som nutidens ældre kan stille til den kommunale service på dagtilbudsområdet.

Vi skulle evaluere udviklingsprocessen for medarbejderne, dvs. den undervisning, de har modtaget, og ikke mindst den læring, som medarbejderne har fået ud af undervisningsforløbet.

Vores evalueringsproces gav indblik i en kommunal forvaltning, der ønskede en omlægning af ældreplejen, men som også (mere uformelt) ønskede, at medarbejderne ændrede adfærd over for borgerne i form af mere fokus på, at de ældre skal gøres selvhjulpne – og de ønskede at inddrage frivillige i arbejdet. Der opstod dog frustrationer, da medarbejderne ikke følte sig inddraget i processen.

Sundholmen

Et udsat boligområde – kvarterløftsplan.

Sept. 2012.

Metode: Underviser på casekursus for K2 sundhedsfremmestud.

Bidrag til baggrundsviden inden ph.d.-forløbet: Undervisning i ABCD¹ som metode. De strukturelle mekanismer bag social polarisering adresseres ikke. Faren ved frivilligt arbejde er, at der kommer en afhængighed af private investorer og deres ”kæphest”/ specielle målgruppe.

Ungeområdet anvendte ”stærke” rollemodeller fra området som motivationsfaktor/ empowerment.

Haver og projekt By-bier for de hjemløse.

Generelt stort fokus på gadens anvendelse og indretning. Mindre fokus på sundhed. Indsigter: I Sundholmskvarteret arbejdes der meget ud fra et byfornyelsesperspektiv, og for at skabe plads/ rum til de mennesker, der lever på gaden. I et empowerment-sigte arbejdes der med at skabe dels områdets identitet via kunst i gaderne, der fortæller om områdets historie, og dels arbejdes der fx i ungdomsklubben med at skabe og fremvise ”gode rollemodeller” for de unge. (Billeder på Instagram).

1 ABCD - ’Asset Based Community Development’; en ressourcebaseret tilgang til boligområder og byudvikling (Kretzman & McKnight 1993)

Leeds Metropolitan University

Studietur med mine 2 vejledere Jesper Holm og John Andersen til

Leeds Health Promotion Center, ved professor Jane South.

2.12.-7.12.2012.

Metode: Observation på universitet og besøg på tre forskellige Health promotion-projekter i udsatte boligområder i Leeds.

Opstart af ERASMUS-link mellem Leeds og RUC.

Bidrag til baggrundsviden inden ph.d.-forløbet: UK har et anderledes (mere liberalt) velfærdssystem.

Kommuner og professioner spiller mindre rolle. NGO'er² spiller en større rolle.

Finansieringen er hovedsagelig baseret på fonde og midlertidige budgetter.

Community capacity-tilgang er mere udbredt. Større erfaring med evaluering af projekter.

Fund og refleksioner over besøg: Tre meget forskellige projekter.

Et fra et geografisk afgrænset område med en slags community center – Hamara.

Et andet med et community-perspektiv, der ikke havde direkte geografisk afgrænsning, men alligevel tilhørte det "laveste sociale lag" i et bydelsområde. Fokus på sundhedsformidlere. CHE's³, som gik ud i området også på institutioner, b.l.a. fængslet. Der var her fokus på anvendelse af den "street credibility", som de frivillige havde og anvendte i deres tilgang til deres medbeboere.

Det tredje eksempel er "Altogether better", som er en form for paraplyorganisation over de mange NGO'er, der eksisterer i England. Organisationen arbejder med et empowerment sigte.

Der er et fokus på evidensbaseret og måling af sundhedseffekter trods empowerment-sigte. (Et fokus, som jeg senere genkender i Bispebjerg)

I England eksisterer en Community capacity-tilgang, som i stor udstrækning er baseret på frivilligt arbejde og uden professioner.

Jeg holder oplæg om betydningen af de forskellige velfærdssystemers indvirkning på HP⁴ – eller måske har empowerment-tilgangen stor betydning. Under alle omstændigheder er professionernes rolle i DK større end i UK.

2 NGO – Non Governmental Organization

3 CHE – Sundhedsambassadører – frivillige fra lokalområdet.

4 HP – Health Promotion på dansk – Sundhedsfremme.

Indsigter: Jeg ønsker derfor at kombinere *borgerdeltagelse med professionsdeltagelse* i mit perspektiv på sundhedsfremme og udjævning af ulighed i sundhed, som eksisterer i DK.

Jeg har overvejelser over tilgangen til HP og også til planlægning og IMPLEMENTERING af projekter. Dette fokus på implementering startede med HP-konferencen i Tallinn, hvor der var fokus på gab mellem teori og praksis, og hvor sundhedsfremmeforskeren Richard Parish pointerede, at det svageste led i planlægningsprocessen er implementeringen.

HOVEDEMPIRI

Dette afsnit omhandler afhandlingens fortløbende empiriindsamling.

Min motivation for samarbejdet med Københavns Kommune:

Jeg er 100% RUC-finansieret. Egentlig lå min ph.d.-ansøgning i forlængelse af en forskningsansøgning til TRYG Fonden, men denne ansøgning blev ikke finansieret. Dermed har det fra starten ikke været givet, hvilken samarbejdspartner der kunne/skulle indgå i afhandlingens empiriindsamling. Dette gav mig store overvejelser over, hvordan jeg skulle lave et aktionsforskningsprojekt alene, uden en empirisk samarbejdspartner. Til gengæld havde jeg mulighed for at vurdere, om en given samarbejdspartner ville kunne være interessant i forhold til mit ønske om at lave aktionsforskning, og det havde stor betydning, at der ikke var finansielle implikationer mellem forskning og praksis. Dermed har der været basis for et mere ligeligt magtforhold.

Jeg havde i min søgning efter et empirisk nedslag bl.a. haft kontakt til sundhedscenteret i Roskilde Kommune, men fandt her, at mit sundhedsfremmeperspektiv dels ville blive knyttet op på en institutionel tilgang⁵ og dels ikke ville kunne modsvare mit ønske om at have et community- og et multilevel-perspektiv inden for planlægning af sundhedsfremme.

I Københavns Nordvestkvarter (NV) har jeg, på grund af en allerede etableret kontakt mellem NV og RUC, haft mulighed for at indgå i et samarbejde om et

5 Ved institutionel tilgang mener jeg i denne sammenhæng, at samarbejdet vil være bundet op på sundhedscentrets traditionelle tilgang til forebyggelse.

sundhedsprojekt, ”Lige adgang til sundhed”⁶. Projektet er 1 ud 15 projekter, som er en del af en nystartet områdefornyelse⁷ for Fuglekvarteret, NV. ”Lige adgang til sundhed” er et pilotprojekt, der er forankret i Lokaludvalg Bispebjerg, som i øvrigt har til huse på det lokale bibliotek på Rentemestervej. Et lokaludvalg består af lokalpolitikere, borgere fra lokalområdet og kommunale medarbejdere (der udgør sekretariatet). Lokaludvalget har dels fokus på borgerinddragelse og dels at repræsentere og tage beslutninger i forhold til de lokale behov.

Jeg syntes, det var interessant at indgå i et samarbejde om et sundhedsfremmeprojekt, der var forankret i et lokaludvalg og ikke i en sundhedsinstitution, da der dermed fremkommer et potentiale for at have en borgerinddragende og kommunal tværsektoriel tilgang til sundhedsfremme. Lokaludvalget havde endvidere et ønske om at lave metodeudvikling og ville gerne have en forskningsmæssig tilknytning til et universitet.

Jeg formulerede følgende lille begrundelse for at indgå i samarbejdet: *”Mit forskningsprojekt kombinerer forsknings- og udviklingsarbejde. Jeg vil gerne bidrage til udvikling af strategier og beskrive dem forskningsmæssigt. Projektet kan evt. udarbejde en guideline for sundhedsfremmestrategier i lokalsamfund. Et samarbejde vil kunne give*

- Mulighed for at opgradere den kommunale sundhedsindsats inden for professionstækning, strategisk planlægning og sektorkoordinering,
- Opbygning af en flerstrengt intervention, der sigter på kapacitetsopbygning i udsatte lokalområder og mobilisering af ressourcepersoner i lokalområdet,
- evt. fokus på professionsforandring, dvs. udvikling af sundhedspersonalets organisering, tilgang og metoder”.

Dette blev starten på vores samarbejde.

6 Jeg blev først introduceret til lokalområdet og projektet via min bi-vejleder John Andersen, som i forvejen samarbejdede med lokalområdet. Dette er også grunden til, at John deltager i den første halvdel af planlægningsmøderne.

7 En områdefornyelse er en helhedsorienteret, områdebaseret indsats, hvilket vil sige, at der ikke kun arbejdes med fysiske udviklingsplaner, men også sociale, kulturelle og beskæftigelsesmæssige indsatser. Med en helhedsorienteret indsats arbejder områdefornyelser for at gøre udsatte byområder mere attraktive for bosætning og private investorer. (Sehested, 2003, 194). Områdefornyelsen Fuglekvarteret er en ud af syv områdefornyelser i Københavns kommune og er den nyeste med opstart i sensommeren 2012. Den varer frem til 2018.

Nedenstående er en liste over empiriindsamlingen og de umiddelbare fund/refleksioner. Jeg har lavet et punkt, der hedder indsigter/forandring for at tydeliggøre forandringsprocessen gennem forløbet.

Jeg har overordnet deltaget i en planlægningsproces, hvor vi har diskuteret vision, metode, mål og evaluering af pilotprojektet. Jeg blev i løbet af processen klar over, at dette pilotprojekt var tiltænkt som en metodeudvikling for et fremtidigt fireårigt projekt, som skulle forankres i Forebyggelses Center Nørrebro (FCN). Det forholder sig nemlig således, at FCN netop er flyttet ud af kvarteret og to km længere væk. "Lige adgang til sundhed" var dermed også tiltænkt som en løsning på at skabe adgang (transport) til FCN. Tolkningen af "lige adgang" blev derfor et af de første fokuspunkter i processen. Dette medførte endvidere, at lederen og to medarbejdere fra FCN er blevet inddraget i hele forløbet. Dette har senere vist sig at være afgørende for pilotprojektets videreførelse og forankring i FCN.

Ud over deltagelse i planlægningsmøder har jeg afholdt tre workshops, hvor jeg har anvendt metoden "fremtidsværksted". Jeg har afholdt en workshop med planlægningsgruppen⁸, en med ledere fra lokalområdet (hjemmesygeplejen/sundhedsplejen/voksenenhed osv.) og en med frontpersonalet i Fuglekvarteret. Det var oprindeligt hensigten, at jeg skulle holde en workshop med ikke-kommunale medarbejdere og borgere. Men denne workshop havde lokaludvalget svært ved at samle deltagere til. Jeg valgte derfor at indsamle viden om lokalsamfundet ved observation og interview med borgerne i Fuglekvarteret. Endvidere fik jeg pga. tidspres (da der var deadline for aflevering af en projektformulering til de kommunale budgetforhandlinger) hjælp fra en mandlig specialestuderende til at indsamle viden (mere herom senere). Hver workshop er startet med et oplæg fra mig om det brede sundhedsbegreb og om nationale sundhedsstrategier. Det vigtigste punkt har været, at jeg har fortalt deltagerne om den lokale viden, som jeg har indsamlet. Dette har medført et bottom-up-perspektiv, som deltagerne var meget interesseret i, og som har præget hele processen.

Jeg har endvidere deltaget i en del kommunale workshops, der har givet indblik i den aktuelle kommunale udvikling.

8 Planlægningsgruppen består af lederen af projektet, som er ansat i Lokaludvalg Bispebjerg, medarbejder fra områdefornyelsen, medarbejder fra Brobyggerfunktionen og medarbejder fra forebyggelsescenter Nørrebro.

Jeg har dels optaget planlægningsmøderne og workshops på lydbånd, som jeg har skrevet ud, og har dels gennemgået og diskuteret forløbet med Annette (lederen af projektet) eller Frederik (studentervedhjælp). Endvidere har jeg lavet efterrefleksion og feltnoter for mig selv. Mine refleksioner og tanker har jeg, som en slags historiefortælling, sat på spil under forløbet. Dette har været grundlag for dels justeringer af misforståelser/forforståelser og dels medført interessante debatter. Jeg har forsøgt at inddrage disse perspektiver i nedenstående liste over empiri.

Liste over Hovedempiri

Dato: 19.12.2012

Nordvestområdet – NV, Københavns Kommune – KK

½ dags deltagelse i casekursus med ”Plan, by og proces”.

Metode: Indblik i kvarterløftsplanen og områdefornyelsen af NV

Vigtigste umiddelbare fund: Oplæg ved frontmedarbejdere fra Teknik- og Miljøforvaltning – TMF⁹ – gav indblik i projekter omhandlende grønne arealer, fokus på samarbejde mellem kommune og civilsamfund – både borgere og institutioner/virksomheder.

Dato: 13.12.12.

Sundhedsdag for etniske kvinder;

Kulturhuset, Bispebjerg Bakke. Arrangeret af KK.

Metode: Fokusgruppe-interview af fem kvinder uden optagelse + skriftlig evaluering foretaget af KK.

I alt deltog 73 kvinder fra forskellige lande i arrangementet.

Fokusgruppe-interviewets metode: åben afsøgende tilgang. Bredt sundhedsperspektiv. Fokus på ressourcer.

Vigtigste umiddelbare fund: Lokal viden om kvindeligt etnisk sundhedssyn. Indledningsvis snak om kost og motion, men ved opfordring til et bredere sundheds-

9 TMF = Teknik- og Miljøforvaltningen i Københavns Kommune.

perspektiv fremkom problemstillinger om manglende mental støtte, manglende statsborgerskab (tør ikke rejse ud af landet), sygdom ses som en del af livet, medicin er dyrt, mange er skilt, det sociale netværk mellem kvinder er meget vigtigt og stærkt. Besøg hos læge og specialister anses som problematisk pga. sprogbarriere (kan ikke forklare symptomer) og mødes med mistro af systemet. Kvinderne har selv en del løsningsforslag: Vil gerne lave en cafe, snak med politiet om, hvordan man takler børn, der ikke hører efter, ønsker udflugter, cykelundervisning, IT-undervisning og psykologhjælp.

Refleksion: Jeg kom rimelig brat ind i denne sammenhæng (var egentlig bare inviteret). Jeg fik et godt indblik i kvindernes problemstillinger. Endvidere fik jeg god kontakt til en frivillig og ildsjæl, der arbejder med kvinderne og samtidig sidder i lokaludvalget Bispebjerg. Hun har senere i forløbet været en god kontaktkilde til andre kontakter i lokalområdet og til lokaludvalget.

Dato: 18.1.2013

Møde på biblioteket, Rentemestervej.

Deltagere: Birthe og Benedicte (frivillig og arrangør af sundhedsdagen for etniske kvinder). Annette (projektleder, lokaludvalget), John (professor RUC) og Heidi.

Vigtigste umiddelbare fund: Et indledende kort møde, hvor jeg for første gang møder Annette fra lokaludvalget. Der er en indledende snak om projektet. Annette virker lidt klemmt, da hun står mellem os forskere fra RUC og Benedicte (frivillig), der gerne vil være en del af projektet (ansættes).

Der er en problemstilling med, at FCN rykker ud af lokalområdet. Derfor er der fra lokaludvalgets side et ønske om at udbygge det lokale, opsøgende sundhedsarbejde.

- Rekruttering af udsatte borgere til aktiviteter i FCN
- Afprøvning af nye udadgående tilbud i nærmiljøet

Der er fra lokaludvalgets side et fokus på +45 årige mænd (som Annette mener der er politisk fokus på lige nu) og etniske kvinder (Som Birthe og Benedicte laver frivilligt arbejde med). Formålet med pilotprojektet er at

- Videreudvikle de eksisterende strategier
- Koordination af det lokale sundhedsarbejde.

Dato: 06.02.2013

”Strategisk” sundhedskonsulent, Helle, Sundheds- og omsorgsforvaltning
– SOF, Folkesundhed København, Københavns Kommune, Sjællandsgade.

Metode: Interview

Vigtigste umiddelbare fund: Projektoversigt

Hele rammen omkring projektet ”Lige adgang til sundhed” er, at projektet er en del af et områdeløft for et udsat byområde, Nordvest i København. Der er lavet en byplan og en udviklingsplan for området. Der er i udviklingsplanen fokus på ni temaer: folkeskoler og dagpasningstilbud; uddannelse; beskæftigelse; kultur og idrætsliv; sundhed; ren- og vedligeholdelse; tryghed; byliv; almene bebyggelser. Der er i alt 15 projekter, der foregår i området, hvoraf ”Lige adgang til sundhed” er et af dem. Kommunen har en oversigtsopdeling af byområder i kvarteret og i roder, dvs. små bebyggelsessamlinger. Gennem denne opdeling og via samarbejde med Københavns Universitet og sundhedsstyrelsen har kommunen deltaljeret epidemiologiske data på borgernes KRAM-sundhedsstatus. NV-kvarterets sundhedstilstand er på niveau med Serbien, målt i middelelivetid. Dette præger det sundhedsfokus, som projektet starter ud med. Der er endvidere lavet en epidemiologisk oversigt over sundheden i København, der viser, at der er syv års forskel i middelelivetiden alt efter, om man har bopæl på Nørrebro eller i Indre By. Derfor er der lavet politik mod ulighed i sundhed i København – ”Længe leve København 2011-14”.

Pilotprojektet ”Lige adgang til sundhed” er forankret i Lokaludvalget Bispebjerg. Der er tale om et pilotprojekt, hvor der er bevilliget 60.000 kr. til metodeudvikling til et 3-4 årigt projekt med et budgetforslag til 4 mill. kr., som skal foregå i Fuglekvarteret, og som skal forankres i Forebyggelsescenter Nørrebro. Dette center ligger nu i kvarteret, men flytter 2 km længere ind mod Nørrebro.

Indsigter/ forandring: Tilgangen og forundersøgelserne tager udgangspunkt i en risikotænkning. Der tages udgangspunkt i epidemiologiske data og i borgernes sundhedsadfærd. Sundhedskonsulent Helle har indblik i og tager delvist udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb ”det er bare ikke et spørgsmål om enten eller”. Hendes mantra er, at begreberne skal forenes. Hun har et fokus på den politiske proces og de muligheder, der er for, at der sker udvikling i Kommunen.

Dato: 7.2.2013

1. planlægningsmøde på Lokaludvalgets kontor på Biblioteket, Rentemester Vej. NV

Møde transskriberet fra lydbånd

Deltagere: "Annette", projektleder fra lokaludvalget, "Susanne" strategisk sundhedskonsulent fra SOF¹⁰, "Thorbjørn" områdefornyelsen ansat i MTF¹¹, John Andersen, RUC og Heidi Andersen RUC.

Vigtigste umiddelbare fund: Enighed om, at dette pilotprojekt er en strategisk udviklingsplan, og en udvikling af metode, som kan anvendes i det fremtidige projekt (som skal forankres i FCN).

Endvidere:

- Der er ikke en fast målgruppe (selv om Annette har et fokus på + 45årige mænd og etniske kvinder).
- Adgang både et spørgsmål om tilgængelighed og om fastholdelse efter fx et rygestopkursus.
- Snak om link mellem civilsamfund og professioner.
- En intervention kunne være uddannelse af sundhedsformidlere, en anden intervention kunne være en mobil enhed, en slags sundhedsambulance.
- Der er et ønske om, at dette projekt skal kunne forankre blivende sundhedsmæssige forandringer.
- Inddragelse af eksisterende interventioner (fx alkoholenheden, der ikke kender til FCN) og ikke overlap til disse. (Vi skal ikke lave noget, der allerede foregår)
- Godt med udgangspunkt i borgerne.

Snak om, hvorvidt PULS, som er en boligsocial enhed (ikke kommunal) skal være med. På den ene side har det boligsociale projekt et rigtig godt kendskab til borgerne i lokalområdet, og de vil snart etablere sociale viceværter i området. På den anden side kender de ikke noget til sundhed og professionernes arbejde. Der sker ikke en endelig afklaring på dette møde.

Det besluttet derimod, at FCN skal være med i planlægningsprocessen, da projektet senere skal forankres der.

10 SOF = Social- og Omsorgsforvaltningen, Sjællandsgade, Københavns Kommune.

11 MTF = Miljø- og Teknikforvaltningen, Københavns kommune.

Indsigter/forandring: Dette møde er en kickstarter, en brainstorming, om visionen for projektet. Der etableres et sigte på at nå ”de svært tilgængelige borgere”. Der sker en tydelig forandringsproces, idet et bredt sundhedsperspektiv og et empowerment-sigte bliver udgangspunktet for snakken. Denne debat lægger et spor for de fremtidige debatter. Der er stor enighed om mål og middel, en brainstorming, der samler og koordinerer mange af de indsatser, der sker i lokalområdet. Under snakken bliver projektets tilgang sat i forbindelse med Københavns Kommunes Strukturkommission, der netop har til hensigt at koordinere samarbejdet mellem forvaltningerne. Dette er en indsigt, som skal videre i systemet. Endvidere er der en snak om, at denne metode er en form for en ny decentral velfærdsmodel. Gennem hele snakken er der et stort fokus fra de tre kommunalt ansatte om at skaffe politisk bevågenhed, og hvordan det politiske lobbyarbejde skal gribes an. På den anden side er der, jo længere vi kommer hen i snakken, en stor udfordring i at gøre projektet konkret nok til at vise præcise resultater og sundhedseffekter af at lave et empowerment-baseret sundhedsprojekt. Og det er svært at definere præcist, hvad ”det nye” i dette projektojekt. Den strategiske sundhedskonsulent synes, det er vigtigt, at vi har et positivt udgangspunkt. Dvs. vi skal ikke sige ”der hvor FCN slipper”, eller ”de borgere, vi ikke når i dag”, idet hun ikke mener, det er hensigtsmæssigt at kritisere eller støde nogen.

Plan: Susanne og Thorbjørn vil lave en mapping af netværk og ressourcer i området. Der skal laves to workshops. En med professioner og borgere (med hjælp udefra, hvis det er med mange deltagere) og en opfølgende workshop. Vi starter arbejdet med at formulere den strategiske udviklingsplan. Annette laver et udkast, som sendes rundt. Aftale om nyt møde.

Dato: 22.2.2013

Planlægningsmøde på biblioteket, Rentemestervej

Deltagere: Susanne fra SOF, Viktoria fra brobyggerfunktionen, Annette fra lokaludvalget, Thorbjørn fra områdefornyelsen, John (professor RUC), Heidi

Opstart af samarbejde og vision for projekt. Snak om inddragelse af private virksomheder og Forebyggelsescenteret FCN, hvor det kommende projekt bliver forankret. Forslag om at ændre projektnavn ved at inddrage ordet effektiv ”lige og *effektiv* adgang til sundhed”(underforstået, at dette projekt vil ramme den

målgruppe, man ønskes skal rammes). FCN skal flytte 2 km væk fra Fuglekvarteret derfor snakkes om adgang som et transportproblem¹². Også snak om link til Bispebjerg hospital og udskrivningsprocedurer o.l. – ikke kun samarbejde med folk, også at arbejde *med* folk.

Forskningsmæssigt bidrag er her at tale om tillid og undgåelse af social isolation + netværksmobilisering. Frivillige. Og empowerment af professionelle/frontmedarbejderne. Inddrage eksisterende erfaringer og bringe dette i spil.

Debat om visioner/målsætninger og om at få projektet til at blive politisk interessant. ”måske kan Nina (Thomsen- borgmester) blive interesseret – ved at inddrage et børneperspektiv”, og ”børn er en indfaldsvinkel til at se på familier” vs. et ønske hos en anden deltager om at have et fokus på +45 årige mænd, som hun mener der er politisk fokus på. Vs. ”hvordan knytter dette pilotprojekt op til andre projekter”. Vs. metoder fx ”sundhedsambassadører” vs. aftale om workshopforløbet og rækkefølgen og deltagere (forvaltningsfolk, viceværter, praktiserende læge?) skelner mellem dem der er ansat, og dem, der ikke er ansat.

Vs. måling af effekt.

Plan: Lederen af FCN skal tidligt inddrages i processen, da det fremtidige projekt og vores metodetilgang skal forankres i FCN.

Aftaler at afholde fremtidsværksted på flere (ansættelses)niveauer for at skabe passende frirum - Trods tvivl/modstand mod metoden, idet der tages udgangspunkt i kritik.

Indsigter/forandring: Fokus på ressourcer og netværk, og effekt - ”de indsatser, man har gjort, har jo ikke virket”. Men fastholder også ”*hvis man arbejder med KRAM, arbejder man jo også med mental sundhed, det er ikke et enten eller*”. Den brede sundhedstilgang, som nu er blevet introduceret, giver stor inspiration og også refleksion og forvirring. Hvad er formålet med projektet, hvad er sundhed, skal vi kikke på mål eller målgrupper osv.? Denne refleksion er tidskrævende, men viser sig senere som afgørende for at få en fælles vision for projektet.

12 Der sættes senere i planlægningsforløbet fokus på, at tilgængelighed til sundhed ikke handler om at komme til fx institutionen, men at institutionen (systemet) skal være tilgængeligt for borgeren, både med hensyn til tilbud og tilgang til borgeren

Dato: 5.3.2013

Planlægningsmøde på biblioteket, Rentemestervej.

Metode: Deltagelse og observation

Thorbjørn (områdefornyelsen), Annette (lokaludvalget), Viktoria (brobygger) og Heidi.

Vigtigste umiddelbare fund: Fortsat debat om vision og fremgangsmåde. Vidensdeling af eksisterende tilbud i lokalområdet. Der er behov for tværfaglig koordinering, men hvornår og hvorfor er det svært?: Der er villighed, men man sidder med hvert sit område (silo). Når man arbejder på tværs, kan det anskues som et irriterende element. Man holder sig ikke til sin kernerdriftsopgave. Kernerdrift er et buzzord i KK.

En medarbejder udtaler, at det er et problem, at planlægningen er centralt styret, og at lokalniveauet anses for at "*lave ballade*", når de arbejder på tværs. "*De mangler lokalkendskab og et hverdagslivsperspektiv*", og det er det samme i alle forvaltninger. "*Clash 'et kommer mellem det centrale og det lokale*".

Indsigter/forandring: På mødet opstår en fælles front for at hjælpe hinanden. Endvidere kommer en enighed om, at dette projekt vil forene top-down og bottom-up. Dette skal skrives frem i projektansøgningen. "*Der er jo trods alt velvilje, begge steder*".

Dato: 13.3.2013

Workshop – for kommunale medarbejdere på Bispebjerg hospital.

Workshop om Længere og bedre liv i Bispebjerg og Nørrebro

Arrangeret af KK

Metode: Deltagelse og observation

Vigtigste umiddelbare fund: Kommunalt formål: udarbejde idekatalog for, hvordan man i fælleskab kan arbejde på tværs for at reducere uligheden i sundhed koncentreret om Nørrebro/Bispebjerg-området. Oplæg ved bl.a. Finn Diderichsen, KU + private virksomheder og praksis, hvilket gav indsigt i områdets problematik-

ker og mulige løsningsforslag¹³. Sundhedsstatistikker viser, at DK ligger i bund (i Europa). København ligger i bunden af DK, og Bispebjerg ligger i bunden af Kbh. indkomsteffekter og uddannelse har betydning for sundheden. Boligerne i området medfører segregering. Bispebjerg er overrepræsenteret af kvinder med dårligt psykisk helbred. Forebyggelse er overskudsgivende også for økonomer. Workshop bærer præg af top-down/NPM¹⁴-tilgang. Sparsomt udbytte til ide-katalog. Fokus på tal og mål. De planlagte oplæg fra praksis bliver kortet ned af oplægsholderen (chefembedsmand fra forvaltningen). De indbudte private firmaer snakker om kommunale tiltag ud fra common sense-logik.

Under Finn Dideriksens oplæg nævner han, at sociale netværk *ikke* har betydning for sundheden. Dette spørger jeg ind til i spørgetiden, hvor han så forklarer, at han mener, at sociale netværk har mindre betydning end de andre faktorer, han har nævnt (KRAM), men siger så, at grupper af folk med dårligt psykisk helbred eller ensomhed kan have gavn af initiativer for at bedre sociale netværk (optaget på lydbånd).

Indsigter/forandring: Jeg fremlægger ved et senere planlægningsmøde min tolkning af forløbet med manglende fokus på praksis under workshopen og bliver mødt med en genkendelse fra repræsentanterne fra medarbejdere i MTF og *ikke* genkendelse fra FCN, hvilket giver lidt refleksion og debat.

Uafhængigt af dette har en medarbejder fra TME, som også er oplægsholder, og som deltager i planlægningsmøderne, sendt en mail til en af arrangørerne af workshopen (med CC til udvalgte medarbejdere og mig), hvor han gør opmærksom på, at han synes, han er blevet afkortet i sit oplæg, og ikke synes, at praksisfeltet tages alvorligt. Han modtager en forklaring/undskyldning fra den involverede arrangør. Indsigter: Det er tydeligt, at der er forskel i perspektiver, tilgang til borgere og metodeanvendelser mellem MTF og sundheds- og omsorgsforvaltningen, herunder FCN.

13 Brønnum-Hansen og Baadsgaard 2012, detaljeret beskrivelse af usundhed i København på Bispebjerg/Nørrebro, indgår som bilag.

14 NPM = New Public Management. Styringsrationale inden for forvaltning.

Dato: 3.4.2013

Planlægningsmøde på biblioteket, Rentemestervej.

Deltagere: Susanne (strategisk sundhedskonsulent), Annette (lokaludvalget) Helle (FCN) Eva (leder FCN).

Vigtigste umiddelbare fund: Workshop-afhandling (hvordan skal det foregå, når jeg afholder fremtidsværksted?)

Snak om borgerinddragelse, ikke reproducere personale perspektivet. Sundhed som begreb/trivsel. Frivillige.

Patientforeninger og virksomheder ønskes inddraget af kommunen.

RUC (John og Heidi) argumenter for at finde gode stakeholderes først, og senere inddrage patientforeninger. Målgruppen for projektet debatteres. Hele kvarteret (fokus på ressourcer og netværk) eller specifik målgruppe fx mænd <45 år, Etniske kvinder.

For diffust for Annette, at der ikke er en bestemt målgruppe af borgere. Vil gerne lave en alternativ kortlægning, uformelle netværk. Generelt er der fra kommunens side antagelse om at kende problemstillingerne (fra statistik/ KRAM). RUC argumenter for bottom-up-approach. Parallel tracking.

RUC foreslår at lave erfaringsudveksling med Leeds. KK mener at have egne erfaringer, sundhedsambassadører i Sydhavnen/ Amager. KK har selv været i Manchester.

Indsigter/ forandring: Kompromis: vil kombinere statistik og netværk. Enighed om at inddrage det operative niveau.

- Fortsat snak om at motivere det politiske niveau.

- Annette vil gerne have konkrete tiltag beskrevet og have en specifik målgruppe.

Plan: Annette vil etablere kontakt til det strategiske (ledelsesmæssige) niveau til møde/workshop. Enighed om at lave en alternativ kortlægning af ressourcer i området. Vil kombinere statistik og netværk (også det uformelle). Tværsektorielt og tværfagligt fokus og både strategisk og operationelt niveau skal medtænkes.

Forandring: fortsat debat om rækkefølge af workshops (ledere eller frontmedarb./ borgere først?) og fokus på ressourcer vs KRAM. Leder af FCN: *"lad os benytte os af de nye fagligheder, spændende at tale om trivsel, det er lige i kernen af hvad vi tænker. Sundhed er rigtig mange ting. Vi arbejder med det hverdag, men vi er dårlige*

til borgerinddragelse. De har mange ressourcer og jeg er frisk på at prøve den anden vej rundt og så kan vi spejle os op ad det”.

Dato: 5.3. 2013

Planlægningsmøde på biblioteket, Rentemestervej.

Deltagere: Thorbjørn(MTF), Annette (projektleder) Viktoria(brobygger), Heidi.

Vigtigste umiddelbare fund: Vi arbejder på at udarbejde visionspapir. Annette har lavet et udkast.

Emner, som indgår og debatteres, er: sundhedsambassadører, medarbejdere/er viceværter medarbejdere? koordinering af samarbejde. Jeg spørger, hvordan det foregår i dag? *”Vi gør det her på kontoret”. –”ehmm, vi har et projekt, der hedder ”den fælles borger” hvor SUF og BIF arbejder sammen”.*

Jeg spørger ind til barrierer: *”Det handler om viden, der er villighed”. ”man sidder med hvert sit område”.* Der bliver en større diskussion om mellemledere/strukturudvalget. Thorbjørn (MTF): *”Det kortsletter, når de sidder centralt og laver udviklingsplaner”, ”Jeg får at vide af de andre forvaltninger, at det er møg irriterende, at vi går og blander os i deres arbejde, når jeg arbejder på tværs. Men i den virkelighed, hvor jeg arbejder, står de med åbne arme og er lykkelige for, at vi gider at høre, hvad de laver, og de vil gerne høre, hvad vi laver”.*

”Det er et problem, at politik og planlægning bliver centralt styret ...og så ruller man... (afbrydes)” ”Problemet er, at det bliver projekteret ned mod os, og så bliver der modstand mod os fra systemet, og derfor vil de egentlig også gerne afskaffe os, fordi de synes, det er os, der laver balladen”.

Der bliver enighed om at blive bedre til at støtte hinanden i arbejdet.

Indsigter/ forandring: barrierer for samarbejdet; i vores projektbeskrivelse skal vi pointere det vigtige i tværsektorielt samarbejde, multilevel-perspektiv, samtidig oppefra og nedefra, skal skrives frem i projektansøgningen.

Dato: 8.4.2013

Planlægningsmøde på biblioteket, Rentemestervej.

Deltagere: Annette, Heidi

Vigtigste umiddelbare fund: Plan for afholdelse af fremtidsværksteder.

3.maj: Lokaludvalget og områdefornyelsen

16/5: Ledere fra forskellige forvaltninger

21/5: Kommunale medarbejdere – operativt niveau. 28/5 Viceværter o.l.

Herefter borgere o.l.

23/4: fælles seminar.

Plan: Annette indkalder relevante stakeholders på de forskellige niveauer. Heidi forbereder oplæg og fremtidsværksted. Begge deltager i alle workshops.

Dato: 8.4.2013

Interview med Annette (projektlederen)

Deltagere: Annette, Heidi

Knast i samarbejdet

Jeg ville gerne lave dette interview med projektlederen, fordi jeg over en periode kunne mærke en frustration hos hende dels over min metodeanvendelse og dels over, at projektet ikke er konkret og afgrænset. Jeg ville samtidig gerne have indblik i den kompleksitet, som omgiver hendes arbejde. Samtidig må jeg erkende, at det er svært at få overblik over en stor organisation som Københavns Kommune

Vigtigste umiddelbare fund:

Problemstilling 1:

Skepsis over for fremtidsværksted som metode, da det indeholder en kritik fase. Alternativt forslag fra projektleder er at arbejde "positivt" med antagelser i stedet for. Jeg uddyber, at der er et positivt udgangspunkt, en fælles vision, i slutningen af en workshopproces, og at kritik er en god motivator for forandring.

Vi aftaler, at jeg laver en "dummy workshop" med lokaludvalget/områdefornyelsen d. 3. maj. Annette er specielt bekymret for at afholde workshop for lederne, da de skal være positivt indstillet over for projektet og skal "masseres på skuldrene".

Problemstilling 2: Ikke konkret fokus og målgruppe. Det skaber frustration at have et fokus på kapacitetsopbygning/empowerment og netværksopbygning, dette er svært at argumentere for i forvaltningen, *"Hvad er målet, og hvordan dokumenteres arbejdet? Hvordan udføres arbejdet helt konkret? Og hvorfor er der en helt konkret målgruppe?"*

Det er et dilemma at arbejde via denne åbne tilgang til sundhed. Jeg argumenterer for, at det ikke er særligt "effektivt" at arbejde, som man plejer, idet vi jo har et problem med at "nå" de forskellige målgrupper i befolkningen. Vi er nødt til at tænke alternativt. Dette er vi enige om, det er dog stadig et eksisterende krav at få argumenteret for projektet for at få bevilliget pengene gennem kommunen.

Problemstilling 3: Lokaludvalget har indgivet et ønske om et projekt, der skal foregå i Bispebjerg, men det er Forebyggelsescenter Nørrebro (FCN), der skal eje projektet senere. Politisk ønske om, at FCN gennem deres aktiviteter er med til at fremme den sociale lighed i sundhed. *"Vi formulerer projektet og den fase, vi er projektejere på. Men vi har ikke pengene til det, og det er på ingen måde os, der skal implementere det"*. Bag dette ligger en kommunal beslutning om, at alle bydele skal have et lokaludvalg til at lave bydelsplaner, som skal være borgerinddragende. Lokaludvalg Bispebjerg har indleveret 12 forslag til projekter, som kan indgå i de kommunale projektforhandlinger. Det er derefter politisk besluttet, at der er fire temaer, som lokaludvalgene skal fokusere på, og det er "Trygt hverdagsliv", "Viden og erhverv", "Metropol for grøn vækst" og "Sundhed". Under "Sundhed" har lokaludvalget valgt at fokusere på den sociale ulighed i sundhed, helst med fokus på to borgergrupper i Bispebjerg – enlige mænd +45 og ældre, etniske kvinder. Sundhed er set som FCN's kerneopgave, og derfor bliver projektet placeret der. FCN har bare ikke pengene, før lokaludvalget har formuleret et projekt, som er gået igennem det kommunale budgetforlig.

Problemstilling 4: Tværgående arbejde:

"Bydelsplanen er på en måde en ufinansieret plan, som alle forvaltninger skal forholde sig til. For nogle bliver det en ekstra opgave". Planerne går samtidig på kryds og tværs af forvaltningerne. Annette beskriver et tidligere tværgående projekt med en knivskarp projektstyring, men med en manglende projektledelse, hvor man ikke havde taget de involverede aktører i ed. Dette projekt havde et dårligt resultat og blev set som en "irritationsfaktor" for forvaltningerne.

Samtidig med dette introduceres ”boligsocialt forum” under Miljø- og Teknikforvaltningen (samarbejde mellem boligforeningerne og kommunen). Der eksisterer mange små styregrupper i de forskellige afdelinger, og det skulle effektiviseres – derfor lavede man i Bispebjerg et ”boligsocialt forum”, så repræsentanter for boligforeningerne og de boligsociale helhedsplaner har ét sted, hvor de møder Københavns Kommune. *”Altså endnu en rimeligt diffus struktur, der bliver rykket ud samtidig”*. Det skabte fuldstændig forvirring. Dette har været en del af årsagen til, at det tværgående arbejde ses som ”irriterende”. Men byfornyelsesplaner medfører ressourcer.

Problemstilling 5: Lokaludvalgenes eksistensberettigelse er hele tiden til politisk debat. Venstre og DF vil gerne have lokaludvalgene væk. Andre vil gerne have lokaludvalgene for at give folk mere indflydelse. Strukturen er, at hver forvaltning har en bydelspulje. Pengene, der er taget fra midler, som kultur og fritid tidligere havde. Kritikken går på ”Hvem skal have gavn af pengene?” Lokaludvalgene kritiseres for nepotisme, altså at lokaludvalgene (som er gamle, etniske danskere) og foreningsrepræsentanter rejser penge til deres egne befolkningsgrupper og foreninger. Ifølge Annette bør lokaludvalgene vurderes på 1. Hvem er repræsenteret 2. Hvad er det for en viden, lokaludvalgene har? 3. Lokal forankring og koordinering på tværs af forvaltninger.

I projekt ”Lige adgang til sundhed” er fokusgrupperne ”personafhængige”, dvs. af de repræsentanter der sidder i lokaludvalget. Dette bekræfter ovenstående kritik af ”nepotisme”. Annette forklarer dog, at lokaludvalget tidligere har haft fokus på tryghed og udsatte børn og unge. Nu fokuseres der på sundhed.

Problemstilling 6: Manglende kompetence i forhold til sundhed. Lokaludvalget har fokus på de politiske processer og sætter nogle processer i gang, der kan skabe noget opmærksomhed.

Indsigter/forandring: Interviewet gav os begge en større forståelse. Annette hørte mere om mit perspektiv, og jeg vil være bedre til at forstå lokaludvalgets dilemmaer, fx omkring deres eksistensberettigelse og deres behov for målbare resultater. Måske har Annette haft et ønske om, at jeg bidrog med et konkret sundhedsfokus og ikke så meget usikkerhed om måling og diskussioner om sundhedsbegrebet.

Dato: 19.04.2013

Åbent hus – områdefornyelsen + Puls

Metode: Observation: Områdefornyelsen og beboerprojekt Puls har holdt åbent hus i deres nye lokale i beboerkomplekset i Fuglekvarteret

Vigtigste umiddelbare fund: Netværksdannelse med frontmedarbejdere i Fuglekvarteret.

Indsigter/forandring: Lejligheden ligger skjult i et hjørne, og der skal bruges dørtелефон for at komme ind. Der var ingen borgere til stede ved åbningen. Beboerprojekt PULS og områdefornyelsen deler lokaler, hvilket medfører et tæt samarbejde om borgerinddragelse.

Beboerprojekt PULS er kun sporadisk involveret i ”Lige adgang til sundhed”. Jeg tolker en barriere mellem den kommunalt ansatte sundhedsprofessioner og de ikke kommunalt ansatte boligsociale medarbejdere, der ikke har en sundhedsfaglig baggrund. På nuværende tidspunkt er det vigtigt at fastholde et tværsektorielt samarbejde. Områdefornyelsen er bindeleddet mellem det kommunale og det boligsociale samarbejde.

Dato: 16.4.2013.

Planlægningsmøde på biblioteket, Rentemestervej. 16.4.2013.

Deltagere: Annette, John, ”Arly” – politisk medlem af lokaludvalget og Heidi

Vigtigste umiddelbare fund: ”Arly” bor i lokalområdet og er medlem af lokaludvalget. Han har et særligt kendskab til +45 mænd, og han er selv en del af denne ”udsatte” gruppe, hvilket han ikke lægger skjul på. Han inddeler gruppen i:

- Hjemløse/bænkebrugere
- Misbrugere – spilafhængige og pillemisbrugere (de sidste udgør det største problem)
- Psykisk syge (nattegængere/isolerede/skizofrene)
- Ensomme pensionister (manglende mening med livet. Har tidl. haft en meget struktureret hverdag med arbejde osv. -> nu ingenting at stå op til. Ofte enker).

Beskrivelse af sundhedstilstand:

Kan ikke bruge hospitalerne, da man ikke må ryge”. *Vi ryger hele tiden*”.

Hvorfor gå til læge? → sendes til hospitalet → kan ikke bruge hospitalet.

Mange har droppet den almindelig praktiserende læge, da det ofte er dem, der er årsag til problemerne, når de udskriver medicin. Folk kan godt mærke, at de får problemer pga. pillerne. *”Ved godt, de får det ad helvedes til af de piller”*.

Anden gruppe med problemer er etniske ældre mænd med indvandrerbaggrund, som ikke fik familien med herop. Får folkepension og går rundt og ser ulykkelige ud. Passer sig selv, men er skamfulde over, at de ikke fik drevet det videre.

Arlys forslag til indsatser:

- Mangler en organiseret hobby som overgang fra jobmarkedet.
- Det er nemt at lave foreninger i området, men det kommer ofte til at dreje sig om spil.
- En sygeplejerske el. lignende er et bedre alternativ til læge. Tilsyn og rådgivning.
- Specialplejehjem for alkoholikere – hvor man bliver mødt, som man er.
- Plejehjem, hvor man kan komme udenfor. *”Jeg skal have frisk luft”* (har svært ved at trække vejret). *”Jeg er ude hele dagen”*.
- Der eksisterer i dag et privat plejehjem for jødiske personer, som vil leve efter de jødiske retningslinjer, *”Det samme må være muligt for os”*.
- Tilbud om afvænnning af lægeordineret medicin evt. nede på forebyggelsescentret.
- **Socialt udsatte grupper dør ikke af deres misbrug. De dør, fordi de ikke opdager ganske almindelige sygdomme, fordi symptomerne dulmes af piller og alkohol.**
- *”Sukkersyge er det mest oplagte at sætte ind imod. Kræver kun en blodprøve”*.
- Udvikle det opsøgende arbejde.

Mobile klinikker, opsøgende besøg, sygeplejerske, gademedarbejdere.

- Området/netværk: en verden til forskel fra Tomgårdsvej til fuglekvarteret. *”Taler med samme accent, men man holder sig til et lille område”*.

Henviser til, at jeg skal snakke med ”Kathy”, som bor i området. Hun laver musik arrangementer og vil være god at snakke med for at fortælle mere om lokalområdet også fra et kvindesyn.

Indsigter/ forandring:

Fuglekvarteret har lige nu områdeløft, dvs. muligheder i form af penge og ressourcer. Problematik omkring socialt udsatte ens, men der er tale om forskellige netværk/ lokalforh.

Vi har brug for et alternativt bud på planlægning og at få lokal viden bragt frem
→ Denne indsigt fra lokalniveauet har jeg viderebragt til planlægningsgruppen og til alle workshops. Indsigten, specielt pillemisbruget, er blevet mødt med stor forståelse og også overraskelse.

Plan: Jeg aftaler at mødes igen med "Arly" og tage med ham på værtshuse i lokalområdet. Han kan godt lide min "tilgang" med at se på ressourcer og vil derfor gerne tage mig med til sine stamværtshuse og til sine venner. Der er tale om værtshuse med forskellige åbningstider. Derfor er det helt almindeligt, at man har flere stamværtshuse. Man holder sig dog til de samme tre værtshuse ofte på samme gade. -> samme lille netværk.

Arly forlader herefter mødet.

Vi andre tre debatterer sundhedsproblemstillinger i området -> pillemisbrug er en overset diskurs i forhold til KRAM /alkohol og rygning. Dette udelukker nogle fra systemet.

Projektlederen snakker om, at kommuner fremover skal tænke anderledes mht., hvordan "*vi laver politisk udvikling, projektprogrammer og evalueringer!*"

Vi snakker om empowerment-evaluering som en mulighed. Aktørernes egen læring. Kompetenceudvikling.

Projektleder om borgerinddragelse: "*Det er så skide svært*" Frustration over lokaludvalgets manglende legitimitet. Mener, lokaludvalgets legitimitet skal vurderes ud fra tre ben: 1. Hvem sidder på møderne og træffer beslutninger? 2. Hvad er det for en lokal viden, de kan frembringe? og 3. at vi tænker helhedsorienteret og på tværs – "*altså den der koordination af helhedsperspektivet*".

Diskursen fra forvaltningen er nu "projekter, der styrker kernerdriften". Hvad er kernerdriften? "*Det er fint nok at ville løfte os sundhedsmæssigt op på københavnerniveau (målt i middellevetid), men lige nu er vi kun ved at udfylde hullerne. Man går ikke ind og undersøger hvad historien er bag hullerne*".

Plan: Jeg skal mere i lokalområdet for at indhente mere viden.

Indsigter/forandring: Projektleder kritiserer nuværende top-down-perspektiv og indser muligheden for og vigtigheden af et bottom-up-perspektiv i projektet. Argumenterer for, at det derfor er vigtigt at samarbejde med vidensinstitutioner (fx universiteter). Ønsker, at vi udvikler en alternativ planlægningsproces.
-På den ene side har lokaludvalget repræsentanter fra lokalområdet, men de dykker ikke ned i de aktuelle problemstillinger i området og anvender borgerrepræsentanternes viden. I stedet bliver samarbejdet omkring at hente midler til indsatser, som borgerrepræsentanterne vil stå for._

Dato: 18.4.2013

Møde på biblioteket Rentemestervej

Deltagere: Oplægsholder, som er leder af forebyggelsescenter på Amager.
"Lise" fra områdefornyelsen NV, "Helle" (FCN). "Tina" (FCN), "Susanne fra SOF, "Annette" fra lokaludvalget, "Viktoria" fra brobyggerfunktionen.

Vigtigste umiddelbare fund: Liselotte fortæller om et projekt med sundhedsambassadører i Folehaven i Sydhavnen. Projekt er forankret i deres FC, og der er en brobygning til frivillige i lokalområdet, der er kommet med initiativer til sundhedstiltag i området.

Der skelnes mellem ulønnede (sundhedsambassadører) og lønnede (sundhedsformidlere – typisk social- og sundhedshjælpere). Medarbejdere fra FC i deres lokalområde har undervist i KRAM. Netværk var det primære i starten. Af projektets idekatalog fremkommer aktiviteter som løbetræning, gåture, cykelture. Netværk for enlige forældre.

Kritik: Der er et tydeligt fokus på KRAM på trods af, at aktiviteterne er foreslået af sundhedsambassadørerne. Måske kan dette skyldes den undervisning, der er lagt vægt på i projektet. Projektet skulle dog have skabt kontakt til flere borgere.

Indsigter/forandring: Snakken om alternative indsatser medfører refleksioner om, at de frivillige er styret i retning af KRAM-indsatser, selvom der jo også er fokus på netværk.

Dato: 22.04.2013

Borgerinterview med "Kathy" i hendes lejlighed på Nørrebro, lille lejlighed på tredje sal over et værtshus.

Metode: Overvejelser over metode:

Jeg har købt en hvidvin, som jeg har taget med til mødet, da Kathy i telefonen fortalte, at vi kunne drikke et glas, **når jeg kom**.

Jeg vælger at købe flasken, da jeg ikke vil bruge hendes penge, og jeg vil gerne fremstå som uformynderisk. Det kan være umoralsk at opfordre til at drikke, men mit ærinde er ikke at fokusere på risikofaktorer, men på muligheder, og det er vigtigt, at jeg ikke fremstår moralsk.

Det er helt klart, at hvidvinen har den ønskede funktion. Kathy er fra starten informativ, og hun fortæller, at hun faktisk var lidt usikker på, hvad jeg ville (underforstået når man ved, hvor man har folk, og "vi er ikke så forskellige, så bliver man mere tryk")

Kathys hund er til gengæld meget afvisende over for mig.

Vigtigste umiddelbare fund: "Kathys" hund er meget vigtig for hende.

Hundens "far", "Verner", er den, der handler ind, når Kathy er syg. Eller dvs. faktisk handler han ind generelt. "Kathy" kan knapt gå op og ned ad trapperne. Bor på 3 sal. Supermarkedet ligger ca. 100 m fra bopæl. "Kathy" kan dog højst købe fem ting ad gangen, mere kan hun ikke løfte op ad trapperne. Hun kommer op ved at bruge armene til også at hive sig op. + pauser. Kathy arrangerer musikarrangementer på de forskellige værtshuse i lokalområdet. Arrangementer er sat i gang via lokaludvalget, som Kathy er en del af. Arrangementerne kører nu uden økonomisk støtte fra lokaludvalget. Det er værtshusejerne, der betaler musikerne. Dette kan køre rundt, fordi der simpelthen kommer så mange til arrangementerne, at omsætningen kan betale for musikerne. Altså en stor succes. Kathy beskriver arbejdet som meget givende. Det er ikke altid, dvs. sjældent, hun deltager i arrangementerne. Hun vil hellere være hjemme. Langt det meste af arbejdet med at arrangere musikerne kan Kathy lave hjemmefra.

Kathy fortæller forskellige historier, dels fra sin tid som aktiv cirkusartist sammen med sin far, og dels om sin tid som værtshusforvalter.

I sin tid som cirkusartist rejste hun rundt. Hun har også i sine unge dage været mannequin – ligesom sin mor. Hendes mor beskrives som meget smuk, og Kathy har også et stort billede af sin mor som ung stående lige ved siden af sofaen. Forældrene er blevet skilt tidligt i barndommen. Lillebroren har boet hos moren, som

har levet et luksusliv i Nordsjælland. Men Kathy ville hellere rejse rundt med sin far. Kathy fortæller, at hun har røget, siden hun var 12 år, og hun kom engang hjem og var meget fuld. Hendes far arrangerede et par dage senere et bord i stuen med whisky, da han mente, at nu var Kathy åbenbart stor nok til dette. Denne fortælling synes Kathy er sjov, og hun fortæller, at hun jo kun skulle gå rundt om hjørnet til sit værelse, så det var fint. Hun fortæller om sin tid som værtshusmutter, hvor de måtte identificere en død stamkunde i hans hjem. Hun havde tidligere kontaktet kommunen, da han ikke var kommet i flere dage, de reagerede ikke, men efter mere end en uge blev hun bedt om at identificere ham, da der ikke var andre til at identificere ham. Jeg spørger, om hun kan fortælle om pillemisbrug, men Kathy ved ikke meget om pillemisbrug i området, hun henviser til hundens far, "Verner", der er hjemløs, og hun vil arrangere et møde med ham (der går seks uger, inden aftalen er i stand, men Kathy holder ord og ringer til mig flere gange).

Netværk.

Kathy beskriver, at det lokale netværk er meget vigtigt. Hun fortæller, at det var meningen, at hun skulle være flyttet i beskyttet bolig med sin mand, Tommy, men så døde han. Dette har været meget hårdt for Kathy. Da jeg senere spørger hende, hvad det ville betyde for hende, hvis hun skulle flytte væk fra nærmiljøet, siger hun, at så ville hun dø.

Kathy bor lige oven på et værtshus, som hun også kommer på. Hun kommer også på et andet (som også ligger meget tæt på). Der er altså tale om et meget lille geografisk område. På spørgsmål om, hvem der passer hende, hvis hun bliver syg, siger hun: "Hundens far" (Dette viser sig senere at være helt korrekt).

Indsigter/forandring: Det er afgørende, at jeg ikke kommer fra kommunen, og at jeg har en åben tilgang, samt at jeg påpeger kompetencer.

Kathy er et eksempel på en person, som nemt kan beskrives som ressourcesvag, men som også besidder kompetencer.

Dato: 23.4.2013

Borgerinterview med "Arly" og besøg på værtshuse i lokalområdet Vi mødes kl. 10.00

Deltagere: "Arly" – politisk medlem af lokaludvalget

Vigtigste umiddelbare fund: Rigtig mange værtshuses omsætning er baseret på stamgæster.

Mange stamgæster bevæger sig fra værthus til værtshus, og de er sjældent eller aldrig hjemme. Deres netværk begrænser sig ofte til de værtshuse, de besøger, og det er ofte et-to steder meget tæt på hinanden. Nogle stamgæster har ikke andet netværk. Nogle gæster er lokale beboere, der kommer efter arbejde. "Arly" vælger at komme på tre værtshuse, men han har også andre beskæftigelser, bl.a. aktiviteter i lokalområdet, og han er amatørornitolog og kender alt til fuglelivet i Utterslev mose.

Arly mener, det er vigtigt ikke at se området kun som et problem. Her er også rart at være.

Indsigter/forandring: Arly har en fast plads, hvor han mest sidder for sig selv. Han kan dog fortælle om alle de andre gæster og deres liv. Arly har fortalt dem, at han har en gæst med, men ingen forstyrrer os. Arly siger at, nu kan jeg godt komme der alene, hvis jeg vil.

Der er altså tale om små, lukkede netværk.

Dato: April 2013

Vidensindsamling i lokal- området

Deltagere: Specialestuderende Frederik

Vigtigste umiddelbare fund: Sideløbende med min egen empiriindsamling i lokalområdet har jeg fået assistance fra en RUC-specialestuderende, Frederik, der under sin uddannelse har været studentermedhjælp i lokaludvalget. Frederik har lavet observationer på gadeniveau i lokalområdet og har interviewet borgere i deres lejligheder. Endvidere har Frederik deltaget i det daglige arbejde blandt viceværter. Viceværterne viser sig at være et vigtigt bindeled til de mest isolerede og udsatte

borgere, da de bliver opsøgt for hjælp af borgerne i de forskellige boligkomplekser. Viceværterne er derfor en ressource, som kan inddrages i projektet. Der eksisterer ikke en formel kontakt til kommunen. Mere beskrivelse under sekundær empiri.

Dato: 16.5.2013

Afholdelse af fremtidsværksted: lokaludvalg, Kulturhuset Nordvest, Tomsgårdsvej
Varighed: 3 timer

Deltagere: Annette, Projektlederen fra lokaludvalget, Thorbjørn fra Områdefornyelsen (MTF). Viktoria fra Brobyggerfunktionen (SOF). Helle Sundhedskonsulent fra Forebyggelsescenter, Studentermedhj.: Frederik og Heidi.

Metode: Emner og temaer er systematiseret i et samarbejde mellem Annette (projektlederen) og mig.

Jeg har lavet efterrefleksion alene og derefter sammen med studentermedhjælpen Frederik, som også tog noter og lavede referat.

Workshoppen blev desuden lydoptaget.

Vigtigste umiddelbare fund:

Problemstillinger:

- Synet på borgerne
- Manglende forståelse af sundhed (bred fortolkning)
- Manglende viden om community/sundhed
- Læring
- Legitimering af tilgang
- Tænke alternativt
- Paradigmeskift
- Barriere, at vi ikke snakker om det. Silotænkning
- Centralisering – clash mellem det centrale og lokale niveau
- NPM
- Politiske opdrag/de bedste faglige løsninger
- Ikke plads til alternative metoder
- Man tager altid de lavthængende frugter.

Emner/Forslag til fokusområder og tiltag

- Identificere netværk, ressourcer, og eksisterende sundhedsbehov
- Tværfaglighed
- Alternative netværk. BLÅ MÆND (viceværter)
- Større tilgængelighed fra systemets side
- Rekruttere nye borgergrupper
- Uddannelse af sundhedsambassadører
- Ressourcer hos de blå mænd
- Måle på institutionel tillid – også fra ikke-brugere af FCN
- Egen praksistilgang
- Deltagelsesrum, folkekøkken
- Udadgående funktion
- Medarbejdertilfredshed mht. tværfagligt samarbejde
- Forståelse af sundhed
- Image-forbedring
- Social innovation
- Offentlig innovation.

Den største barriere er det organisatoriske opdrag. Fx TMF's måde at forstå verden på i forhold til områdefornyelsens niveau. Mellemledere i forvaltningen får bonus efter, hvor mange sager de har igennem deres egne udvalg, og de er derfor ligeglade med, hvad der foregår i andre udvalg. Tværtimod vil de hellere trække sagerne over til sig selv. *"Det er grotekst i min verden, at de nyeste chefer kan sidde og bestemme og blive en barriere for, hvad vi kan komme igennem med – og faktisk forhindre samarbejde på tværs", "Chefer, der bliver belønnet for egne sager, har ikke noget incitament til tværgående arbejde. I virkeligheden er de glade for, at sagerne bliver afvist, så de kan gå igennem en gang mere"*

Jeg fortæller, at jeg tror, der er manglende kendskab til borgerinddragende metoder. Dette giver debat, idet områdefornyelsen fortæller, at det arbejde laver de hver dag. Billedet er mere nuanceret. Der er forskel på TMF og sundhedsforvaltningen (hvor man ikke på samme måde arbejder med borgerinddragelse). Også når der er tale om tværgående samarbejde, er der forskel på, hvilket niveau der er tale om: "Der er forskel på helikopterniveauet og det lokale niveau"

Indsigter/ forandring: Paradoks: der er stor efterspørgsel efter lokal viden fra politikerne, men det er svært at placere den lokale viden i forvaltningen. Der er

en del mistillid mellem de forskellige niveauer.

Svært at måle på de bløde værdier. Dilemma mellem kommunal opgave og civilsamfundet.

Kommunen skal turde trække sig tilbage og overlade mere til eller samarbejde tættere med civilbefolkningen. Der mangler generelt viden om empowerment-processer.

Sundhedsfremmeperspektivet kan være en forenende faktor: Thorbjørn siger, han ”*ser sundhed alle vegne nu*”, og mener, at tilgangen kan bruges som argument for borgerinddragende arbejde. Fokus på, at adgang til sundhed også handler om tilgængelighed.

Dato: 21.05.2013

Afholdelse af fremtidsværksted for ledere, på biblioteket, Rentemestervej
Varighed: 3 timer

Deltagere: Annelise (ledende sundhedsplejerske), Tina (organisationskonsulent i hjemmeplejen SUF), Marianne (leder af voksenenheden SOF), Cecilie (centerleder, i den sociale hjemmepleje), Eva (leder af forebyggelsescentret FCN), Annette (Lokaludvalget) og Heidi.

Vigtigste umiddelbare fund:

Pointer:

- Der er brug for netværk/vidensdeling.
- Godt, at projektet tager udgangspunkt i eksisterende viden/tiltag.
- Der mangler viden om sundhedsbegrebet (vi taler ikke samme sprog).
- Lederen af voksenenheden (meget psykisk udsatte) er ikke umiddelbart interesseret i alt mulig sundhed. Her er succeskriteriet, om det overhovedet er muligt at komme ind i lejligheden.

Løsningsforslag:

- Officielle netværksmøder
- Netværksopbygning på tværs af forvaltninger
- Netværksmøder på tværs af fagligheder
- Netværksmøder med boligsocialt område
- Læring om sundhedsbegrebet og metoder
- Et neutralt mødested i lokalområdet.

Indsigter/ forandring: Dette møde havde god deltagelse og havde en god debat. Anne (lokaludvalget) syntes, der var en udfordring mellem projektlederrollen og forskningsprojektet. Syntes, at min rolle som forsker blev for stor i forhold til, at mødet i hendes perspektiv handlede om at give ejerskab til lederne. Annette ønskede metodisk, at diskussionen foregik ud fra en diskussion om antagelser, fx "Vi antager, at der er ressourcer i lokalområdet", og altså ikke gennem kritik. Der kom nogle meget relevante konklusioner på mødet og disse stemmer overens med pointer fra de andre fremtidsværksteder. Ovenstående debat er interessant i forhold til samarbejde mellem forskning og praksis.

Dato: 28.5.2013

Afholdelse af workshop for medarbejdere, på biblioteket, Rentemestervej
Varighed: 3 timer.

Deltagere: Tina (Forebyggelsescenter FBC arbejder med borgerrettede forebyggelsesindsatser baseret på KRAM-faktorer, Helle (Forebyggelsescenter: har fokus på at være derude, hvor de sårbare er og opholder sig), Michael (Den sociale hjemmepleje. Har at gøre med folk med misbrug, sindslidelser etc. Rigtig mange enlige mænd 45+), Lise (støttekontaktperson:

Vi har samarbejde med de samme som den sociale hjemmepleje. Bispebjerg Hospital har vi et godt samarbejde med. Det handler om tillid og om at få etableret kontakt til det resterende samfund), Mette (Hjemmeplejen. Fra 67 år og op. Jeg får deres dagligdag til at fungere. Der er enormt mange alkoholikere i pipkvarteret (67 år og op). Derudover er der mange demente) og Birthe (hjemmeplejen Besøgsblokke → man kan få en ekstra tidsblok, hvis man føler, det er nødvendigt vi arbejder aktivt med at ændre borgerne fra passive til aktive (empowerment).

Vigtigste umiddelbare fund: De største problemer:

- Manglende koordinering.
- Jo mere centralt man sidder, jo mindre lytter man til praktikerne. De, der udvikler projekterne, lytter sjældent til praktikerne.
- Komplekse problemstillinger. Den helhedsorienterede tilgang går tabt, da vi arbejder i kasser. Rummeligheden går tabt.

Visioner:

- Borgerhus: Der mangler et sted, hvor man kan få hjælp til de små ting. Eks. afmelde reklamer, aflæse elmåler. Borgerservice er god, men det er svært at komme derned (fysisk).
- Fremskudt hus ønskes, som fx Cafe Nora i Mjølnerparken. De kender til de aktører, der kan hjælpe borgerne, og er en indgang for en stor befolkningsgruppe.
- Fysiske rammer. Cafe for borgere og arbejdere. Det skaber lidt mere lighed mellem borger og system. Foredrag etc., debat etc. Cafe Nora. Rammerne skal være indbydende og ikke for institutionsagtige (Her er en udfordring, da institutionsmål typisk er en hindring.) Der kan opstå et møde mellem de forskellige borgergrupper, der gør, at netværk kan blomstre.

Tilliden og kontinuiteten:

- Det tager knap to år, før man har fået tillid til en aktivitet fra borgerne. Man skal affinde sig med, at der i starten kun kommer fem-seks borgere. Lige pludselig kommer der hul igennem, men når der hele tiden sker ændringer i struktur og økonomi, er det enormt svært at arbejde med længerevarende indsatser.
- *"Det er fedt, at det er blivende, for derfor kan vi arbejde med det lange, seje træk"* (Forebyggelsescentret).

Empowerment:

- Udgående sundhedsplejerske Vesterbro har vist sig at være meget succesfuldt. Eksempelvis har de formået at etablere et korps af narkomaner, der kan tage sig af ligesindede, hvis de får en overdosis, eller blot informere om stofindtagelse (i et sundhedsperspektiv).
- Målgruppen er generelt gode og glade for at gøre noget for andre, hvilket er et stort potentiale, da vi herigennem kan få aktiveret nogle borgere til at tage en tørn og opleve, at de udfylder en plads i lokalsamfundet.
- Der mangler en vejviser for mennesker (sundhedsformidler). Selvom mødet handler om D-vitamin, handler det jo om meget andet, og de har en bred viden om borgerne, der er til gavn for de andre forvaltninger.

Koordinering og netværk:

- Kendskab til hinanden. Orientering om eksisterende tilbud.
- Den motiverede borger skal der tages hånd om. Her kunne det samlande

- hus være med til, at man mødes med andre, der har samme problem.
- Samarbejdsfredage → vi mødes i kommunen og lærer hinanden, kompetencer og organisationer at kende. Det kan være den sidste fredag i måneden.
 - Vi (hjemmeplejen) må ikke længere kontakte sygeplejersken. Det er et problem.
 - Bedre deling af erfaringer med hinanden.
 - Integrationsmedarbejder (...) Der er mange, vi ikke når grundet kulturforståelse og sprog.

Det vigtigste:

- Koordinering
- Cafe og borgerhus.

Indsigter/forandring: Projektet kan få os til at arbejde på tværs. Vil oprette officielle netværksmøder. Der mangler læring om sundhedsbegrebet.

Ekstra note

Fremtidsværksted med lederne og også det med medarbejderne er startet med, at folk hilser på hinanden. Det er altså ikke sådan, at man kender hinanden, selvom man arbejder i samme lokalområde. Ved fremtidsværkstedet med lokaludvalget har alle haft et samarbejde gennem planlægningsprocessen.

Indsigter/forandringer: Det er nyt for de involverede (ikke professioner) at arbejde med sundhed, og der er grundlæggende en manglende viden om sundhed. Min motivation for at indgå i dette projekt var en tydelig formulering af et bredt sundhedsperspektiv, men jeg er overrasket over, i hvor stort omfang borgerinddragelse er et buzzword, som er svært at udføre i praksis.

Dato: 7.5.2013

Fyraftensmøde, KK omhandlende samarbejde mellem kommune og civilsamfundet.

Vigtigste umiddelbare fund: Mødet består af forskellige oplæg og debatter. Pointer: KK leverer ikke kun service. Skal også skabe magtbalancerede deltagelsesrum. Skal også inddrage dem, der ikke taler i NPM-sprog (eksisterer fortsat, selvom vi mener, kommunen nu har NPG (new public governance). NGO'er er ofte

leverandører og derfor underlagt en politisk dagsorden/agenda.
NPM leverer ikke det nødvendige outcome.
Fagligheden er ikke målet, men midlet til at nå borgerens mål.

Indsigter/forandring: Der er den helt rigtige retorik og viden. Der er vanskeligheder med at få implementeret de gode hensigter.

Dato: 14.5.2013.

Workshop

Metode: Deltagelse i Faglig eftermiddag
Afholdes i "De gamles by" – København

Dato: 27.5.2013

Møde med Annette

Strategisk sundhedskonsulent

Metode: Deltagere: Annette og Heidi. Snak om mulig EE.

Vigtigste umiddelbare fund: Vi snakker budget ved en mulig empowerment-evaluering i det videre projekt som samarbejde mellem Roskilde og KK. Annette havde forventet, at det var en del af min ph.d., og er noget overrasket over dette. (Men min ph.d. har ikke omhandlet det videre projekt, der jo først – om muligt – starter i 2015).

Senere snak om, hvordan det er muligt, at et fremtidigt projekt skal forløbe. Annette viser sin frustration over, at det nogle gange er svært at se projektet i praksis. Jo mere civilsamfund, jo sværere er det at se forebyggelsescenteret FC. Jeg påpeger, at FC er åben for at metodeudvikle.

Næste frustration er: Hvordan når vi noget, der er økonomisk opnåeligt? Et værested med cafe kræver bygning, vicevært og et industrikøkken. Jeg peger på frivillige og bygninger, der allerede findes i området, og måske har beboerprojekt PULS forslag til aktiviteter, der kan udvides. Mange ideer kommer nedefra og skal understøttes.

Annette: Kan man få det igennem i praksis?

Næste frustration: *"Altså, det vil være nemmere for mig at rejse penge til den her"*

målgruppe - +45 årige mænd – det er ligesom dem, der er politisk fokus på". Men samtidig frustration: "Generelt er der ikke økonomi i, og altså det er benhårdt sagt, i at redde dem, der er over 62, så får man mere for pengene, hvis man rammer målgruppen med fx at holde op med at ryge. Der er forskel på folkesundheden og ulighed i sundhed".

Indsigter/forandring: Ovenstående frustration er tilbagevendende gennem hele planlægningsforløbet. Det er afgørende at kunne argumentere og helst dokumentere for effekterne af et projekt.

Dato: 20.6.2013.

Borgerinterview med "Verner", (hundens far) ved "Hus Forbi"

Metode: Interviewet foregår ved "Hus Forbi", en institution, hvor de hjemløse samles, og de sælger bladet "Hus forbi".

Kontakt skabt via "Kathy". Verner er "hundens far". Der går over en måned fra besøget hos "Kathy", inden dette interview er blevet etableret.

Jeg møder "Verner" uden for et værested for hjemløse; der er fem andre hjemløse og fem hunde. Desuden er der lederen af "Hus Forbi", der fungerer som ressourceperson. Der er også en meget påvirket hjemløs, der ikke har en hund.

Da jeg taler med "Verner", er "Kathy" blevet indlagt aftenen før. "Verner" har ringet 112, og de sparkede døren ind. "Kathy" var meget dårlig, hun havde været fuld i flere dage havde skidt i hele sengen og fik hjertestop, da ambulancen var der. Hun er nu indlagt på Bispebjerg. Da "Verner" fortæller mig dette, går der en koordinering i gang mellem de hjemløse. De arrangerer, hvem der besøger "Kathy", og hvem der passer hundene imens. I øvrigt er de enige om, at de bliver nødt til at finde penge til en madras til "Kathy". Kommunen gør rent deroppe, men de vil ikke give en madras, og det er der enighed om, at "Kathy" skal have - på trods af, at ingen har penge. "Verner" og jeg går et andet sted hen og snakker. Under samtalen ringer "Kathy" flere gange. Hun vil have "Verner" til at tage hvidvin med ind på hospitalet, hvilket han synes er et problem.

"Verner" beskriver piller som et stort problem i lokalområdet. Også "Kathy" har et stor pillemisbrug, selvom hun ikke fortæller om det. "Verner" mener, at hendes Mavesår og nuværende situation skyldes, at hun får for mange piller. "Apotekerne tjener kassen på det" Verner fortæller desuden om pensionistpushere, der sælger

de piller, de får fra deres læge. Verner mener ikke, pillerne er nødvendige – ”Gør som Simon Spies: *Send folk til Gran Canaria i stedet for. Det er meget billigere*” Der er mange som ”Kathy”. Folk er ensomme, uden netværk. Verner er tidligere misbruger og har været i fængsel. Under fængselsopholdet kontaktedes han af lederen af ”Hus Forbi”, der ville hjælpe ham, når han blev læsladt. Dette siger Verner er grunden til, at han ikke er kriminel i dag. Verner beskriver sig selv som en hjælper/ressourceperson, hvilket ofte er belastende for ham. Ofte føler han sig udnyttet, som da Kathy skulle tildeles hjælp af kommunen, hvor hun fortalte om ”Verner” og fik tildelt mindre hjælp.

På ”Hus Forbi”¹⁵ er der en sygeplejerske og også en dyrlæge ansat. Disse er meget anvendt.

”Verners” løsningsforslag:

- Foreningsarbejde, hvor folk passer på hinanden.
- En kontakt til kommunen, hvor han kan få hjælp til at hjælpe andre. Det er bedre, at vi gør det selv, men får nogle donationer fra fx lokaludvalget.
- Verner spørger selv: kan man have tillid til os? Ja! vi har viljen og kontakterne (hvilket denne situation er et eksempel på). Men han påpeger mht. pengekassen: *”Jeg tror, den skal ligge hos lokaludvalget, hvor der skal være to mennesker, der har en ”cigarkasse”, vi kan få bistand fra. Der er problemer, der bare skal ordnes, og vi hjælper alle, også narkomanerne”*.
- Verner har taget fem hjemløse med til borgermøde på Bornholm. Dette ville for eksempel være godt at få hjælp til.
- Vil gerne have et sted i lokalområdet, hvor man kan henvende sig med problemerne.

Indsigter/forandring: Der er på trods af små netværk en rørende velvilje til at hjælpe hinanden. Systemet opfattes som en vanskelig modpart. Kommunen er både en hjælper og en økonomisk sikkerhed, men er til gengæld formynderisk og ikke til at tale med (mistillid). Til gengæld er der stor respekt for ”ildsjæle”, fx lederen af Hus Forbi.

15 Hus Forbi er et værested for hjemløse på Bispebjerg/Nørrebro.

Dato: 20.6.2013.

Planlægningsmøde på biblioteket, Rentemestervej.

Deltager: Annette, Heidi

Dette møde foregår lige efter mit interview med "Verner" i "Hus Forbi". Jeg viderebringer "Verners" situation og løsningsforslag, også forslaget om en "cigarkasse".

Vigtigste umiddelbare fund: Vi taler om uformelle netværk, og Annette vil gerne have dem identificeret, jeg vil gerne have dem styrket. To forskellige perspektiver, som beskriver en del af de samtaler, vi har haft.

Annette er bekymret for, hvordan forskellige perspektiver i praksis kan fungere sammen, fx netværk og FCN. I forhold til dette foreslår jeg, at man anvender de eksisterende Brobyggere (Viktoria). Det hele handler om adgang til systemet og ikke om at opbygge et parallelt system. Vi er ikke gearret til at hjælpe de allermest udsatte. Vi diskuterer igen problematikken omkring et generelt perspektiv eller et målgruppespecifikt for projektet. Annette foreslår at anvende et tema, vi har fundet frem til, nemlig pillemisbrug, som et tværfagligt samarbejde, der senere kan lede hen til KRAM. Denne problemstilling findes i alle målgrupper, også de etniske, vs. vi skal have klare argumenter for, hvorfor det er vigtigt med et neutralt mødested i lokalområdet (-> tillid).

I den nyeste version af projektansøgningen er der lagt en pulje ind til aktiviteter (underforstået som de frivillige kan anvende), og den viden, jeg og Frederik har indsamlet omkring anvendelsen af viceværter (se senere – viceværterne er en ressource i boligblokkene, som ikke er styrket nok), er medtaget; *"Som forsøgsordning fungerer tovholderen (fra viceværterne) som kontaktperson for Beboerprojekt PULS"*.

Der er altså allerede nu etableret et netværk for viceværterne i Fuglekvarteret, som er forankret hos beboerprojekt PULS.

Vi laver en slags evaluering af projektforløbet, og jeg spørger ind til fordele og ulemper ved processen:

Annette: Det er guld værd, at du er kommet med din faglige viden, altså sundhedsfremmeperspektivet, den faglighed har vi jo slet ikke.

Vi som kommunale folk skal selvfølgelig kunne stå inde for den linje og de strategier og politikker, som kommunen har lagt, men vi skal også kunne være åbne for, at et relevant tema kan være en måde at arbejde på, fx pillemisbrug. Det udfordrer den gængse tænkning. Du er med til at styrke et bottom-up-perspektiv på

projektet, og du er med til at give legitimitet til, at det er lokal viden og netværk, og at det bliver et spil i de politiske beslutningsprocesser. Det er guld værd – den lokale viden, I har frembragt.

Heidi: Metoden, vil du bruge den igen?: Ja, vi vil gerne lave nogle partnerskaber, hvor RUC er med til at lave noget research, og som kan indgå i de politiske dagsordner.

Udfordringer: Rollerne. Svært at finde ud af, hvornår møder handler om en projektledelse, og hvornår der er tale om vidensindsamling (forskning). Godt med adskillelse mellem projekt og ph.d. (har tidl. problemer med en samfinansieret ph.d., hvor arbejdet flød sammen). Den frie ph.d.-rolle er god, og diskussionerne, vi har haft, er det, der har rykket noget. Fra start til nu har projektperspektiver rykket sig. Vi har udfordret sundhedstænkningen, og vi har udfordret forvaltningslogikken. *”Processen er givtig, og det er også derfor, at projektet nu er til at overskue”. ”Jeg er overbevist om, at hvis FCN havde fået pengene, havde de kørt det hele anderledes – men de synes, det er rigtig spændende”.*

Jeg pointerer, at samarbejdet styrker lokaludvalgets legitimering, netop på grund af det brede perspektiv og de politiske processer. Dette har også været årsagen til, at jeg fandt projektet interessant.

Annette: *”Hvis vi bare vidste, vi havde nogle penge at arbejde med.” ”Mange kræfter bliver brugt her, hvis vi ikke får pengene (til det fremtidige projekt).”*

Processen med at samle folk har givet rigtig meget. Vi aftaler herefter, hvordan vi skal give en tilbagemelding til de involverede. Annette vil gerne samle folk igen i aug./sept. til et møde, hvor de kan give kritik. Deltagere skal være fra alle workshops, viceværter og også gerne politikere.

Dato: 1.7.2013
Projektafleverings-dato

Vigtigste umiddelbare fund: Projektbeskrivelse findes i kapitel 2.

Dato og sted: 18.7.2013.

Interview med dr. Mohammed, arabisk praktiserende læge med klinik på Tomsgårdsvej. Klinikken indeholder et fitnesscenter ude- lukkende for etniske kvinder.

Birthe (frivillig) og medlem af lokaludvalget.

I

Interviewet bliver afholdt på lægeklinikken efter lukketid.

Metode: Interview og rundvisning. Netværk.

Vigtigste umiddelbare fund: Dr. Mohammed har en nyåbnet lægeklinik, hvor han samarbejder med en anden læge, Jette. Er lige flyttet til nye lokaler. Dr. Mohammed har udvidet klinikken med et fitnesscenter kun for kvinder, hvor de muslimske kvinder ”smider tørklædet” og træner under kyndig vejledning. Er i gang med at lave et spa ,i kælderen rog vil lave en motionsaal på 1. sal. Medlemskab til centeret koste 1/3 af medlemskab i fitnesscenteret på den anden side af vejen, alligevel overvejer han at gøre medlemskabet gratis da ikke alle har råd. Desuden vil dr. Mohammed åbne en cafe i stueetagen og åbne op mod et frit areal ud til biblioteket på Rentemestervej. Vi har en samtale om kvindernes dårlige sundhedsstatus, og vi fortæller, at en del kvinder, bl.a. fra FAKTI, har en drøm om at lave mad i en cafe. Efter vores samtale vil dr. Mohammed lede efter lokaler i Fuglekvarteret, hvor han gerne vil åbne en cafe med tilhørende festsal, hvor kvinderne kan mødes og lave mad. Overvejer at lave gratis medlemskab af fitnesscenteret mod at arbejde i cafeen. Dr. Mohammed vil gerne lave endnu et lille motionscenter og også anvende sit eget personale (sygeplejerske) til rådgivning. Birthe mener ikke, at vi skal være fokuseret på FAKTI¹⁶ som organisation, da de har en tendens til at vise for meget omsorg og stille for få krav til kvinderne. Birthe vil gerne involvere kommunen, men begge er enige om, at kommunen ikke skal bestemme over aktiviteter. Dr. Mohammed mener, at kommunens tendens til en løftet pegefing er ikke dur.

Mine refleksioner: Tydeligt, at Birthe og Mohammed kender hinanden og deler kultur, de pjatter om ægteskab (Birthe har været arabisk gift). Pjatter om ægteskabsforståelser i de forskellige kulturer. I DK er der ingen grund til at blive gift,

16 FAKTI – forening for flygtninge- og indvandrerkvinder – er en forening med det overordnede formål at forbedre vilkårene for trivsel for kvinder med flygtninge- og indvandrerbaggrund og deres familier.

kvinderne har ikke brug for en mand og vil ikke lave morgenmad til ham. Mohammed undgår øjenkontakt til mig i starten. Birthe er en isbryder.

Mohammeds motivation for indsatsen er, at han gerne vil have et stort navn (stor succes), og de etniske kvinder har et meget dårligt helbred.

Indsigter/forandring: Dr. Mohammed har en alternativ tilgang til at være praktiserende læge – måske mere forståelse for at inddrage kommunen, som kan støtte hans tiltag.

Dato: 18.7.2013

Birthe + mailkorrespon-dance

Metode: Snak med Birthe, mens vi ventede på dr. Mohammed

Vigtigste umiddelbare fund: Mange års frivilligt arbejde for etniske kvinder. Har været gift med en irakisk mand, og de har tre børn. Taler arabisk, hvilket ”gør en kæmpe forskel”. Har boet i USA og Irak. Bor nu her i kvarteret med to voksne børn her + et barn i USA. Har arbejdet mange år i Ældre Sagen, er medlem af lokaludvalg Bispebjerg og et andet organ kaldet dialogforum.

Indsigter/forandring: Birthe er en vigtig ildsjæl. Et vigtigt bindeled mellem de etniske kvinder, civilsamfundet og kommunen.

Dato: 28.8.2013 + 17.9.2013+ 9.10.2013

Tre Seminardage om samarbejde mellem kommune og civilsamfund

Metode: For ledere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og i de frivillige organisationer i København

Vigtigste umiddelbare fund: Tre seminareftermiddage med oplæg, refleksion og drøftelser om muligheder og udfordringer.

Emnerne er således fordelt: Fra supplement til samskaber. De organisatoriske rammer i samarbejdet. Samarbejdsarbejdets muligheder og udfordringer i praksis
Indsigter: Samskabelse er et buzzword i den kommunale sammenhæng. Der ligges vægt på, at kommunen skal etablere et bedre samarbejde med virksomheder og frivillige organisationer

Dato: Midt august 2013

Metode: Projektet, som det ser ud efter Sundheds- og omsorgsforvaltningens budget Forhandling.

Vigtigste umiddelbare fund: Lige og effektiv adgang til sundhed – styrke borgernes egenomsorg

(Fokus skærpet vedrørende kronisk syge borgere) – resume:

Københavns Kommune vil øge indsatsen for socialt udsatte, arbejdsløse og kortuddannede borgere med én eller flere kroniske lidelser, herunder ældre med minoritetsbaggrund.

For at komme i dialog med udsatte borgere om at forbedre deres sundhed er det vigtigt at få etableret en god kontakt til dem. Adgangen til udsatte borgere kan foregå gennem andre borgere, som fx har erfaringer med at håndtere sygdomme, og hvordan man lever med én eller flere kroniske lidelser. Gennem kontakten til andre borgere lærer de at leve med kroniske lidelser. Gennem denne borger til borger-kontakt bygges bro til sundhedstilbud med fokus på sunde kostvaner, motionstilbud, rygeafvænning og afvænning i forhold til alkohol og rusmidler. Partnerskabet er mellem Socialforvaltningen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, den boligsociale helhedsplan, PULS, lokaludvalget samt Bispebjerg Hospital. Den boligsociale helhedsplan har stort kendskab til boligområdets beboere og deres sundhedsudfordringer. De kan derfor være med til at bygge bro til hhv. Socialforvaltningens og Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud, fx den sociale hjemmepleje, boligrådgivere og specialiserede sagsbehandlere i socialcentre, samt til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens forebyggelsescentre. De to forvaltninger skal ligeledes henvise og bygge bro til hinandens og hospitalets udgående tilbud. Forvaltningerne skal også bygge bro til civilsamfundets aktører, fx FAKTI, hvor lokaludvalget kan bidrage med at koble kontakter på tværs af civilsamfundet og kommunale aktører.

Indsiger/forandringer: Umiddelbart synes jeg, at denne markante ændring af den af lokaludvalget udformede projektbeskrivelse var meget nedslående. Den oprindelige ide med borgerinddragelse og kapacitetsopbygning i lokalområdet er blevet erstattet af koordinering med primær og sekundær sektor inden for sundhedssektoren, og der er kommet et snævert fokus på kronisk lungesygdom. Dette perspektiv ændres dog noget af de involverede parter reaktioner på ændringerne (se nedenstående kolonne).

Dog er dette et eksempel på den barriere, der er mellem praksisfeltet og forvaltningen, der arbejder ud fra forskellige perspektiver.

Reaktioner fra nogle af de involverede parter

Metode: Indhentet ved forskellige lejligheder. Snak med Annette foregik, mens jeg havde casekursus for K2-studerende fra RUC, hvor vi havde base på biblioteket, NV. Victoria og hendes chef har jeg mødt ved et gå-hjem-møde for kommunalt ansatte, som jeg deltog i. Helle har jeg talt med ved et møde på hendes kontor.

Vigtigste umiddelbare fund:

Annette, projektleder: Annettes oplevelse er, at projektet er blevet totalt omskrevet (jeg har på dette tidspunkt ikke set noget dokument). Annette synes, at det oprindelige projekt er så godt, at det ikke må slutte sådan. Hun vil have, at lokaludvalget arbejder videre med projektet (på trods af den tvivl, der har været undervejs). Desværre hører jeg et par dage senere, at Annette har sagt sin stilling i lokaludvalget op! Da jeg efterfølgende taler med hende igen, vil hun gerne involvere mig aktivt i at lave politisk lobbyarbejde for at få projektet med i næste års budgetforhandlinger. Jeg pointerer, at jeg støtter ideen, men at jeg ikke kan indgå i en proces, hvor jeg laver kommunalt, politisk arbejde. Vi aftaler, at jeg kan støtte op om en deres lobbyarbejde for at få ”dialogprocessen” på til budgetforhandlinger i februar 2014. Til dette har Anette igangsat en plan for det politiske lobbyarbejde. (Jeg indkaldes senere til et møde med ”Kurt” (Anettes chef) og Line (Anettes afløser). Dette møde afholdes 20.11.13 – se nedenstående).

Annette udsender dette notat:

Mandag **30-09-2013** 12:11

Kære alle! Som I formentlig ved, er der ikke kommet penge til vores sundhedsprojekt 'Lige og effektiv adgang til sundhed'. Det er selvfølgelig rigtig ærgerligt, og vi har lige skullet vende skråen og finde ud af, hvilket ben vi skulle stå på fremover. Det er blevet til et ønske om at arbejde politisk for, at projektet kommer med i budget 2015. Skal det lykkes, skal projektet med i Sundheds- og Omsorgsudvalgets budgetseminar til februar 14. I de kommende måneder (og især efter kommunalvalget), vil Lokaludvalget derfor forsøge at komme i dialog med medlemmerne af SOU om projektet.

Victoria og hendes chef fra Brobyggerfunktionen: Jeg fortæller Victoria og hendes chef om Annettes udtalelse og plan. De er meget overraskede over projektformuleringen og vil gå aktivt ind i at hjælpe med at lave politisk lobbyarbejde. De ser mange muligheder for at styrke deres civilsamfundsarbejde gennem et projekt som ”Lige adgang til sundhed”, som det var tiltænkt.

Jeg opsøger efterfølgende Annettes chef og Birthe (frivillig og medlem af lokaludvalget) for at tilbyde at deltage på et lokaludvalgsmøde med de lokale politikere og fortælle om processen med ”Lige adgang til sundhed”. Chefen er positivt stemt, og Birthe forsøger at følge op. Dette møde bliver dog aldrig etableret.

Helle, strategisk sundhedskonsulent (SOF): Helle har ikke været med til de afsluttende planlægningsmøder, dette fortryder hun, siger hun. Det er vigtigt med en strategisk forankring. Omkring ændringerne igennem budgetforhandlingerne siger hun *”Fuck det, vi er jo nu ved at beskrive indholdet i det. Der står jo kun 3 linjer og det har jeg talt med Eva (leder FCN) om. Det vi har formuleret i ”Lige adgang til sundhed” kan jo bruges direkte her – og indsatserne bliver jo forankret hos hende. Så det er rigtig fint”* og *”De har jo fået pengene nu” (selvom projektet er omformuleret)*. Helle opfatter altså situationen således, at der er givet penge, og ser muligheden i, at udførelsen af projektet stadig kan vinkles, så perspektivet i projekt ”Lige adgang til sundhed” kan fastholdes.

Indsigter/forandring:

Der er enighed om projektets kvaliteter, og der er en vilje til at kæmpe for projektideen, og Helle tror på, at ideerne lever videre i FCN.

Planlægningsprocessen må overordnet siges at være en succes i den forstand, at det har medført en forandringsproces på flere niveauer. Det har været væsentligt at have deltagelse fra det strategiske niveau i form af Helle fra Social- og Omsorgsforvaltningen, og endvidere fra lederen af FCN, hvor det blivende projekt nu forankres.

Det er for en udenforstående som mig en udfordring at gennemskue processerne i en stor kommune som KK. Det politiske lobbyarbejde internt i kommunen er af afgørende betydning for en projektgodkendelse.

Samarbejde mellem praksis og forskning har medført et ændret syn på udvikling af kommunale sundhedsstrategier, og specielt bottom-up-perspektivet har medført en større indsigt i de reelle sundhedsproblematikker og behov.

(De dybere indsigter og forandringer vil blive udfoldet i afhandlingen)

Uformel snak med Annette

Snak om videre forløb, altså politisk lobbyarbejde for at skaffe penge til Bispebjerg lokalområde. Endvidere: Annette er frustreret over, at projektet nu er afhængigt af de almindelige budgetforhandlinger. Beskriver, at hendes succes bliver målt på at kunne påvirke Borgerrepræsentationen eller forvaltningen til at give penge (projekter) til Bispebjerg. Penge fra projektet "Lige adgang til sundhed" skaffer dermed prestige til lokaludvalget og bidrager til legitimering af lokaludvalget. Der er i selve lokaludvalget debat om, hvorvidt de overhovedet skal lave pilot-projekter, som de ikke selv kan implementere, eller om de udelukkende skal lave visionsarbejde for området.

Indsigter: Dette kan henføres til de tidligere diskussioner mellem Annette og mig, der har omhandlet konkretisering af projektet. Annette siger eksplicit, at "hun skal tydeliggøre sproget i forhold til politikerne" og "massere lederne", så de er positive over for projektet, dermed er det også forståeligt, at vi har diskussioner om det brede perspektiv og min metodeanvendelse med et kritisk udgangspunkt, fx i workshopafholdelsen. Det viser sig senere, at Annette har misforstået finansieringen af det fortsatte projekt, det er nemlig en del at den daglige drift, og der vil derfor være tale om et langsigtet projekt.

Afslutning på empiri.

Indsamling af planlægningsprocessen.

Dato: sept. 2013

Casekursus

Metode: Min rolle: kursusnsvarlig. K2-sundhedsfremmestuderende

Varighed: fem dage. Undervisning i metodetilgange, som skal afprøves i Fuglekvarteret. Der er arrangeret plæg og praksisbesøg hos FCN, Birthe (frivillig). Biblioteket og områdefornyelsen

Vigtigste umiddelbare fund: Oplæg ved socialsygeplejerske Nina Brünés (fra Rådet for socialt udsatte) omhandlende ulighed i sundhed og ulige adgang til sundhed; mistillid til systemet; manglende ressourcer til at anvende systemet. Stort fokus på, at vi ikke skal etablere et parallelsystem med dårligere faglighed,

men skal øge tilgængeligheden til det etablerede system. Vi skal integrere specialiserede tilbud inden for det etablerede for at forhindre yderligere marginalisering og andenrangstilbud.

De studerendes feltarbejde og refleksioner om lokalområdet har bidraget med yderligere viden om især institutionernes rolle og den manglende anvendelse af udadgående/borgerinddragende metoder i lokalområdet.

Dato: 6.9.2014

På Helles kontor i forvaltningen

Metode: Møde med Helle strategisk sundhedskonsulent)

Vigtigste umiddelbare fund: Opfølgning på planlægningsprocessen. Snak om viceværter og netværk. Fordele og ulemper ved, at projektet er forankret i lokaludvalget, som ikke implementerer projektet, men har fokus på lokalområdet. Snak om manglende koordinering og manglende kendskab til hinandens arbejdsmetoder. Manglende kendskab til borgerinddragende metoder. Ulighed i sundhed som mål kræver nye metoder, og vi kan ikke gå ud fra, at vi ved, hvad der er bedst for folk. Ikke kun kortlægning af netværk, også mobilisering. Vi snakker om, at jeg skal holde oplæg på et personalemøde i forvaltningen, og vi snakker om en mulig senere empowerment-evaluering.

Dato: 4.11.13

Oplæg for Roskilde kommune

Forebyggelsescenter/sundhedshuset i Roskilde

Metode: Oplæg

Årsag: Sammenlægning af sundhedshuset og sundhedsplejerskerne.

Mit oplæg tager udgangspunkt i

1. nationale sundhedsstrategier (den sociale gradient vs. snævre målgruppe, specifikke tiltag.
2. professionernes udvikling og manglende empowerment samt behovet for revitalisering af tilgang.
3. praksiseksemplerne Gellerup og København "Lige adgang til sundhed".

Fokus på borgerinddragende metoder.

Vigtigste umiddelbare fund: Professioner og deres forståelse.

Vanskeligheder ved borgerinddragelse.

Paradoks i sygeplejen/professionstænkningen. Det giver prestige at flytte sig fra den direkte pleje til kontoret (dels for at få sit eget arbejdsområde (autonomi), dels pga. ranglisten) modsat altruisme.

Sundhedsplejersken. Har fået at vide af en psykolog, at vi ikke er lommeofilosoffer/lommepsykologer.

Kan godt lide min respektfulde, anerkendende tilgang, jvf. vil også gerne selv opleve den.

Socialrådgiver ved oplæg i Roskilde. Man skal være meget fagligt stærk for at indgå i det tværfaglige samarbejde. Vi er ikke jurister.

Der er en udfordring inden for de professionsuddannede, hvor de oplever en svag faglighed og en bred uddannelse, som ikke giver prestige i sig selv. Hvad er det egentlig, jeg er god til? Hvordan indgår jeg i et tværfagligt samarbejde med en svag faglighed?

Det at have en bred uddannelse og have en spidskompetence til at være gennemgående og koordinerende (samle trådene) er ikke en kompetence, der giver styrke. Hvad er det helt præcist, du bidrager med? Kan alle i princippet ikke lave dit arbejde, fx de frivillige?

Det kan de på nogle områder, idet de kan være en ligestillet ven, men de har ikke faglighed og merviden som en professionsuddannet. Det er vigtigt her, at professionerne får indblik i deres ressourcer. Fx ved en sygeplejerske, at når en ældre dame bliver rød i måsen og lugter lidt af ammoniak ud af munden og er meget tørstig, kan det være tegn på sukkersyge. En socialrådgiver kender til folks rettigheder, men kan også se behovet for psykologisk støtte. Vigtige parametre. Professionerne skal helst kunne se en styrke i den brede uddannelse og kunne facilitere empowerment-processer for de borgere, de arbejder med. De er dog nødt til selv at være ressourcestærke.

Dato: 20.11.2013
Møde biblioteket Rentemestervej

Metode: Lasse, leder af lokaludvalget og Sofie (nyansat i Annettes gamle stilling i lokaludvalget)

Vigtigste umiddelbare fund: Hvordan arbejder lokaludvalget videre?

Dato: 2.1.2014
Kontakt med FCN

Metode: Mailkorrespondance

Vigtigste umiddelbare fund: FCN vil gerne erfaringsudveksle med hensyn til det videre arbejde med projektet ”Lige adgang til sundhed”. Vi aftaler et møde.

Dato: 4.01.2014.
Møde på FCN
Positivt, at FCN kontakter mig til videre vidensudvikling.

Metode: Deltagere: 3 ansatte, som skal opstarte projektet i FCN, hvoraf en af dem har deltaget i planlægnings- forløbet. Lederen af FCN, som også har deltaget i dele af planlægningsforløbet og souschefen på FCN, og mig selv

Vigtigste umiddelbare fund: Jeg er pr. mail blevet bedt om at sige noget om:

1. Bredt om mit arbejde.
2. Erfaringer med projektet.
3. Give bud på de vigtigste målgrupper.
4. Beskrive de vigtigste aktører.

Jeg præsenterer mit arbejde bredt (incl. sundhedsfremmeperspektivet). Visionen og erfaringer fra projektet samt metode og fund fra projektet. Dette giver et godt grundlag for at diskutere visionen for FCN og institutionens interesse og vision med at fortsætte forløbet.

Tilgængelighedsproblematikken diskuteres, dvs. et system, der ser tilgængelighed

til de udsatte borgere som et problem vs. borgere, der oplever et system, hvor de ikke er velkomne eller ligeværdige, og som ikke tilgodeser deres behov.

Der er en snak om vigtigheden af kapacitetsopbygning og fokus på netværk. Men hvordan skal dette gribes an af en institution som FCN, og hvad er ”kerneopgaven” for FCN? Hvordan skal FCN tænke nyt (hvilket der er en stor villighed til)? FCN ser en mulighed i at være koordinerende for en samlet indsats mod ulighed i sundhed og ser mental sundhed som en del af dette.

Ang. målgrupper: Jeg fortæller om min samtale med ”Arly”, der pointerer, at man ikke kan tale om +45 årige mænd, der er de ensomme, nattegængerne, misbrugere osv. Der er endvidere forskellige problemstillinger, fx pillemisbrug. Det handler i dette perspektiv om at tage udgangspunkt i behov og derigennem understøtte en sundhedsfremmede indsats. Den målrettede indsats kan fx specificeres gennem indsatserne via sundhedsformidlerne. Det er vigtigt med åbenhed først.

Ang. aktører: vi snakker om at tage udgangspunkt i aktuelle aktører og indsatser. Bl.a. PULS, områdefornyelsen, der har mange gode metodeerfaringer med borgerinddragelse, og om Brobyggerne, der har viden om at koordinere og bygge bro. Der bliver endvidere en snak om vigtighed af brobygning og kapacitetsopbygning på alle niveauer.

Metode: Enighed om, at metoden med at tage udgangspunkt i det eksisterende arbejde og behov er vigtig. Workshops en metode til dialog.

Lederen påpeger, at der er et stort arbejde i at sælge visionen (også i forvaltningen). Vi snakker her om vigtigheden af målinger og beskrivelse af arbejdet.

Plan: Vi aftaler, at jeg skal holde et oplæg for personalet i FCN. Fremover vil vi fortsætte vores interne dialog, og FCN vil beskrive deres arbejde samt give tilbagemelding på mit arbejde til fælles vidensudvikling.

Dato: 10.1.2014

Møde med FCN

Metode: Tina, som har deltaget i hele planlægningsprocessen, og en nyansat på projektet

Vigtigste umiddelbare fund: Snak om gensidige erfaringer fra projektet, og hvordan FCN rent praktisk kan arbejde videre med metoden.

Sundhedsformidlere – hvordan gribes det an?

Neutralt mødested i lokalområdet?

Netværksmobilisering. Vi snakker om, at et vigtigt perspektiv er, at de fleste vil hjælpe andre. Ingen ønsker rollen at modtage hjælp. Det styrker at hjælpe andre.

Dato: 24-27.01.2014

Leeds på RUC

Metode: Besøg af professor Jane South og Lektor Judy White fra Leeds Metropolitan University, som jeg og mine to vejledere Jesper Holm og John Andersen har besøgt i Leeds i dec. 2012.

Vigtigste umiddelbare fund: Formål med besøg: Erfaringsudveksling og etablering af ERASMUS-link mellem universiteterne.

Leeds Metropolitan University og Roskilde Universitet har forskningsmæssigt, specielt inden for Community Health og en empowerment-tilgang, nogle sammenfaldende interesser. Der er ligheder og også forskelle mellem de to lande. Derfor er erfaringsudveksling og sammenligning interessant for begge parter. Se endvidere kapitel om community health-perspektivet.

Vi viser vores gæster fra Leeds danske eksempler på Community Health via min empiriindsamling, vi besøger biblioteket på Rentemestervej, vi besøger lokalområdet og Mjølnerparken på Nørrebro, samt NGO-organisationen FAKTI, hvor jeg har lavet fokusgruppeinterview med etniske kvinder. Denne gang har vi en samtale med lederen af FAKTI: se nedenstående.

Dato: 25.1.2014

FAKTI

Metode: Samtale mellem lederen af FAKTI, professor John Andersen, Lektor Jesper Holm, professor Jane South, Lektor Judy White og mig.

Vigtigste umiddelbare fund: FAKTI er en Forening for flygtninge -og indvan-

drerkvinder med det overordnede formål at forbedre vilkårene for trivsel¹⁷ for kvinder med flygtninge- og indvandrerbaggrund, og med kvinderne også deres familier. Lederen af FAKTI er en ildsjæl, der arbejder for at give kvinderne husly og mulighed for at være sig selv i lokalerne på Bispebjerg Bakke i NV. Under vores samtale beskriver lederen, at hun ikke stiller krav eller giver råd til kvinderne, hun mener, kvinderne selv skal have lov til at fortælle, hvad de har brug for. Dette udvikler sig til en større diskussion om principperne for empowerment. Er det alene kvinderne, der skal tage initiativet? Eller handler empowerment også om at guide og facilitere? Hvad hvis en af kvinderne ikke kender mulighederne eller er opmærksom på egne ressourcer? Lederen fortæller, at hun afholder sygeplejersken fra at komme med gode råd til en kvinde, der har diabetes, og som spiser Nutella på franskbrød.

Lederen mener, at der stilles så mange krav i samfundet, at det handler om at beskytte kvinderne. Det er en interessant debat, hvor grænsen går. Se mere herom i kapitlet som sundhedsfremme og phronesis.

Jævnfør også med den frivillige ildsjæl Birthe, der ved besøg hos dr. Mohammed siger, at vi ikke skal samarbejde med FAKTI *"da de har en tendens til at vise for meget omsorg og stille for få krav til kvinderne"*.

Dato: 30.1.2014

Møde på FCN – arbejdsgruppen

Metode: Tina

Tre nyansatte til projekt "Sammen om sundhed" +
Henriette, strategisk sundhedskonsulent.

Vigtigste umiddelbare fund: Arbejdsgruppen vil gerne fremlægge deres overvejsler og have feedback på deres fremtidige arbejde fra Henriette og mig. Metodetilgangen og perspektivet fra "Lige adgang til sundhed" er, i et udarbejdet diagram, ekspliciteret således:

17 FAKTI-aktiviteter : Samfundsundervisning hver mandag, venskab, fælles spisning og socialt samvær, danskundervisning på flere niveauer, motion, mulighed for rådgivning ved socialrådgiver og sygeplejerske, ture og udflugter, Mulighed for at bruge Kulturhusets syværksted.

Community Empowerment:

Identificere samarbejdspartnere og målgrupper.

Mobilisere ressourcepersoner og stakeholders.

Opbygge sociale netværk.

Kompetenceopbygge borgere og kommunalt ansatte.

Demokratisk sundhedspædagogik:

Skabe fælles forståelse

Udvikle visioner

Igangsætte handlinger, der skaber empowerment

Evaluerer.

Afdække:

Sociale netværk, kommunale netværk, civile netværk, blandede netværk.

Det er en fornøjelse at se, hvorledes gruppen argumenterer for at gå nye veje og anvende nye metoder.

Der er dog fortsat diskussion om det institutionelle ophav. Er det forebyggelsescenterets opgave at koordinere og facilitere frivillige?

FCN ser dog muligheder i ovenstående arbejde via et politisk fokus på mental sundhed, men dette beskrives via ”psykologhjælp”. Jeg pointerer at forbedring af mental sundhed sker via ovenstående tilgang og arbejdet med ressourceopbygning.

Det er fortsat en udfordring for FCN at se effekterne af borgerdeltagende ressourceopbyggende arbejde på trods af, at arbejdet allerede pågår i kommunen.

”Kan man ikke se skoven for bare træer, kan man heller ikke plukke de lavthængende frugter”

Der er i arbejdsgruppen et fokus på at anvende et andet begreb end det anvendte ”*Rekruttering af borgere*” (til kurser), da det lyder negativt ”*som om det bare handler om at få fat på borgerne*”, men de kan ikke rigtig finde en anden måde at udtrykke sig på.

Jeg pointerer, at hele tænkningen bag skal ændres til, at FCN skal udarbejde tilbud, der passer til borgernes behov og ønsker.

Dato: 3.3.2014.

Undervisning af bachelorstuderende fra RUC på FCN

Vigtigste umiddelbare fund: Undervisning af bachelorstuderende fra RUC på FCN, Tina holder oplæg om sin praksisforståelse af arbejdet med ”Lige adgang til sundhed”, og jeg holder et teoretisk oplæg.

På væggen er ophængt en mapping af aktører og ressourcer fra lokalområdet.

Dato: 14.5.2014.

FCN arrangerer workshop

”Sammen om sundhed” med frivillige organisationer

Metode: Deltagere: NGO er fra lokalområdet, fx FAKTI. Ældresagen er også repræsenteret ved lokale væresteder og ved deres formand.

Vigtigste umiddelbare fund:

Det videre arbejde med perspektivet i ”Lige adgang til sundhed” tager form, og projektet er omdøbt til ”Sammen om sundhed”. Dette tolker jeg er et meget positivt signal om et ønske om mere åbenhed og samarbejde med borgere og frivillige.

FCN beskriver, at institutionen er ny i forbindelse med håndtering af mental sundhed. I deres retorik opfattes mental sundhed som en psykisk tilstand, som er fremkommet af ensomhed, og som kræver psykologhjælp. Denne enstrengede tilgang til mental sundhed passer ind i den enstrengede måde, KRAM håndteres på, og som også er genkendelig i sundhedsstyrelsens rapporter, i de nationale sundhedsdokumenter og sundhedspolitikker. På trods af dette er denne workshop og projektet ”Sammen om sundhed” et udtryk for et ønske om samarbejde og et ønske om at gå nye veje i forhold til at reducere uligheden i sundhed.

På workshoppen præsenteres myter om borgerinddragelse (selvkritisk refleksion):

1. Skal borgeren nu bestemme det hele?
2. Det kræver mange ressourcer
3. Vi skaber urealistiske forventninger.

Spørgsmålene fra salen (fra frivillige inst. Udfordrer den traditionelle professionstankegang.

1. I ved ikke nok om jeres målgrupper

2. I er ikke nysgerrige nok
3. I er formynderiske – ikke ligeværdige i tilgangen og retorikken
4. Social management eller mangel på samme fremhæves.

Indsigter: Nogle frivillige inst. fx Ældre Sagen påberåber sig viden om deres medlemmer, som kommunen ikke har, men de er også underlagt kommunen og får store kommunale tilskud. De små NGO'er er ofte ildsjæle og er på talefod med deres brugere/medlemmer, og de kritiserer kommunen for et formynderi, de ikke selv mener at besidde. Enhver NGO kæmper dog for overlevelse.

Samarbejde med kommunen er en nødvendighed. Partnerskabelse er for øjeblikket i fokus, både hos kommunen og hos frivillige organisationer, men hvem skal bestemme over hvad, og hvilken tilgang skal man vælge? Kommunen har i nogle sammenhænge en neutralitet og tavshedspligt, som er også et vigtigt element i diskussionen om partnerskaber og forholdet til borgerne.

Ikke alt partnerskab og civilsamfundsarbejde skal foregå på institutionsniveau. Erfaringer fra Leeds Metropolitan University og deres Community Health-projekter har mere fokus på "street credibility" og de behov, der findes i lokalområderne. Der er endvidere et langt større fokus på empowerment, end tilfældet er i Danmark. For eksempel havde et projekt, som uddannede sundhedsformidlere, opdaget, at sundhedsformidlerne, som var borgere var lokalområdet, blev styrket gennem den kortvarige uddannelse og deres arbejde i lokalområdet. En del af sundhedsformidlerne fik senere fast arbejde andetsteds. I stedet for at opfatte udskiftningen af sundhedsformidlere som en udfordring, blev uddannelsen og sundhedsarbejdet et nyt fokus for projektet. Der var på den måde tale om empowerment for både projektet, sundhedsformidlerne og borgere, selvom projektet ændrede fokus fra sit oprindelse udgangspunkt.

I en pause har jeg en samtale med lederen af FCN om vigtigheden af at dokumentere arbejdet omkring "Sammen om sundhed".

Efter mødet taler jeg med en af "brobyggerne", der udtaler, at FCN laver "*en google-oversættelse af sundhed*", idet de ikke beskæftiger sig med andet end KRAM på en ikke-koordinerende og inddragende måde.

Dato: 14.05.2014

Metode: Kommunalt gå-hjem-møde om frivillighed og partnerskab

Vigtigste umiddelbare fund: Eva Sørensen, professor på Roskilde Universitet, oplæg om, hvordan et tættere samspil mellem den offentlige sektor og civilsamfundet kan bidrage til at skabe både en mere effektiv og en mere innovativ offentlig sektor. Helle Hygum Espersen, brobygger i lokalområde Vesterbro/Kgs. Enghave, sætter fokus på muligheder og udfordringer i samarbejdet mellem kommune og civilsamfund. Anton Mikkil Thorsen, projektmedarbejder i Center for Park og Natur, fortæller om centrets erfaringer med at samarbejde med civilsamfundet med afsæt i en række igangværende projekter.

Dato: 11.08.2014

Møde med brobyggerne, der er ansat i sundheds- og omsorgsforvaltningens ældresektor.

Metode: Brobyggerne er fordelt i alle lokalområderne i Københavns kommune. I alt seks stk. + en leder.
(Den ene brobygger, "Victoria", har deltaget i projekt "Lige adgang til sundhed" og blev her inviteret til dette møde

Vigtigste umiddelbare fund: Snak om vanskelighederne ved at fastholde et civilsamfunds perspektiv i en kontekst og en hverdag præget af forvaltningsmæssig silotænkning, samt et sundhedsperspektiv, der er fokuseret på KRAM og overser de brobyggende og kapacitetsopbyggende muligheder i en sundhedstilgang. Vi taler om vigtigheden af at kunne dokumentere effekterne af et brobyggende civilsamfundsarbejde.

En af brobyggerne er frustreret over, at FCN er meget fokuseret på KRAM og ikke nok på civilsamfundet og kapacitetsopbygning:

"Det er, som om de laver en google-oversættelse af sundhed"

Dato: 2.9.2014

FCN (Tina) + Line (Annettes afløser fra lokaludvalget) holder oplæg på RUC

Metode: Koordinering mellem forskning og praksis

Deltagere: ca. 100 nye kandidatstuderende i sundhedsfremme fra RUC, undervisere i sundhedsfremme.

Vigtigste umiddelbare fund: Tina og Line vil gerne præsentere projekterne ”Lige adgang til sundhed” og det nuværende ”Sammen om sundhed”, fordi de gerne vil samarbejde med RUC-studerende i det fremtidige arbejde.

Kontakten munder ud i, at lokaludvalget får to studerende i praktik, og to grupper laver projekt i samarbejde med ”Sammen om sundhed”.

Hvornår er en empiriindsamling slut?

Dette er en overvejelse i forbindelse med et aktionsforskningsforløb. På en måde kunne empiriindsamlingen være overstået, efter projektansøgning blev afleveret. Men det videre forløb har vist, hvordan principper og metoder er blevet anvendt i praksis og dermed, hvilken effekt og forandring planlægningsprocessen har bidraget til.

Hvad der ikke blev til noget

- Workshop med borgere og ikke kommunalt ansatte medarbejdere
- Samlende Workshop
- Oplæg for SOF
- Samtale med hele lokaludvalget og politikerne
- Opfølgning til ledere og ansatte, der har deltaget i ”fremtidsværkstedet” og en formel udvikling af netværk mellem forvaltning og medarbejdere.

Leeds

Jeg har i oktober-november været på ph.d-udvekslingsforløb på Leeds Metropolitan University (har skiftet navn til Leeds Beckett University). Under dette forløb har jeg fået diskuteret min forskningstilgang inkl. kritisk teori og min, og

RUC's, problemorienterede forskningstilgang. Endvidere har vi debatteret sundhedsfremme som perspektiv i de to lande og den forskellige metode anvendelse, der følger deraf. Mere herom i afhandlingen.

SEKUNDÆR EMPIRI

Jeg indgik samarbejde med Lokaludvalg Bispebjerg, KK, i starten af 2013. Samarbejdet startede med planlægningsmøder og fastsættelse af vision for det kommende projekt. Projektsansøgning havde deadline 1. juli 2013. Der har derfor været stor koncentration omkring dataindsamling i foråret 2013. For at få et så fyldestgørende indblik i lokalområdets særegenskab og til de aktuelle ressourcer og problemstillinger som muligt har jeg anvendt studentermedhjælp.

Frederik Gehrke er på dataindsamlingstidspunktet specialestuderende ved Plan/By & Proces, og Geografi på Roskilde Universitet, og han er lige ved at skulle aflevere sit speciale.

Frederik har under sin uddannelse været studentermedhjælp i Lokaludvalg Bispebjerg, og hans egen speciale-empiriindsamling foreår i netop Fuglekvarteret. Dermed har han både et nært kendskab til lokaludvalget og til Fuglekvarteret og områdets beboersammensætning. Frederik har løbende orienteret både mig og Lokaludvalget om sine fund, hvilket har bidraget til, at disse er blevet inddraget i planlægningsprocessen.

Frederik har fungeret som referent ved de afholdte workshops og har bidraget med observationer og interviews i lokalområdet. Fokus har været at bidrage med viden om de aktuelle, sundhedsmæssige problemstillinger set dels fra personer, der arbejder tæt på borgerne, og dels fra borgernes perspektiv.

Da det ikke lykkedes lokaludvalget at etablere kontakt til "ikke-kommunalt ansatte frontmedarbejdere" til afholdelse af en workshop, blev alternativet, at Frederik skaffede kontakt til og fik hovedbase hos viceværterne i et beboerkompleks i Fuglekvarteret. Inden opstart har Frederik fået indblik i mit perspektiv, og jeg har udarbejdet interviewguide og observationsguide. Min metodologi og den metodologi, som Frederik anvender i sit speciale, stemmer godt overens.

Frederiks egen metodiske tilgang i specialet er baseret på en humanistisk fæmenologisk og en narrativ tilgang. Der er altså tale om at anvende livshistoriske fortællinger som metodisk tilgang til genstandsfeltet (Finnegan 1998; Bruner 1991; Simonsen 2005).

Jeg har udarbejdet en guideline til semistruktureret interview til frontmedarbejderne og ligeledes til borgerne.

Ideen var, at Frederik skulle snakke med ikke-kommunale frontmedarbejdere som viceværter og borgere på gaden, på bænke o.l. eller i deres lejligheder, hvis han fik mulighed for det.

Dato: 14.05.2013

Samtalen med ejendomsfunktionærerne foregik omkring klokken 14 på deres ejendomskontor

Observation.

Fokusgruppeinterview med to viceværter og en praktikant.

Jeg har udarbejdet en interviewguide

Området har dårligere image end nødvendigt. En vicevært laver traditionelt småting, men tilgang vigtig. Prioriterer: 1. sociale kontakt til skæve eksistenser, de kan ikke vente. Kommunen møder ofte med velmenende tilbud eller løftet pegefinger – det virker ikke. Viceværten er ikke opsøgende, men hjælper neutralt. *”det er når de selv henvender sig, det virkelig rykker noget”*. Nærhed + lokalt engagement er vigtigt. Tillid er altafgørende. *”Hvis du løfter pegefingeren, bryder du tilliden”*. Tror ikke på ideen med sociale viceværter, der skal fungere i flere afdelinger. Nærhed er afgørende.

Dato: 15.05.2013

Samtalen på en vej i Fuglekvarteret fra 13-16.00

Fokusgruppeinterview. Fire mænd og en kvinde. Starter med at snakke med en mand på en bänk – flere kommer til.

Udsatte borgere. Har snævert netværk. Kommer de samme steder hver dag. OK glad for kommunal hjælp, har dog sagt nej til hjemmehjælp. "De er ude, **før de kommer ind.**" Alkohol er stoffet for de ældre. Der er mange psykisk syge. De går kun ud om natten. Problem at distriktspsykiatrien lukkede, nu skal man selv være opsøgende, "hvem gider (kan) det?".

Dato: 23.05.2013

Samtalen med "Arne" foregik i hans lejlighed. kl. 10.00

Samtale mellem vicevært, beboer og interviewer. Besøg pga. indsparket dør.

Mandlig beboer. Bygningsmaler. Boet her i 10 år. Beboer er negativ over udviklingen i området pga. manglende respekt: "Nu er det hårdt mod hårdt". Der er stor udskiftning i omr. Små lejligheder påvirker beboersammensætningen. Typisk mænd i 40'erne har problemer.

Vicevært mener, der er for nemt for beboerne at gå til sagsbehandler, der klarer det umiddelbare problem. Han oplever "en ugidelighed fra kommunens side og en alt for stor forventning fra beboerne til kommunen".

Dato: 28.05.2013

En morgen på ejendomskontoret samt samtale med kvinde kl. 8.00.-12.00

Interview.

30-årig kvinde. + arbejde. Boet her 1 år. Glad for at bo her. Bedre end Nørrebro. Ser ikke problemerne. Ved, de eksisterer. Der er manglende netværk (for de andre) -> ensomhed. De gamle flytter ud, unge ind -> manglende netværk, men sådan er det alle steder.

Dato: 6.6.2013

Ejendomskontoret: En dag på kontoret og samtale med "Finn" i tidsrummet kl. 8-11.

Observation.

Samtale med Beboer "Finn" og Viceværten

Jan: Netværk af misbrugere (ingen rigtige venner) tidl. hjemløs. Daglig (slås)kamp om pladser. Alkoholiker/misbruger. Dagligdagen er meget struktureret. Anvender værestedet på Theklavej. Støttekontaktperson vigtig.

Vicevært: 22 års erfaring. Vil gerne have en form for fremskudt forvaltning i lokalområdet. Træt af projekter, der ikke bliver til noget. Beboere med støttekontaktperson el. sagsbehandler er nemmere at hjælpe. Beboere uden for systemet. Er sværere. Man sendes hele tiden videre i systemet. Opgiver eller forsøger selv at løse problemet.

Dato: 12.06.2013

Samtale med "Brian" i tidsrummet kl. 8-11 foregik på ejendomskontoret efterfulgt af en gåtur i området, samt en samtale i hans lejlighed på Rørsangervej.

Observation i kvarteret. Kommer i snak med beboer. Går tur sammen og inviteres op i lejligheden.

Har vrede, mistro, svigt. Er udfarende og verbalt aggressiv. Men imødekommende. Ved gåtur i området kan han udpege dealere og bandemedlemmer (udenlandske). Går tit ture om natten for at passe på området. Har haft mange indbrud i lejligheden. Tør ikke spille på sin guitar, "så bliver den stjålet". Lejligheden er meget uhumsk. Stor kniv og hash på bordet. Satanistisk vægbeklædning. Har en behandlingsdom. Er misbrugt seksuelt som barn. "Jeg har aldrig haft tillid til nogen mennesker siden, jeg lider af frygt for det meste" Anvendte tidl. behandlingsscenteret på Ørnevej – har nu livstidskarantæne. "Jeg er nu en af kommunens mest sindssyge". Er i stedet tilknyttet OPS på Østerbro -> får metadon. + sagsbehandler (holder ikke, hvad han lover). "Jeg føler mig virkelig svigtet af det system, men jeg er afhængig af hjælp" Har billede af datter – er i familie pleje – ingen kontakt.

Viceværter Fynshuse (andet interview)

Vi er jo ikke opsøgende viceværter, vi har den kontakt til beboerne, de selv ønsker. Der er en gruppe, vi ikke ser. 10-15 % åbner ikke døren. I år er tre sat på gaden (en af dem forsvandt bare derefter, to anvender mændenes hjem). Løsninger: projekter med plantekasser er jo ikke for dem. Et måltid er godt. Skal lokkes derover i flok. Kommer aldrig alene.

Frederik har i sit speciale lavet otte interviews med henblik på en stedbeskrivelse af "Sangergården", som er en del af Fuglekvarteret. *"Den personlige stedfortælling kan stå som både en indgang til stedet og som værktøj til at få stedet inkorporeret i planlægningen"* (Gehrke 2013;126). Planlægning ses i Frederiks perspektiv som et forandringskabende arbejde: *"Tit er viljen til forandring og fremdrift altoverskyggende, og vi kan glemme, at vi ikke planlægger på en bar mark, men indgår i et sted, et felt, der indeholder forforståelser, mening og erfaring"* (Gehrke 2013;127) og *"Planlægningen bør orientere sig mod at komme ind til stedet, og dermed helt ind til problemet og boligområdets udfordringer"* (Gehrke 2013;126). På denne måde er Frederiks tilgang sammenlignelig med min egen bottom-linked tilgang til en planlægningsproces.

De otte interviews er foretaget i Sangergårdens fælleslokale eller i beboernes lejligheder.

Interviewene er optaget og transskriberet. Frederik har ikke udarbejdet en egentlig interviewguide, *"idet det har været vigtigt at tage udgangspunkt i de subjektive fortællinger"*. Som indledning til samtalerne er beboerne blevet bedt om at fortælle om deres første minde om "Sangergården".

Jeg har læst transskriberingerne og uddraget de sekvenser, jeg synes bidrager til et dybere indblik i beboerperspektivet på livet i Fuglekvarteret. Jeg har fokuseret på ressourcer og problemstillinger i forhold til netværk og trivsel, samt hvis der er fremkommet forslag til forbedring af de fremkomne problemstillinger.

Sted og person: Bente. Har været gift med en indvandrer fra Israel.

Fund: Fortæller om sangergården anno 1980 og frem. Har mærket fremmedhædet i DK. Der er mindre fællesskab nu og mere rod på fællesarealerne. Tabet af husbond har påvirket hendes liv markant, og hun vil ikke flytte pga. af minderne. Har lille netværk.

Sted og person: Sofiya – stammer fra Rumænien. Har boet i området i 20 år. Tidligere var der mere sammenhold. Da hun flyttede til, var der flere ældre, nu er der flere børn, men også mere action. Dog vil folk, der flytter ind, have mere afstand. Det er stadig muligt at lære nogen at kende. Der er gode aktiviteter i området, men for 15 år siden var det muligt at lære dobbelt så mange at kende. Mere rod på fællesarealerne. Udlændinge beskrives som aktive og som en ressource. Tager sig af tingene.

Sted og person: Fernando

Deltager i bestyrelsesarbejdet. Fernando bidrager med et meget personligt engagement og et indblik i de kulturelle konstellationer. Han har en udpræget lyst til fællesskaber. Ildsjæl. Fernando opsøger folk og stiller krav (fx om at folk holder øje med deres børn) og skaber dialog (også med politiet). *"Danskerne stiller ikke krav", "Det er den personlige kontakt, der generelt mangler i sådanne bebyggelser" og "den eneste kontakt i området er i bund og grund viceværten", "Folk skal inviteres personligt", "Forældre tager sig ikke af deres børn", "der er manglende succes historier", "man skal ikke bruge tid på "hvor er du fra" men mere "hvad har vi til fælles"."*

Sted og person: Dede og Henry. Er fra Burundi og Angola. Mødtes i DK i Nykøbing Mors. Havde svært ved at flytte til København. Har arbejdet.

Har haft mange indbrud. Kan ikke forstå, at ingen har set noget + indbrud i arbejdsvil. Ingen har set noget. Synes, det er en god lejlighed. Der har været skyderi i beboerlokalet. Beskriver naboer som svære at komme i kontakt med. Der bor mange arabere i området, og de hilser ikke. *"Vi fik en velkomst af Ea, vores formand. Vores børn leger sammen nu".* De vil gerne flytte til Lyngby-Taarbæk, fordi der er mere ro. Henry kan godt lide København, hvor der er mange mennesker. Har ikke råd. Henry er arbejdsløs elektriker nu.

Sted og person: Adrian og Jaella (+ søn). Begge er i arbejde. Adrian er uddannet maskinarbejder og har videreuddannet sig til tekniker).

Fund: Dette interview er en religiøs og politisk fortælling. Kom til DK i 84 og 86. Det var ikke frivilligt, men den eneste løsning. Adrian var imod det iranske styre og den islamiske tro. Var i sine unge dage kommunist, men opdagede, at kommunismen var for styrende. Boede som ung på kollegium og lærte meget. Beskriver, at der er mange nationaliteter i området, hvilket er godt, men der er ikke kontakt imellem folk. Familien har kollegaer/klassekammerater, men har aldrig gæster. Jaella snakker med/hjælper en dame, der har boet her i 50 år. Tidl. var der en flink gårdmand, nu er der fire, men flere ting er ikke i orden. Sønnen går i en skole på Frederiksberg. I den lokale skole var der en araber, der mobbede ham. Det hjalp ikke at snakke med faderen. De nye kammerater er rigere, og de holder sammen. Peger på manglende fællesaktiviteter i gården. De ældre flytter, og en kæmpe muslimsk familie flytter ind. Muslimerne bruger hele gården, men har ikke andre med + tåler ikke, at andre drikker vin til maden. "*Man kan ikke se, vi er i Danmark*". "*Vi har ikke noget juletræ*". "*Vi burde have det danske flag i gården*", "*Vi er jo selv udlændinge, men der er forskellige grader af udlændinge*", "*Vi har dansk statsborgerskab – vi er danske*". Familien vil gerne flytte evt. til Frederiksberg eller Hellerup, men har ingen penge.

Sted og person: Irina kom fra Rumænien i 1991

Fund: Mødte sin mand i Rumænien, mens han boede her. Er nu skilt. Irina blev i DK, skulle i Rumænien, n bor hos sine forældre, men kunne klare sig selv her. Har boet i området i 18 år. Nu arbejdsløs. Vil gerne arbejde igen. Er uddannet laborant i Rumænien. Er glad for DK og er samtidig nostalgisk omkring Rumænien. Under Ceausescu var Rumænien tryk. Beskriver en politisk udvikling. Murens fald var godt, men har medført privatisering. Polarisering. Mennesker bliver individualister og alt for kapitalistisk indstillet. Manglende loyalitet. Savner Rumænien og nostalgien.

Sted og person: Ayse kom til DK som 12-årig fra Pakistan. Har pakistansk mand og 4 børn. Er læge.

Fund: Beskriver, at der er mange udlændinge i området. Beskriver godt fællesskab blandt muslimer, men børnene er uopdragne. Vil helst ikke have, at den yngste

dreng på ni år vokser op her. Beskriver Røde Kors-lektiehjælp som rigtig godt. Bidrager selv som frivillig. Der *er* aktiviteter, det er familierne, der er problemet. Siger "vi" om muslimer, men også "vi" om on danskerne. "Danmark er vores land". Beskriver den fælles grillning i gården som et problem: "Den er fælles, men mest familie til familie". I Høje Tåstrup har de også mange etniske familier. De har en klub i kælderen med computere. Forældrene betaler 50 kr./md., og så kommer der frivillige og snakker med de unge. Ayse vil gerne have, at børnene kender deres identitet, men de skal integreres. Vil gerne have, at børnene fx er besøgsvenner på et plejehjem. Ayse har flyttet børnene fra Grøndalsvænge skole til Nørrebro Park skole. Den ældste datter går på Zahles gymnasium og den ældste dreng går på gymnasium i Mørkhøj, hvilket beskrives som godt.

Sted og person: Anne – socialrådgiver

Fund: Har boet her i 3 år, vil gerne tilbage til Hvidovre, hvor familien bor. Beskriver en del problemer i området. Alt kan høres gennem væggene. Har ringet til politiet, fordi naboen slog sin kæreste. Blev bagefter truet og fik ikke tilstrækkelig hjælp fra politiet. Er træt af junkier i området. Der er tre alene i egen opgang. Har tidligere indgået i bestyrelsesarbejdet og har lavet underskriftsindsamling for at få nogle junkier ud, hvilket lykkedes. Beskriver, at der er mange skæve eksistenser, der hele tiden vil noget. Anne anvendes som ressourceperson. Dette bliver dog for meget. Er selv mærket af en ulykke, der medførte piskesmæld, og kan knapt passe sit arbejde. Skal ligge på sofaen og slappe af. Vil gerne have fri, når hun har fri. Økonomisk hårdt, skal også betale for behandlinger. Har ikke kæreste, han forlod hende efter ulykken. Livet er ikke blevet som forventet. Ønsker sig familie og børn. Vil gerne til Hvidovre, hvor hun kender folk bedre, kan have fri og få hjælp fra forældrene.

Interview fra Beboerprojekt Puls beskriver et udsnit af beboersammensætningen. Interviewene understøtter ovenstående fund og giver et indblik i områdets problemstillinger. Der er tale om 19 interviews og en naboskabsundersøgelse.

Fra 2011 har der været en helhedsplan i gang i området omkring Stærevej, *Beboerprojekt Puls*. *Beboerprojekt Puls* er et samarbejde mellem de tre boligorganisationer SAB, 3B og AAB og dækker 1031 husstande i alt. *Beboerprojekt Puls* arbejder med tre indsatsområder:

- · ejerskab og engagement,
- · udsatte grupper og
- · børn og unge og kriminalpræventive tiltag.

Metodeoversigt

Fremgangsmåde i planlægningsprocessen

”ABCD”. Ressourcemapping.

EE – empowerment-evaluering. Fokus på ressourcer og empowerment af både medarbejdere og borgere.

Bottom-up-perspektiv: Har løbende viderebragt viden hentet i lokalområdet.

Jeg har lyddoptaget langt de fleste planlægningsmøder og andre gange skrevet feltnoter.

Fremgangsmåde ved interviews i lokalområdet: Er metodisk foregået via en antropologisk/etnografisk tilgang forstået på den måde, at jeg er gået åbent og undersøgende til værks. Jeg har præsenteret mig som en, der kommer fra universitet og som gerne vil hjælpe kommunen med at gøre deres tilbud til borgerne bedre. Jeg har sagt, at den viden, jeg får, bliver bragt videre til kommunen (i anonymiseret form). Jeg har lagt vægt på at jeg ikke kommer fra kommunen.

Mine spørgsmål har ikke direkte omhandlet sundhed. Et spørgsmål kunne fx være: ”Hvem hjælper dig, når du bliver syg?” Ellers har jeg spurgt til problemer i området som et generelt spørgsmål, hvorefter folk både fortæller mig om området og sig selv. På denne måde fik jeg indsigt i problemstillingerne omkring pillemisbrug. Jeg har også her fokuseret på folks ressourcer, og selv den mest udsatte har en eller anden form for ressource. Jeg har spurgt folk til mulige løsningsforslag. Ofte har de svaret: ”Det kan du godt glemme, det er for sent at hjælpe dem” men der er alligevel fremkommet svar som: ”Hvis man forsøger at hjælpe folk, der mister deres arbejde/ægtefælle/ven, vil det måske hjælpe – for det er der, de begynder at komme fast på værtshuset.”

Fremgangsmåde under workshops: Inspireret af metoden fremtidsværksted, som er forankret i utopisk aktionsforskning. Denne metode er anvendt for at have et fokus på nytænkning. At sprænge den gængse måde at arbejde med sundhed på. Hvert fremtidsværksted er startet med et oplæg fra mig om sundhedsfremmestra-

tegier og den viden, jeg har fra lokalområdet.

Pålæg om targeted og universielle/strukturelle tiltag.

Udgangspunkt i lokale problemstillinger. Hvad har jeg indtil videre fundet ud af. Netværk. Ressourceatlas/risikoatlas.

Anne (fra lokaludvalget) har fortalt om projektet og har lagt op til inddragelse af forskellige stakeholders i lokalområdet.

Derefter har der været en **Kritikfase**: Vellykkede vs. vanskelige situationer??

Hvad ser I af problemstillinger i forhold til jeres daglige arbejde?

(Anne har været skeptisk over for denne metode. Ville hellere tale ud fra antagelser), **en utopifase**: Hvordan ville det være helt optimalt, hvis der var frie rammer og ressourcer? Hvordan ville det perfekte projekt se ud?

(Det kan være svært at fastholde folk i denne fase, dels skyder de hinandens ideer ned, eller de er hurtigt videre til mulige løsninger. Sammenlagt giver disse to faser dog mulighed for at fastholde et fokus på de aktuelle problemstillinger og på alternative løsningsforslag).

Realiseringsfasen Hvilke af ideerne kan realiseres?

Hvilke indsatser skal prioriteres?

Hvordan? Evaluere?

Hvordan kan et fremtidigt projekt skrues sammen? Hvilken viden mangler vi?

Vision for projektet. Hvornår er projektet en succes?

Jeg har metodisk inddraget inspiration fra EE, idet vi har talt om, hvordan man kan monitorere forbedringerne.

Varigheden af workshops er ca. 3 timer.

Efter workshop er data behandlet sammen med Anne (lokaludvalget).

Og jeg har lavet efterrefleksion selv (i form af feltnoter) og sammen med studentermedhjælp Frederik.

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions; An Essay on the Division og Expert Labor*.
- Agger, A. (2009). Kommunikativ planlægningsteori - nye idealer for borgernes rolle i planlægningen. In A. Jensen, J. Andersen, & K. A. Nielsen (Eds.), *Planlægning i teori og praksis- et tværfagligt perspektiv* (1st ed., p. 415). Roskilde.
- Ahrenkiel, A., Dybbroe, B., & Sommer, F. (2007). Tillidsrepræsentanter i DSR - udfordringer og svar. Rapport fra observationer, interviews og forskningsværksteder. Retrieved from http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/821/dsr_kvalirapp.pdf
- Almlund, P., & Holm, J. (2014). Post Rio and Ottawa Policy - Communication for Deliberation. *The Journal of Transdisciplinary Environmental Studies - TES*, 13.
- Almlund, P., & Holm, J. (2015). Post Rio Communication Styles for Deliberation: between individualization and collective action. In *The Conference on Communication and Environment*.
- Amdam, R. (2007). The HEPRO Healthy City project approach. *Notat* 12.
- Amdam, R. (2008a). Empowerment evaluation and learning in public health work. *Paper for the HEPRO Meeting Saldus 14-16 May 2007*, (May 2007), 1–17.
- Amdam, R. (2008b). Empowerment planning – a communicative action model, (November 2006).
- Amdam, R. (2008c). The governance turn in public health and regional planning. *Paper for the HEPRO Meeting Alytus 22-23 May 2006*, (May 2006).
- Amdam, R. (2010a). Empowerment Planning in Regional Development. *European Planning Studies*, 18(11), 1805–1819. <http://doi.org/10.1080/09654313.2010.512165>
- Amdam, R. (2010b). *Planning in Health Promotion Work : An empowerment model*. Abingdon, Oxon; New York: Routledge.
- Amdam, R. (2010c). Sectoral Versus Territorial Regional Planning and Development in Norway, (May 2012), 37–41. <http://doi.org/10.1080/0965431012009928>
- Amdam, & Wangberg, A. (2008). *HEPRO Toolkit. A guide to a sustainable Health Planning Process*. ISBN: 4769117000
- Andersen, H. L. (2011). Kollektiv Sundhedsfremme i et empowerment perspektiv. *Roskilde Universitetcenter, Specialeafhandling*,
- Andersen, J. (1996). Køn, fattigdom og empowerment. *Dansk Sociologi*.
- Andersen, J. (2005). Handlingsorienteret socialforskning – Om empowermentperspektivet. *Roskilde Universitetcenter, Research Paper*. Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi. Roskilde Universitetscenter.
- Andersen, J. (2009). Empowermentperspektivet i planlægning. In K. Aa. Nielsen. *Planlægning i teori og praksis - et tværfagligt perspektiv* (1st ed., pp. 46–63). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.

- Andersen, J. (2011). Sundhedsstrategier set i et empowermentperspektiv. In *Sundhedsfremme i et samfunds – og hverdagslinseperspektiv af Dybbølle, Land og Baagøe Nielsen*. Roskilde: Akademisk.
- Andersen, J., & Beck, T. (2003). Lokalsamfundsempowerment - et Københavns casesudie. *Roskilde Universitet, Working paper*.
- Andersen, J., & Frandsen, M. (2007). *Fra bibliotek til lokalsamfundscenter – Evaluering af Community Center Gellerup* (Vol. 1/07). Roskilde Bibliotek.
- Andersen, J., & Nordgaard, T. (2002). Research paper. *Research Paper*. Roskilde Universitet.
- Andersen, P. T., & Jensen, J.-J. (2010). Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3), 246–252. <http://doi.org/10.1177/1403494809350521>
- Andersen, P. T., Jørgensen, S. K., & Larsen, E. L. (2010). For the sake of health! Reflections on the contemporary use of social capital and empowerment in Danish health promotion policies. *Social Theory & Health*, 9(1), 87–107. <http://doi.org/10.1057/sth.2010.8>
- Andersen, S. H., & Fridberg, T. (2006). *Den almene boligsektors rolle i samfundet*. Statens Byggeforskningsinstitut.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzels Forlag.
- Arendt, H. (1998). *The human condition*. University of Chicago Press.
- Argyris, C. og Schön, D. (1991). Participatory Action Research and Action Science. In Foote Whyte, W. (ed.) *Participatory Action Research*. Sage.
- Aristoteles. (2000). *Etikken*. (S. Porsborg, Ed.) (5. oplag). Frederiksberg, Denmark: Det lille Forlag.
- Aro, A. R. (2015). *Health Promotion Research News. The Lancet* (Vol. 331). Esbjerg: SDU Esbjerg-Sundhedsfremme. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(88\)91653-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(88)91653-4)
- Bak, C. K., & Andersen, P. T. (2012). Lokale sundhedsprofiler - et godt redskab til at forebygge social ulighed i sundhed. *Social Politik*, 6.
- Bak, C. K., Andersen, P. T., & Dokkedal, U. (2015). The association between social position and self-rated health in 10 deprived neighbourhoods. *BMC Public Health*, 15(1). <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1377-2>
- Bak, C. K., Dreier, J. W., & Andersen, P. T. (2011). Systematisk sundhedsfremme i udsatte lokalområder. *Syddansk Universitet*, (1).
- Barry, M. M., & Jenkins, R. (2007). *Implementing Mental Health Promotion*. Elsevier Health Sciences.
- Bauer, G., Davies, J. K., & Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21(2), 153–159. <http://doi.org/10.1093/heapro/dak002>
- Beboerprojekt bispebjerg. (2013). In *FSB'S helhedsplan for den boligsociale indsats på Bispebjerg 2013-2016*.
- Bezold, C., & Hancock, T. (2014). The Futures of the Healthy Cities and Communities Movement. *Published Online in Wiley Online Library. National Civic Review*, 66–70. <http://doi.org/10.1002/ncr>

- Bidart-novaes, M., & Mackenzie, U. P. (2010). The bases of Action-Research and of Anthony Giddens' thought: building bridges between the individual and the social and between the local and the global. In *26th EGOS Colloquium European Group of Organizational Studies* (pp. 1–25). Lissabon.
- Bispebjerg/nordvest Udviklingsplan. (2012). In *Center for Bydesign, Teknik- og Miljøforvaltningen, Københavns Kommune 2012*.
- Bitsch Olsen, P., & Fuglsang, L. (2013). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer*.
- Bjørnskov, C. (2012). How Does Social Trust Affect Economic Growth? *Southern Economic Journal*, 78(4), 1346–1368.
- Boligforeningen, AAB. (2010). Samarbejde i Fuglekvarteret. Boligforeningen AAB udarbejdede sammen med NIRAS Konsulenterne en foreløbig boligsocial helhedsplan for det såkaldte Fuglekvarter i København NV
- Borrell, C. (2007). Politics and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, (61), 658–659.
- Bourdieu, P. (1985). The forms of capital. In *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (pp. 241–258). New York: Macmillan.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *Refleksiv sociologi: mål og midler* (1 udgave 5). Hans Reitzels Forlag.
- Bracht, N. (1999). *Health Promotion at the Community Level 2*. London: Sage Publications.
- Brønnum-Hansen, H., & Diderichsen, F. et. a. (2013a). Flere sunde leveår på Nørrebro og i Bispebjerg: Hvilke udfordringer er der? *Københavns Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 1*.
- Brønnum-Hansen, H., & Diderichsen, F. et. a. (2013b). Fuglekvarteret i tal. In *Københavns Kommune*. (pp. 1–17).
- Bøje-kovacs, B., & Lindstad, J. (2014). *Relationsarbejde i udsatte boligområder*. Center for boligsocial Udvikling.
- Center for Disease Control and Prevention. (2012). Bispebjerg/Nordvest Udviklingsplan. *Københavns Kommune*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nphsp/essentialServices.html>
- Christensen, A., Davidsen, M., Kjoller, M., & Juel, K. (2010). *Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen*. København: Sundhedsstyrelsen. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:mental+sundhed+blandt+voksne+danskere#0>
- Christensen, E. (2014). Områdefornyelsen fortæller. *Ministeriet for By, Bolig Og Landdistrikter*, 1–100.
- Christopher, J. B., Le May, A., Lewin, S., & Ross, D. a. (2011). Thirty years after Alma-Ata: a systematic review of the impact of community health workers delivering curative interventions against malaria, pneumonia and diarrhoea on child mortality and morbidity in sub-Saharan Africa. *Human Resources for Health*, 9(1), 27. <http://doi.org/10.1186/1478-4491-9-27>
- Clausen, C. & Lorentzen, B. (1992). Fra Aktion til dialog? In Clausen, Lorentzen og Baungaard Rasmussen (1992) *Deltagelse i teknologisk udvikling*. Fremad.

- Clegg, S., Flyvbjerg, B., & Haugaard, M. (2014). Reflections on phronetic social science: a dialogue between Stewart Clegg, Bent Flyvbjerg and Mark Haugaard. *Journal of Political Power*, (July 2014), 1–32. <http://doi.org/10.1080/2158379X.2014.929259>
- Cohen, A. K., & Schuchter, J. W. (2013). Revitalizing communities together: the shared values, goals, and work of education, urban planning, and public health. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(2), 187–96. <http://doi.org/10.1007/s11524-012-9733-3>
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95–120.
- Davidsen, Pedersen, Holst, & Juul. (2014). Jo mere udsat– jo mere syg. Om socialt udsatte dan-skeres sundhed og sygdom. København: Rådet for socialt udsatte. Retrieved from http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_udsat_2012_webpublikation.pdf
- Dean, K., & McQueen, D. (1996). Theory in Health Promotion Introduction. *Health Promotion International*, 11(1), 7–10.
- Darsø, L. Frederik Sigurd, (2013). *Boligsociale sundhedsindsatser - Baggrund og kortlægning af sundheds-fremmende indsatser i udsatte boligområder*. Hvidovre: Center for Boligsocial Udvikling.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of Qualitative Research* (4th ed.). United states of America: Sage Publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *Handbook of Qualitative Research*. United states of America: Sage Publications.
- Diderichsen, F. (2011a). *Lighed i Sundhed: Artikelsamling om lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund*. Kbh.: Sund By Netværket. Retrieved from http://old.sund-by-net.dk/uploads/tx_ttproducts/datasheet/LIGHED_SUND_net.pdf
- Diderichsen, F., & Andersen, I. (2011). *Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf. http://doi.org/http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i sundhed : årsager og indsatser : udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen. Retrieved from http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf
- Diderichsen, F., Gamrath Rasmussen, J., & Döllner, N. (2008). *Den tunge ende : sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed : debatbog*. Kbh.: Dagens Medicin Bøger.
- Diderichsen, F., Nygaard, E., & Bonde, A. (2009). *Samarbejde mellem forskning og praksis på forbyggelses-sområdet*. Kbh.; Albertslund: Sundhedsstyrelsen. Schultz Grafisk.
- Dixey, R. (2013). *Health promotion : global principles and practice*. Wallingford: CABI. Retrieved from http://www.worldcat.org/title/health-promotion-global-principles-and-practice/oclc/824358939&referer=brief_results

- Dooris, M. (2006). Health promoting settings: future directions. *Promotion & Education*, 13(1), 4. Retrieved from <http://ruc.summon.serialssolutions.com/link/0/eLvHCXMwQ4wAw-MqDxPR0IooDY2BdD9ooAhrqd3Kx9Iowcwy29EEq691EGeTcXEOcPXRhZWZ8S-k4OsaULrDGNQe0GU74VZ36UR3E7ruiLEPn4sjDuLABQcSrd>
- Dooris, M. (2006). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1), 55–65.
- Dooris, M., & Heritage, Z. (2013). Healthy Cities: facilitating the active participation and empowerment of local people. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90 Suppl 1, 74–91. <http://doi.org/10.1007/s11524-011-9623-0>
- Dooris, M. J., Kelley, J. M., & Trainer, J. F. (2004). *Successful strategic planning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Dreufus, H., & Dreufus, S. (1986). *Mind over Machine - The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Dreyfus, H L & Dreyfus, S. E. (1984). Putting computers in their proper place: analysis versus intuition in the classroom. In D. Sloan (Ed.), *The computer in education: a critical perspective*. Columbia NY: Teachers' College Press.
- Due, T. D. (2008). Sundhedscentre i Danmark - organiser og samarbejdsrelationer. *Statens Institut for Folkesundhed, Rådet for Socialt Udsatte*.
- Duus, G., Husted, M., Kildedal, K., Laursen, E., & Tofteng, D. (2012). *Aktionsforskning - en grundbog*. Forlaget Samfundslitteratur.
- Dybbroe, Land, & Baagøe. (2012). *Sundhedsfremme : Et kritisk perspektiv*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Eikeland, O. (2006a). Book Review Sanford F. Schram, Brian Caterino (eds.) (2006): Making political science matter – Debating knowledge, research, and method Reviewed by Olav Eikeland. *New York University Press, New York, London*, 4, 314–319.
- Eikeland, O. (2006b). Phronêsis, Aristotle, and Action Research. *International Journal of Action Research*, 2(1), 5.
- Eikeland, O. (2006c). The validity of Action Research - Validity in Action Research. In L. Nielsen, K. Aagaard and Svensson (Ed.), *Action and Interactive Research - Beyond Theory and Practice* (pp. 193–240). Maastricht and Aachen: Shaker Publishing.
- Eikeland, O. (2007a). From epistemology to gnoseology – understanding the knowledge claims of action research. *Management Research News*, 30(5), 344–358. <http://doi.org/10.1108/01409170710746346>
- Eikeland, O. (2007b). Why Should Mainstream Social Researchers Be Interested in Action Research? *International Journal of Action Research*, 3.
- Eikeland, O. (2008). The Ways of Aristotle. Aristotelian phronêsis, Aristotelian Philosophy of Dialogue, and Action Research Reviewed by Ole Fogh Kirkeby.

- Eikeland, O. (2009). Habitus-Validity in organisational theory and research - social research and work life transformed. In *Turning to practice with action research* (pp. 33–66).
- Eikeland, O. (2012a). Action Research - Applied Research, Intervention Research, Collaborative Research, Practitioner Research, or Praxis Research? *International Journal of Action Research*, 8, 9–44.
- Eikeland, O. (2012b). Intervention Research , Collaborative Praxis Research ? *International Journal of Action Research*, 8(1), 9–44. <http://doi.org/10.1688/1861-9916>
- Eikeland, O. (2012c). Symbiotic Learning Systems: Reorganizing and Integrating Learning Efforts and Responsibilities Between Higher Educational Institutions (HEIs) and Work Places. *Journal of the Knowledge Economy*, 4(1), 98–118. <http://doi.org/10.1007/s13132-012-0123-6>
- Eikeland, O. (2014). Phronesis. In D. Cogan & M. Brydon-Miller (Eds.), *The Sage Handbook of Action Research* (pp. 623–626). SAGE Publications Ltd.
- Eikeland, O. (2015). Hva er praksis? (pp. 1–8). Oslo: 2015, Lærerutdanningskonferansen. Retrieved from http://www.academia.edu/10373264/Hva_er_praksis
- Eikeland, O., & Nicolini, D. (2009). Turning Practically – Broadening the horizon. *Journal of Organizational Change Management*, 24(2001), 1–13.
- Eikemo, T. (2008a). Welfare state regimes and income-related health inequalities: a comparison of 23 European countries. *European Journal of Public Health*, 18(6), 593–599.
- Eikemo, T. (2008b). Welfare States regimes and differences in self- perceived health in Europe: A multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, 66, 2281–2295.
- Elling, B. (2013). Kritisk Teori. In L. Fuglsang & B. P. Olsen (Eds.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer* (pp. 207–33).
- Elsass, P. (1998). *Sundhedspsykologi - Et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab*. København: Gyldendal.
- Elsass, P. & Lauritsen, P. (2006). *Humanistisk sundhedsforskning*. Hans Reitzels Forlag.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press.
- Etwil, P. (2012). Udsatte Boligområder. *Social Politik*, 6.
- Ferreira, F. H. G., Peragine, V., & Brunori, P. (2013). Working Paper Series Inequality of Opportunity , Income Inequality and Economic Mobility : Some International Comparisons. Retrieved from <http://ftp.iza.org/dp7155.pdf>
- Fetterman, D. M. (2001). *Foundations of empowerment evaluation*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Fetterman, D. M. (2005). Empowerment Evaluation Principles in Practice, Edited by David M. Fetterman and Abraham Wandersman, Reviewed by Robin Lin Miller. *Evaluation and Program Planning*, 28(3), 317–319. <http://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2005.04.008>
- Fibæk Laursen, P., Moos, L., Salling Olesen, H., & Weber, K. (2005). *Professionalisering: En grundbog*. Roskilde Universitetsforlag.

- Flyvbjerg. (2002). Phronetic Planning Research. Retrieved from Electronic copy available at: <http://ssrn.com/abstract=2278320>
- Flyvbjerg. (2012). *Real Social Science*. Cambridge University Press.
- Flyvbjerg, B. (1990). Rationalitet, intuition, og krop i menneskets læreproces. Fortolkning og evaluering af Hubert og Stuart Dreyfus' model for indlæring af færdigheder. (Vol. 1.2). Aalborg, Denmark: Institut for Samfundsudvikling og Planlægning, Aalborg Universitetscenter. <http://doi.org/ISBN: 87-89088-46-8>
- Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og Magt - Det konkrete videnskab*. Akademisk Forlag.
- Flyvbjerg, B. (1993). *Sokrates brød sig ikke om case metoden - hvorfor skulle du så?* Aalborg: Institut for Samfundsudvikling og Planlægning, Aalborg Universitetscenter.
- Flyvbjerg, B. (1994). *Et case-baseret studie af planlægning, politik og modernitet*. [København]: Akademisk Forl.
- Flyvbjerg, B. (1998). *Rationalitet og magt : bind 1 : det konkrete videnskab*. [København]: Akademisk Forlag.
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making social science matter: why social inquiry fails and how it can succeed again*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Flyvbjerg, B. (2007). Megaproject policy and planning : Problems, causes, cures = Megaprojekters politik og planlægning : Problemer, årsager, løsninger : Sammenfattende redegørelse for doktorafhandling af Bent Flyvbjerg.
- Flyvbjerg, B. (2009). *Samfundsvidenskab som virker. Hvorfor samfundsforskningen fejler, og hvordan man får den til at lykkes igen*. Cambridge University Press 2001 i engelsk udgave. Akademisk Forlag i dansk udgave 2009.
- Flyvbjerg, B. (2011). Case study. In N. K. Denzin (Ed.), *The sage handbook of Qualitative Research* (pp. 301–316).
- Flyvbjerg, B., Bruzelius, N., & Rothengatter, W. (2002). *Megaprojects and risk : making decisions in an uncertain world*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Flyvbjerg, B., Landman, T., & Schram, S. (2012). Introduction : new directions in social science. In *Real Social Science: Applied Phronesis* (pp. 1–14).
- Flyvbjerg, B., Landman, T., & Schram, S. (2013). Tension Points in Real Social Science : A Response. *British Journal of Sociology*, vol. 64(4), pp. 758–762. <http://doi.org/10.1111/1468->
- Flyvbjerg, B. (1988). *Case studiet som forskningsmetode*. Aalborg: Institut for Samfundsudvikling og Planlægning, Aalborg Universitetscenter.
- Flyvbjerg, B. & Richardson, T. (2004). *Planning and Foucault in search of the dark side of planning theory*. Aalborg: Department of Development and Planning, Aalborg University.
- Flyvbjerg, Landman, and S. (2012). Important next step in phronetic social science. In *Real Social Science: Applied Phronesis* (Vol. m, pp. 285–97). Cambridge University Press.

- Fosse, E. (2010). Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge : Fornyet politisering av folkehelse spørsmål, 13(1).
- Fosse, E. (2011). Different Welfare States-Different Policies? An Analysis of the Substance of National Health Promotion Policies in Three European Countries. *International Journal of Health Services*, 41(2), 255–272. <http://doi.org/10.2190/HS.41.2.e>
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. Herder and Herder.
- Frieden, T. (2010). A framework for public health action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health*, 100, 590–5.
- From, Ditte-Marie. (2015). Sunde overvægtige børn-sproglige konstruktioner af sundhedspædagogiske rum. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*.
- Funder, M. (2010). The Social Shaping of Participatory Spaces: Evidence from Community Development in Southern Thailand. *Journal of Development Studies*, 46(10), 1708–1728. <http://doi.org/10.1080/00220388.2010.492858>
- Fyrbjerg, Landman, & Schram. (2012). *Real Social Science - applied phronesis*. (Cambridge, Ed.).
- Gallagher, S. (2007). Moral Agency, Self-consciousness and Practical Wisdom (p. 11). Orlando, USA. Retrieved from http://www.academia.edu/2363430/Gallagher_S._2007._Moral_agency_self-consciousness_and_practical_wisdom
- Gannik, D. E. (2005). *Social sygdomsteori: et situationelt perspektiv*. Samfundslitteratur.
- Gibbon, M., Labonte, R., & Laverack, G. (2002). Evaluating community capacity. *Health & Social Care in the Community*, 10(6), 485–491.
- Gibbons, M. et. a. (1994). *The New Production of Knowledge - The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. London: Sage Publications
- Green, J., & South, J. (2006). *Evaluation. - Key Concepts for Public Health Practice*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion : planning and strategies*. Los Angeles: SAGE.
- Green, L. W., & McKenzie, J. F. (2002). Community health- definition. *Encyclopedia of Public Health*, 1, 1. Retrieved from http://www.encyclopedia.com/topic/Community_Health.aspx
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns* (2.bd ed.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Habermas, J. (2003). *Truth and Justification*. The MIT press.
- Hammer, B. (2014). *Østerbundersøgelsen*. (Gyldendal, Ed.) (1976th–2014th ed.). Den Store Danske. Retrieved from http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Samfundsmedicin/Østerbundersøgelsen
- Hancock. (2009). Act Locally : Community-based population health promotion. *For The Senate Sub-Committee on Population Health, Appendix B*, (March), 1–81.
- Hancock, T. (1993). Health, human development and the community ecosystem: tree ecological models. *Health Promotion International*, 8(1), 41–47.

- Hancock, T. (1996). Planning and creating healthy sustainable cities: the challenge for the 21 century. In *WHO Healthy cities, Our Cities, our Future: Politics and action plan for health and sustainable development*.
- Hancock, T. (1997). Healthy Cities and Communities : Past , Present , and Future. *National Civic Review*, Jossey Bass Publisher, 86, 1–10. <http://doi.org/10.1002/ncr.4100860104>
- Hancock, T. (1999). Health care reform and reform for health: creating a health system for communities in the 21st century. *Futures*, 31(5), 417–436. [http://doi.org/10.1016/S0016-3287\(99\)00003-8](http://doi.org/10.1016/S0016-3287(99)00003-8)
- Hancock, T. (2001). People, partnerships and human progress: building community capital. *Health Promotion International*, 16(3), 275–280. <http://doi.org/10.1093/heapro/16.3.275>
- Healty Cities. (1999). Community participation in local health and sustainable development, a working document on approaches and techniques. *European Sustainable Development and Health Series*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Community+participation+in+local+health+and+sustainable+development+Approaches+and+techniques#5>
- Healty City Movement (2015). Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>
- Helliwell, J. F., Putnam, R. D., & Mattei, F. E. E. (1995). *Economic growth and social capital in Italy*. Milano, Italy: Fondazione Eni Enrico Mattei.
- Heritage, Z., & Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24, 45.
- Hjort, Katrin (2005). *Professionaliseringen i den offentlige sektor*. Roskilde Universitetsforlag.
- Hovedstaden, R. (2014). *Sundhedsprofil for region og kommuner*. København: Robinson, KM; Lykke, M; Hansen, BH; Andreassen, AH; Jeppesen, M; Buhelt, LP; Lau, CJ; Glümer, C: Sundhedsprofil for region og kommuner 2013, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.
- Hurrelmann, K., Rathmann, K., & Richter, M. (2011). *Health inequalities and welfare state regimes. A research note*. *Journal of Public Health* (Vol. 19). <http://doi.org/10.1007/s10389-010-0359-1>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2007). *Kommunalreformen – kort fortalt*. Retrieved from <http://oim.dk/media/93091/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf>
- Jackson, Suzanne F. (2014). Health Promotion. In D. Cogan & M. Brydon-Miller (Eds.), *The SAGE Encyclopedia of Action Research* (pp. 398–400). SAGE Publications Ltd.
- Jensen, L. R. (2013). Bydelsplan for Amager Vest. *Københavns Kommune, Miljø Og Teknikk Forvaltningen*. Retrieved from http://www.avlu.dk/wp-content/2014/07/10_AmagerVest_2013_final_new-back.pdf
- Juel, K. et. a. (2010). Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet. *Statens Institut for Folkesundhed, Rådet for Socialt Udsatte, Syddansk Universitet*, 53. Retrieved from ISBN 978-87-7546-091-5
- Jungk, R., & Müllert, N. (1984). *Håndbog i fremtidsværksteder*. (S. B. Nielsen, Ed.). Politisk Revy, København.

- Juul, S. (2010). *Solidaritet : anerkendelse, retfærdighed og god dømmekraft : en kritisk analyse af barrierer for sammenhængskraft i velfærdssamfundet*. Hans Reitzel, Kbh.
- Juul, S., & Pedersen, K. B. (2012). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (1.udgave.1 ed.). Roskilde: Hans Reitzels Forlag.
- Kant, I. (n.d.). *Kritik af dømmekraften*. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Kasmel, A., & Andersen, P. T. (2011). Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(3), 799–817. <http://doi.org/10.3390/ijerph8030799>
- Keinänen, T. (2007). HEPRO – Half way evaluation report. *HEPRO*, 1–12. www.heproforum.net.
- Kemmis, S. (2008). Critical Theory and Participatory Action Research. In *Handbook of Action Research* (2 edition, pp. 21–138). Sage Publications.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2014). Critical Participatory Action Research. In D. Coglán & M. Brydon-Miller (Eds.), *The SAGE Encyclopedia of Action Research* (pp. 208–211). SAGE Publications Ltd.
- Kickbusch, I. (2012). 21st Century Determinants of Health and Wellbeing: a New Challenge for Health Promotion. *Global Health Promotion*, 19(3), 5–7. <http://doi.org/10.1177/1757975912454783>
- Kickbusch, I. (2013). A Game Change in Global Health : The Best Is Yet to Come. *Public Health Reviews*, 35(1), 1–20.
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). Governance for health in the 21st century. *WHO Europe*.
- Kincheloe, J. L. (2001). Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 7(6), 679–692. <http://doi.org/10.1177/107780040100700601>
- Kirkeby, O. F. (2009a). Book review of Eikeland (2008): The Ways of Aristotle. Aristotelian phrónêsis, Aristotelian Philosophy of Dialogue, and Action research. *International Journal of Action Research*, 5(1), 144–151.
- Kirkeby, O. F. (2009b). Phronesis as the Sense of the Event. *International Journal of Action Research*, 5(1), 68–113. <http://doi.org/10.1688/1861-9916>
- Koefoed, B. G., Steen, A., Forebyggelsescenter, H., & Lokaludvalg, B. (2013). Længere og bedre liv i bispebjerg og nørrebro sundhedsarbejde i lokalsamfundet. *PP Til Kommunal Workshop*, marts.
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). Introduction. *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets*, 1–11. Retrieved from [www.amazon.com www.barnesandnoble.com](http://www.amazon.com/www.barnesandnoble.com)
- Kriegbaum, M. (2013). Does the association between broken partnership and first time myocardial infarction vary with time after break-up? *International Journal of Epidemiology*, 42, 1811–1819. <http://doi.org/10.1093/ije/dyt190>
- Krogstrup, H. K. (1997). *Brugerinddragelse og Organisatorisk Læring i Den Sociale Sektor*. Systime.

- Krogstrup, H. K. (2011). *Kampen om evidens : resultatmåling, effektevaluering og evidens*. København: Hans Reitzel.
- Krogstrup, H. K., & Dahler-Larsen, P. (2003). *Nye veje i evaluering : håndbog i tre evalueringsmodeller*. Aarhus: Systime.
- Kaare Nielsen, H. (2001). *Kritiske teori og samtidsanalyse*. Retrieved from http://rub.ruc.dk/_rub/summa/save_mendeley.php?id=8772889306
- Labonte, R., & Laverack, G. (2001). Capacity building in health promotion, Part 1: For whom? And for what purpose? *Critical Public Health*, 11(2), 111–127.
- Ladkin, D. (2010). Book review: Olav Eikeland, The way of Aristotele: Aristotelian Phronesis, Aristotelian Philosophy of Dialogue, and Action Research. *Action Research*, 8, 444. <http://doi.org/10.1177/1476750310390973>
- Land, B., & Pedersen, K. B. (2010). Sundhed - et individuelt eller samfundsmæssigt ansvar? *Social Kritik: Tidsskrift for Social Analyse Og Debat*, 122, 44–59.
- Land, B., Pedersen, K. B., & Kjærgård, B. (2013). Health and Sustainability. *Health Promotion International*. Retrieved from http://rub.ruc.dk/soeg/kviksoeg/?query=pure_ddfmxid:fe31eff7-dd45-4dc2-87a7-fef1b42045a9
- Larsen, M., Pedersen, H. S., Davies, J. K., & Gulis, G. (2013). Assessing public health intervention practices in a Danish municipality: applying criteria based on the European Community Health Promotion Indicator Development (EUHPID) model. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(8), 778–84. <http://doi.org/10.1177/1403494813496602>
- Lau, C., Holm, J., Andersen, J., & Dybbroe, B. (2012). Strategier for integreret sundhedsfremme - et review. *Roskilde Universitetsforlag*, 85.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning - Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press.
- Laverack, G. (2001). An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Development Journal*, 36(2), 134–145. <http://doi.org/10.1093/cdj/36.2.134>
- Laverack, G., & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15(3), 255–262. <http://doi.org/10.1093/heapol/15.3.255>
- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 24(1), 113–20. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796158>
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2), 179–85. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11356756>
- Leonardsen, Ø. (2015). Bydelsplan - Amager vest lokaludvalg. *Københavns Kommune, Miljø Og Teknik Forvaltningen*. Retrieved from <http://www.avlu.dk/bydelsplan/>

- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34–46. <http://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x>
- Lewin, K. (1948). *Resolving Social Conflicts*. New York, NY: Harper and Row Publishers.
- Lewin, K. (2005). Kurt Lewin on Reeducation : Foundations for Action Research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, Dec 2005; , 444.
- Lund, R., Christensen, U., & Iversen, L. (2011). Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. *Medicinsk Sociologi*.
- Lund, R., & et al. (2014). Stressful social relations and mortality: a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. <http://doi.org/10.1136/jech-2013-203675>
- Lund, R., Holstein, B. E., & Osler, M. (2004). Marital history from age 15–40 years and subsequent 10-years mortality: a longitudinal study of Danish males born in 1953. *Journal of Epidemiology*, 33, 389–397. <http://doi.org/10.1093/ije/dyh065>
- Lund, R., Hulvej, N., & Christensen, U. (2012). Are negative aspects of social relations predictive of agina pectoris? A 6-year follow up study of middel-aged Danish women and men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 359–365. <http://doi.org/10.1136/jech.2009.106153359>
- Lund, R., & Nilsson, C. (2013). Sundhed og sociale netværk. In *Sundhed, menneske og samfund* (pp. 271–293). Samfundslitteratur.
- Macaulay, A., & Salsberg, J. (2014). Health Care. In D. Cogan & M. Brydon-Miller (Eds.), *The Sage Handbook of Action Research* (pp. 392–395). SAGE Publications Ltd.
- March, S. et.al. (2015). Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Preventive Medicine*. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.01.016>
- Marmot, M. et al. (1984). Inequalities in death-specific explanations of a general pattern? *Lancet*, 5(1), 1003–6.
- Marmot, M. (2005). Public Health Social determinants of health inequalities. *Public Health*, 365, 1099–1104.
- Marmot, M. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126 Suppl, S4–10. <http://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Mc Queen, D. V, Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M., & Davies, M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences. *World Health Organisation*, XIX+206p.
- McGregor, A. (2015). Alltogether Better. Retrieved from <http://www.altogetherbetter.org.uk/about-us>
- McLeod, C. B., Hall, P. a, Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2012). How society shapes the health gradient: work-related health inequalities in a comparative perspective. *Annual Review of Public Health*, 33, 59–73. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124603>
- McQueen, D. V, Kickbusch, I., & Potvin, L. (2007). Health and modernity the role of theory in health promotion. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-37759-9>

- Mills, C. W. (1959). *Den sociologiske fantasi* (Dansk udga). Oxford University Press, Hans Reitzels Forlag.
- Ministeriet for forebyggelse og sundhed. (2014). Sundere liv for alle. *Ministeriet for Forebyggelse Og Sundhed*, 1–27. Retrieved from [http://www.sum.dk/Sundhed/Forebyggelse/Nationale-maal/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal-2.ashx](http://www.sum.dk/Sundhed/Forebyggelse/Nationale-maal/~media/Filer-Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal-2.ashx)
- Munk, A. (2007). Ten years of Integrated Urban Regeneration. In *Kvarterløft 10 år*. København: The Ministry of Refugees, Immigration and Integration Affairs. Retrieved from <http://www.eukn.org/searchresults.jsp?searchbase=30&sp=cXVlcnk9am9obiBhbmRlc nNlbjtzZW FyY2hiYX NlPTIwO3NIYXJjaHJhbmdlPT EwO25vZGVsb2Nh dGlvbj0wMDAwMDAwMDAwMEM7>
- Munk, A. (2010). Kvarterløftet i Danmark. København. Retrieved from Ministeriets publikation ”områdefornyelsen fortæller”
- Navarro, V. (2006). Politics and health outcome. *The Lancet*, 1033–1037.
- NICE (2008). Community engagement. <https://www.nice.org.uk/.../guidance-community-eng>
- Nielsen, K. A., & Nielsen, S. B. (2006). Methodologies in action research - Action Research and Critical Theory. In L. S. Kurt Aagaard Nielsen (Ed.), *Action Research and Interactive Research : Beyond practice and theory*. (pp. 63–87). Shaker Publishing.
- Nielsen, Nielsen, & Olsén. (2006). Deltagelse som kritik. In F. H. Henrik Kaare Nielsen (Ed.), *Bæredygtigt arbejdsliv* (pp. 219–40).
- NIRAS. (2015). Erfaringer med at løfte sundheden i nærmiljøet. *Sundhedsstyrelsen*, 1–65. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/.../sundhed/.../4C91DC64...>
- Nowothy, H. (2001). *Re-Thinking Science - Knowledge and the Public in an Age of Uncertainty*. (P. Press, Ed.). Cambridge.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Mcdaid, D., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., ... Thomas, J. (2013). Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis. *Public Health Research*, 1(4), 1–548. <http://doi.org/10.3310/phr01040>
- Pant, M. (2014). Participatory Action Research. In D. Cogan & M. Brydon-Miller (Eds.), *The Sage Handbook of Action Research* (pp. 583–589). SAGE Publications Ltd.
- Parra, C. (2013). Social sustainability: a competing concept to social innovation? In *International Handbook on Social Innovation* (pp. 164–176).
- Pedersen. (2008). SUSY udsat, Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark. *Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet*.
- Pedersen, P. V. (2009). Dårligt liv - dårligt helbred - Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed. *Statens Institut for Folkesundhed, Rådet for Socialt Udsatte*.
- Pedersen, P. V. (2012). *Susy udsat 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*.
- Pedersen, P. V. (2013). Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. *Rådet for Socialt Udsatte, Syddansk Universitet, Dansk Institut for Folkesundhed*.

- Pickett, K., & Wilkinson, R. (2011). *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. New York: Bloomsbury Press.
- Piketty, T. (2013). *Kapitalen i det 21. århundrede*. (Gyldendal, Ed.) (2.edition. ed.).
- Pithouse, R. (2014). An Urban commons? Notes from South Africa. *Community Development Journal*, 49(suppl 1), i31–i43. <http://doi.org/10.1093/cdj/bsu013>
- PULS. (2012). Naboskabsundersøgelse afd 49 Størevej. *Delrapport*.
- Putnam, R. D. (1995). Bowling Alone: Americas Declining Social Capital. *Journal of Democracy*, 6, 65–78.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone : the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Putnam, R. D. (2015). *Our kids - The American Dream in Crisis*. Simon & Schuster.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. (1993). *Making democracy work : civic traditions in modern Italy*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Raphael, D. (2014). Challenges to promoting health in the modern welfare state: the case of the Nordic nations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), 7–17. <http://doi.org/10.1177/1403494813506522>
- Raphael, D., & Bryant, T. (2002). The limitations of population health as a model for a new public health. *Health Promotion International*, 17(2).
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Psychology*, 9, 1–25.
- Rasmussen, M. B. Sundhedsdag med etniske kvinder - “Lige adgang til sundhed” (2012).
- Reason, P. (1994). *Participation in Human Inquiry*. London: Sage Publications.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001). *Handbook of Action Research*. SAGE Publications Ltd.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The SAGE handbook of action research*. SAGE. Retrieved from <http://rub.ruc.dk/soeg/kviksoeg/?query=9781412920292>
- RegionMidtjylland. (2008). Mi(d)t Liv: Sundhedscentre - sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering,. *Rapport*. Retrieved from http://www.aarhuskommune.dk/portal/borger/sundhed_sygdom/sundhedscenter
- Rose, N. (1996). The death of the Social? Refiguring the territory of government. *Economy and Society*, 25, 327–356.
- Ross, L., & et al. (2013). Social relations and smoking abstinences among ever-smokers: A reort from two large population-based Danish cohort studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 5(41), 531–540.
- Schultz, A., & Northridge, M. (2004). Social Determinats of Health: Implications for Environmental Health Promotion. *Health Education & Behavior*, 31(4), 455–471. <http://doi.org/10.1177/1090198104265598>

- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner - how professionals think in action*. Basic Books.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker*. Forlaget Klim.
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Social Science & Medicine* (1982), 58(8), 1463–73. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00349-6](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00349-6)
- Simmons, W. P. (2012). Making the teaching of social justice matter. In B. Flyvbjerg (Ed.), *Real Social Science: Applied Phronesis* (pp. 246–293). Cambridge: Cambridge University Press.
- South, J. (2006). Community arts for health: an evaluation of a district programme. *Health Education*, 106(2), 155–168.
- South, J. (2013). *People-centred public health*. Bristol: Policy. Retrieved from http://www.worldcat.org/title/people-centred-public-health/oclc/826291874&referer=brief_results
- South, J., Darby, F., Bagnall, A.-M., & White, A. (2010). Implementing a community-based self care training initiative: a process evaluation. *Health & Social Care in the Community*, 18(6), 662–670.
- South, J., Branney, P. & Kinsella, K. (2011). Citizens bridging the gap? Interpretations of volunteering roles in two public health projects. *Voluntary Sector Review*, 2, 297–315.
- South, J., White, J., & Gramsu, M. (2012). *People Centred Public Health*. The Policy Press.
- Sundby Netværket. (2015). Retrieved from <http://sund-by-net.dk/om-netvaerket/who-healthy-cities>
- Sundby-netværket. (2014). Sund By Netværket. In *Nu er ansvaret dit*. Retrieved from <http://sund-by-net.dk/viden/nu-er-ansvaret-dit>
- SundhedsogOmsorgsudvalget. Internt notat: Længere og bedre liv på Bispebjerg og Nørrebro - lighed i sundhed i København (2013-82140) (2013).
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser*. Retrieved from ISBN: 978-87-7104-240-5
- Sundhedsstyrelsen. (2012). Forbyggelsespakke - Mental Sundhed.
- Tanggaard Andersen, P. (2007). Social kapital. En introduktion. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 4(9), 102–104.
- TheDanishHEPROpartners. (2007). HEPRO National Surveys- Denmark.
- Thomas, G. (2010). The case: generalisation, theory and phronesis in case study. *Oxford Review of Education*, 37(1), 21–35. <http://doi.org/10.1080/03054985.2010.521622>
- Thomas, G. (2011). A Typology for the Case Study in Social Science Following a Review of Definition, Discourse, and Structure. *Qualitative Inquiry*, 17(6), 511–521. <http://doi.org/10.1177/1077800411409884>
- Thomas, G. (2010). Doing Case Study: Abduction Not Induction, Phronesis Not Theory. *Qualitative Inquiry*, 16(7), 575–582.

- Thualagant, N. (forthcoming). Casestudie –eller det “konkrete videnskab.” In M. A. (red) Kristensen, C. J. & Hussain (Ed.), *Metoder i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag.
- Traverso-Yepetz, M., Maddalena, V., Bavington, W., & Donovan, C. (2012). Community Capacity Building for Health: A Critical Look at the Practical Implications of This Approach. *SAGE Open*, 2(2). <http://doi.org/10.1177/2158244012446996>
- Vallgård, S. (2003). *Folkesundhed som politik : Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, S. (2005). Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmekanismerne. *Tidsskrift for Forskning I Sygdom Og Samfund*, 3.
- Vallgård, S. (2008). Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 85(1), 71–82. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.004>
- 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*, 64(6), 495–6. <http://doi.org/10.1136/jech.2009.102459>
- Vallgård, S. (2011). Addressing individual behaviours and living conditions: four Nordic public health policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 Suppl), 6–10. <http://doi.org/10.1177/1403494810378922>
- Vallgård, S. (2011). Why the concept “lifestyle diseases” should be avoided. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), 773 – 775.
- Van Laerhoven, F., & Barnes, C. (2014). Communities and commons: the role of community development support in sustaining the commons. *Community Development Journal*, 49(suppl 1), i118–i132. <http://doi.org/10.1093/cdj/bsu005>
- Vanoli, A. (2010). *On the Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress (2009)*. SSRN Electronic Journal. Retrieved from <http://www.ssrn.com/abstract=1714428>
- Verity, F. (2007). Community Capacity Building - A review of the literature. *Government of South Australia*, 38.
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *American Journal of Public Health*, 100 Suppl , S40–6. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>
- Warwick-Booth, Woodall, J., South, J. et al. (2012). Sunderland Health Champions. *NHS Confederation*.
- Weber, M. (1947). *The Theory of Social and Economic Organization*. (T. Parson, Ed.). New York: The Free Press.
- Wenger, E. (1998). *Praksisfællesskaber*. (O. til dansk ved B. Nake, Ed.). Hans Reitzels Forlag.
- White, J., South, J. (2012). Health trainers can help people manage long term conditions. *Primary Health Care*, 2, 26–31.

- WHO. (1986). Ottawa Chartre for Health Promotion. *Ottawa Chartre for Health Promotion*, 1–5. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (2015). Health in the Post - 2015 Development Agenda, (July 2013).
- Wilkinson, & Marmot. (2006). Determinants of Health the solid facts. *WHO, Europe. Oxford University Press, 2.Edition*, 376. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Willig, R. (2013a). *Kritikkens U- vending. En diagnose af forvandlingen fra samfundskritik til selvkritik*. Hans Reitzels Forlag.
- Willig, R. (2013b). *Kritikkens U-Vending : En diagnose af forvandlingen fra samfundskritik til selvkritik*. København: Hans Reitzel.
- Willig, R. (2014). Emancipation . From Introvert to Extrovert Critique. *Advances in Applied Sociology*, (July), 190–196.
- Woodall, J., South, J., & Warwick-booth, L. (2010). Empowerment and Health & Well-being Evidence Review. *Center of Health Promotion, Leeds Metropolitan University*, (September).
- Woolcock, M. (2001). The Place of Social Capital in understanding social and economic outcomes. *Organization of Economic Co-Operation and Development*. Retrieved from <https://www.oecd.org/dataoecd/5/13/1824913.pdf>
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research Design and Methods Fifth Edition*. SAGE Publications, Inc.
- Yoak, S., & Brydon-Miller, M. (2014). Ethics and Moral Decision-Making. In D. Cogan & M. Brydon-Miller (Eds.), *The Sage Handbook of Action Research* (pp. 306–309). SAGE Publications Ltd.
- Østerberg, D. (2003). *Sociologiske nøglebegreber og deres oprindelse*. Akademisk Forlag.
- Aagaard Nielsen, K. (2013). Aktionsforskningens videnskabsteori. In *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer* (pp. 517–547).

Bilag 1

Evaluering af sundhedsdag



Lige adgang til sundhed

Evaluering af sundhedsdagen og somalisk sundhedsaften

Udarbejdet af Maria Benavente Rasmussen, antropolog.

Indledning

I Bispebjerg lever borgerne i gennemsnit fem år kortere end i indre by. Borgere med anden etnisk baggrund end dansk er en af de grupper i Bispebjerg, der er med til at trække statistikken i negativ retning. Københavns Kommune har i forbindelse med *Health 2020* fokus på folkesundheden med afsæt i *lighed i sundhed*. For at flytte folkesundheden i en positiv retning, kræves et fælles ansvar. De fælles mål – nationalt som internationalt – er at skabe rammerne for det gode liv for borgerne, og det formodes at nås bl.a. ved fortsat at arbejde med at fremme lighed i sundhed og samarbejde på tværs. I forbindelse med sundhedsfremmende arbejde udgav Center for Sund Aldring, en rapport i 2012, hvor blev der spurgt ind til hvilke gode erfaringer de forskellige organisationer havde, og disse blev beskrevet <http://sundaldring.ku.dk/nyheder/virkerum-for-sundhed/>. Initiativerne er mange og gode, der er imidlertid opmærksomhed på, at disse ikke når ud til alle, at der stadig sidder borgere alene i deres lejligheder og at sundhed ikke er en integreret del af hverdagen for mange, hvilket giver incitament til at fortsætte med at forbedre sundheden i området.

Nærværende skrift er en evaluering af en afholdt somalisk sundhedsaften og en sundhedsdag. Projektet er en del af arbejdet med sundhedsfremme for udsatte borgere i Bispebjerg med anden etnisk baggrund end dansk. Her gøres opmærksom på at sundhed i denne forbindelse er tænkt bredt, og kan beskrives som; fysisk, psykisk og social sundhed.

Formålet med indsatsen er at forsøge at skabe lige adgang til sundhed bl.a. ved at facilitere sundhedstilbud for alle borgere – og at nå de grupper af borgere, som staten / kommunerne almindeligvis ikke når og forbedre sundhed og trivsel for målgruppen – for at skabe rammerne for det gode liv, og på sigt at udligne det forventede antal leveår i lokalområdet, så det kommer på niveau med indre by.

Problemstilling

- Hvordan vi kan blive bedre til, at nå ud til flere udsatte borgere og gøre en forskel i deres hverdag?
- Hvilke tiltag og faciliteter skal der til, for at sundhed kan gøres, for at sundhed og trivsel forbedres for mange udsatte og for på sigt at tilføje flere gode år til livet for borgere i Bispebjerg?

Formålet og ønsket med sundhedsdagene var at få borgerne i tale, at spørge ind til deres behov og ønsker i forhold til egen sundhed. Idet sigtet netop er at fremtidige sundheds initiativer og tiltag, så vidt muligt, skal opstå ud fra et naturligt behov, der udspringer fra målgruppen selv med forventningen om, at der på den måde rammes rigtigt med tilbuddene, som er bæredygtige og vedvarende. Sigtet med sundhedsdagene var og er med andre ord at indarbejde borgernes egne ønsker i sundhedsfremmende aktiviteter og tiltag fremadrettet. Tanken er ligeledes at sundhedsdagene vil resultere i at flere udsatte borgere får kendskab til allerede eksisterende tiltag og foreninger med sundhedsfremmende aktiviteter i lokalområdet. Desuden håbes det at kunne medvirke til at styrke og stimulere samarbejdet mellem organisationerne og at flere borgere vil begynde at benytte disse tiltag.

Metode

Indledningsvist er der foretaget en lokal undersøgelse blandt eksisterende organisationer/sundhedsvirkerum samt kontaktet nye steder og grupper med henblik på, at søge viden blandt dem, der har allermost berøring og praksiserfaring med målgrupperne. Intentionen var og er at få indsigt i feltet, og at få afdækket feltets mangler og brændpunkter - samt at spørge ind til ideer og ønsker, for i sidste instans, at være i stand til at svare på nærværende problemstilling.

Efterfølgende er det lykkedes, bl.a. gennem diverse sundhedsvirkerum og sundhedsformidlere, at få kontakt til grupper af udsatte borgere – og invitere dem til arrangementerne. Grundet anden aftale på selve sundhedsdagen, var gruppen af somaliske kvinder forhindret i at komme. Alene af den grund blev der afholdt en særskilt sundhedsaften for dem. Fremgangsmåden for at indsamle den nødvendige viden ved begge arrangementer, var i første omgang at invitere kvinderne til noget god mad. Maden blev brugt som en slags trækplaster. Vores tanke var at servere ”mad der inkluderer”, vi havde derfor fået et lille cateringsfirma fra kvindeklubben i Kirkens Korshær i Blågårdsgade, bestående af kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, til at lave diverse retter fra deres hjemland – bestående af halalkød, grøntsager, ris og brød.

Da kvinderne og 6 fagfolk (to antropologer, en etnolog, en ph.d. i sundhedsfremme samt sundhedspersonale) var samlet, blev der åbnet op for dialog. Fagfolkene fordelte sig på borde mellem kvinderne og interviewede dem om sundhed og trivsel – i bred forstand. Herfra opnås en form for vidensbank af ideer til nye initiativer og måder, hvorpå de svageste grupper i samfundet kan hjælpes og der gives gode forslag til hvordan sundhed kan gøres. Indholdet i interviewene blev skrevet ned, det er dette materiale, der herunder vil blive behandlet.

Emner der optager kvinderne

Sundhedsdagene var en stor succes og ca. 73 kvinder havde trodset det kolde vejr og deltog i arrangementet. Kvinderne havde forskellig nationalitet og kom fra landene; Irak, Libanon, Ægypten, Jordan, Iran, Pakistan, Bosnien, Palæstina, Somalia og Afghanistan. De fleste af kvinderne var tilknyttet FAKTI, IndvandrerKvindecentret, Kirkens Korshær i Blågårdsgade eller havde kontakt til en brobygger/sundhedsformidler – og havde der igennem hørt om sundhedsdagen. Kvinderne fortalte at mindst 30 personer ikke kom pga. sne og koldt vejr. Kvinderne udtrykte deres taknemmelighed omkring sundhedsdagen og ønskede sig flere lignende dage – og kom ligeledes med forslag til, hvilket andet indhold disse dage kunne have. Herunder følger emner, der havde signifikant betydning for kvinderne og deres oplevelse af at trives. Emnerne der er forskelligartede optog ikke alle kvinder lige meget, og de skal derfor ikke ses som en fællesnævner for kvinderne, men snarere som forskellige områder, der havde betydning for kvinderne, deres sundhed og trivsel.



Mental støtte

Indledningsvis tales der ved et bord om sundhed i form af kost og gymnastik, da det nævnes at sundhed er mere end gymnastik og gode kostråd, går samtalen over i, at det kan være svært at klare problemerne selv. Kvinderne begynder at tale om mental støtte og giver udtryk for, at de godt kunne

ønske sig en form for mental støtte i hverdagen eller ved særlige lejligheder. Det ville være godt med psykologbistand – da der oftest er der mange komplekse problemer på en gang. Endvidere ønskes vejledning til at løse konflikter. Der kan være problemer med børnene, mændene eller udfordringer der kan opstå i dialog med danskere.

For mange af kvinderne er de væsentligste problemer, at det er svært at agere i det danske samfund. Der er mange tilbud, og kvinderne er glade for at komme i fx FAKTI – især om mandagen på deres kulturaften hvor der kommer mange kvinder og en tolk. På kulturaftenerne inviteres ofte specialister – fra forskellige fagområder, kvinderne har selv været med til at vælge disse. Kvinderne er meget iverige mht. hvem det ellers kunne være interessant og relevant at få på besøg, de udtrykker ønske om at invitere en fra udlændingestyrelsen, som kunne komme og fortælle kvinderne om, hvordan man søger visum og statsborgerskab. Desuden ønsker de at invitere en fra politiet, som kunne oplyse om forskellige regler og give gode råd omkring hvordan kvinderne kunne tale med deres børn, hvis de havde gjort noget galt, kvinderne pointerer med et smil - at det skulle være en sød politimand.

Ved bordene bliver det diskuteret hvorvidt borgere med anden etnisk baggrund end dansk reelt kender tilbuddene fra bl.a. værestederne. En kvinde mener ikke, at deres forældre – altså de 70-80årige – kender tilbuddene.

Støtte omkring ”Det offentlige Danmark”

Kvinderne beskriver en frustration omkring regler i kommunen og socialrådgiverne der er sure. Spørgsmålet der optager er; hvem kvinderne kan få hjælp hos, hvis det går galt med kontakten med det offentlige Danmark, de oplever fx at socialrådgiveren kan blive sur og irriteret på dem og i sådanne situationer ville kvinderne gerne have hjælp.

Fælles for mange af kvinderne var, at de til tider kunne have et behov for at få hjælp til at læse breve fra offentlige instanser. Opringning til læge, kommune eller lignende steder kunne ligeliges være vanskeligt for kvinderne og kræve en hjælpende hånd.

Manglende statsborgerskab

Et af omdrejningspunkterne ved de mange samtaler er manglende statsborgerskab, en kvinder siger

Jeg tør ikke rejse ud af landet. Jeg vil gerne være dansker. Jeg tør ikke rejse ud af landet, måske kan jeg ikke komme tilbage.

Andre kvinder snakker med. Det giver problemer at rejse uden statsborgerskab. En anden kvinde fortæller således: *Jeg er skilt fra min mand. Han vil have børnene med på ferie til hjemlandet. Det*

er ok. Men kan børnene komme hjem igen? Jeg kan ikke rejse, har ikke statsborgerskab. Det er svært at få statsborgerskab uden en mand der tjener penge. Hvem hjælper?

En tredje kvinde fortæller: Jeg savner min familie, har ikke penge til at rejse. Hvordan får man visum? Hvordan kan familien få lov til at komme herop? Jeg vil gerne have besøg af min familie. Det vil være godt hvis kommunen kunne hjælpe med det.

En fjerde kvinde fortæller: Min mand rejste med børnene og jeg var helt alene i 2 år. Havde ikke penge til at rejse og havde ikke statsborgerskab.

Sammenfattende kan det siges, at statsborgerskab og usikkerhed omkring rettigheder mht. ferier bekymrer kvinderne og fylder meget i deres bevidsthed. I det hele taget blev der talt om ”ret og pligt” som noget kvinder ikke ved tilstrækkeligt nok om. De danske regler er ligeledes fremmede for dem. Kvinderne ønsker afklaring og oplysning omkring emnet, så de kan forbedre deres handlen og ageren i det danske samfund.



Sygdom

Sygdom er en del af livet for kvinder i vores alder fortæller en kvinde. Det er et grundvilkår at have sygdomme. Kvinderne har følgende sygdomme: sukkersyge, højt blodtryk, diskosprolaps, gigt, astma, overvægt, stress og migræne. Kvinderne tager følgelig en del medicin. *Medicinen er dyr* fortæller de samstemmende. Kvinderne har et meget begrænset budget og bruger en meget stor

del af deres penge på medicin og husleje. De udveksler erfaringer omkring medicin – hvilken medicin, der er god, koster mindre etc. En kvinde har fx skiftet til en anden slags sukkersygemedicin, der gjorde, at hun tabte sig meget. Desuden deler kvinderne medicin med hinanden, når en kvinde har haft glæde af et præparat, giver hun det til en kvinde med samme symptomer. Kvinderne var oplyste om, at det ikke er hensigtsmæssigt at dele medicin med hinanden.

Socialt samvær

Selvom kvinderne generelt har mange børn og børnebørn, så er de ikke meget sammen med deres familie. Deres voksne børn har travlt i hverdagen med deres familier og arbejde. Kvinderne ser i stedet deres veninder. De besøger hinanden og ses bl.a. i Kirkens Korshær.

Ved et af bordene sidder en gruppe kvinder sammen, de kender alle hinanden meget godt. Kvinderne ved dette bord kan beskrives som ressourcestærke og initiativrige og kan af den grund siges at adskille sig fra mange af de øvrige kvinder, der er mødt op. Kvinderne nyder at være sammen med veninderne. Når de er sammen går tiden med at snakke, drikke the og kaffe, dyrke motion (fitness i aktivitetscenter i Baldersgade/Nørrebro – henvist hertil efter forløb på Sundhedscentret på Tranevej) og købe ind sammen. Kvinderne gentager gang på gang – som et mantra: *Det er vigtigt at komme ud af hjemmet, ellers bliver vi mere syge!* Kvinderne kender alle til kostråd og ved, hvor vigtigt det er at motionere. De vil meget gerne leve sundt og tabe sig. Disse kvinder går ture og træner i motionscenter. De oplever ingen problemer i mødet med sundhedssektoren. *Danmark er et godt land*, fortæller de. De er stolte af at bo i Danmark. Kvinderne kunne tænke sig et sted, hvor der var en sygeplejerske, socialrådgiver og et tilbud med mad samt the/kaffe og kage i samme hus, måske kunne de selv stå for cafeen. De foreslår at et sådant tilbud, kunne have en ugentlig dag, hvor en tolk var tilknyttet.

Ved et andet bord lader det til at, de kvinder der kender hinanden i tiden før Danmark, mødes i hinandens hjem på skift og de der ikke har en fælles fortid foretrækker at mødes et centralt og neutralt sted ude i byen.

Kvinder er af den opfattelse at der sidder mange ældre ensomme kvinder i fuglekvarteret (Størevej), som ikke kommer meget ud blandt andre.

Der blev også spurgt ind til, hvordan kvinderne forholder sig til, at de en dag eventuelt skulle på plejehjem. Kvinderne var positivt stemt for at komme på plejehjem, når den tid kom, de kendte imidlertid ikke til så meget omkring emnet – og ville gerne vide mere.

Der blev spurgt ind til om de ældre kommer meget ud. Kvinderne sagde at mændene var flinke til at gå i moskeen og mødes over en kop kaffe, medens de ældre kvinder sidder ensomme hjemme. Er der en stor fest i moskeen deltager kvinderne måske, hvis de har en at følges med.



Økonomisk rådgivning

En gruppe af de ressourcestærke kvinder talte om boligproblemer, herfra følger et par anekdoter fra samtalen: *En kvinde bor alene i en stor 6-værelses lejlighed og vil gerne flytte i noget mindre – gerne en 4-værelses. Men hvis hun søger anden lejlighed gennem boligselskab eller Københavns kommune, vil hun kun få tilbudt 1 eller 2-værelses, da hun kun er 1 person. Hun vil gerne have hjælp til at få sine bolig ønsker opfyldt. En anden kvinde bor hos sin svigerdatter – vil gerne have sin egen lejlighed. En tredje kvinder har problemer ang. manglende indkomst. Hun har haft en kiosk i 40 år sammen med sin mand. Manden døde for nogle år siden, og hun er nu for nedslidt til at drive den videre. Hun har været på sygedagpenge i en periode. Kommunen har nu stoppet hendes sygedagpenge. Hun kan ikke få kontanthjælp, da hun har en ejerlejlighed. Den skal hun først sælge og leve af sin formue. Hun har ikke råd til dette, mener hun, da udgifterne til en lejebolig vil være større end hendes ejerbolig, der er betalt. Hun vil gerne have rådgivning heromkring. I øjeblikket forsørges hun af sine børn. Hun er netop fyldt 60år – der er altså 7år til hun kan få folkepension.*

Kvinderne - ved dette bord - kender altså de sunde leveregler og kender til flere væresteder mm. De forsøger at spise sundt, at dyrke motion og at have et aktivt socialt liv. Der, hvor de kunne have brug for en indsats, er omkring økonomisk rådgivning – i forhold til kontakten til det offentlige Danmark.

Mænd

En gruppe kvinder begyndte en lang fortælling om deres mænd, de forklarede at det allersværeste for dem, når de bosætter sig i Danmark, er den måde deres mænd reagerer på den nye kultur og de noget anderledes rammer. Mændene trives ikke, fordi de ikke har noget at lave, da de ikke kan bruge deres uddannelser her i landet. En af kvindernes mænd bor på et aflastningshjem, han har det psykisk dårligt, og har slået hende meget før i tiden, indtil han flyttede. Hun har ondt af ham og ønsker mest af alt, at han kunne få det bedre og de kunne leve sammen igen.

Kvinderne er enige om, at det er et kæmpe problem, at de er mange, der bliver skilt - og deres baggrund/religion/kultur gør, at de ikke kan finde sig en ny mand. For at gifte sig igen ville i manges tilfælde betyde, at de ville blive stigmatiseret af deres kultur/lands-fæller, med det resultat at livet bliver koldt og ensomt – forklarer kvinderne. De mener at mændenes manglende rolle, og dermed manglende status som familiens overhoved og forsørger, ødelægger mændene - og det påvirker både koner og børn. Især sønnerne, som mister deres rolle model, får det svært. Kvinderne pointerer at det danner grundlaget for problemer med de unge drenge, der kommer ud på et sidespor, mistrives og bliver kriminelle.

Det der optager disse kvinder kan samlet siges, at være en bekymring omkring mændene, deres position i samfundet eller mangel på samme. Ifølge disse kvinder er det essentielt at dette medtænkes i forbindelse med sundhedsfremmende indsatser for flygtninge/indvandrere. Kvindernes bud på en løsning er, at mændene får et arbejde, hvilket vil betyde, at de genfinder deres rollen i familien som forsørgere, og dermed genvinder værdighed og modet på livet. På sigt ville det betyde at familierne ville trives og balancen i familien genfindes. Med et sådant fundament kunne det forestilles, at familien i højere kan tænke sundhed ind i hverdagen.

Lægebesøg

Besøg hos læge især specialist bliver oftest besværliggjort, når der ikke er tilbud omkring tolkning. Kvinderne er enige om, at de til tider forstår lægen, men ikke har et sprog, så de kan forklare lægen de egentlige problemer. Kvinderne finder det ikke ønskværdigt at et familiemedlem bruges til at tolke ved lægebesøg, da kvinderne oplever det som at deres intimsfære i den forbindelse bliver overtrådt. Der blev oplyst om muligheden for, at tage en neutral person med til en samtale hos kommunen eller hos lægen, det vi kalder en bisidder, dette tilbud kendte kvinderne ikke til.

Svømmeundervisning

Samstemmende ønsker kvinderne at gå til svømning, de fleste kvinder kan ikke svømme, en del er bange for vand, men de ønsker ikke desto mindre at have muligheden for at komme i svømmehallen. Kvinderne vil gerne komme i svømmehallen en gang om ugen i to timer. For at dette skulle kunne blive en reel mulighed for kvinderne, kræver det at svømmehallen på det tidspunkt skulle være helt lukket for mænd – hvilket også gælder mandlige livreddere eller andet personale.

Gymnastik

Kvinderne fortæller: *gymnastik er sundt*, de udtrykker glæde ved at deltage på diverse hold og de er glade for at møde hinanden der. Der er efterspørgsel på flere motionstilbud, hvor folk kan mødes. Til gymnastikundervisningen ønskes: tæpper, måtter og cykler. *Det er godt at lave gymnastik sammen med andre* fortæller en kvinde.

Kvinderne er enige om at sundhed for børnene er langt vigtigere end for dem selv. De syntes skolerne er for kolde, og det er svært for deres børn at blive integreret med danske børn. Mht. børnene er det svært at være fattige, de syntes ikke de kan give børnene det mærketøj og de gaver (de nævner mobiltelefon som Iphone) andre børn får.

Cykling

Kvinderne efterspørger et hold, hvor de kan lære at cykle. At cykle er ifølge mange af kvindernes kulturer et tegn på fattigdom og det kan derfor være ydmygende at skulle cykle, mange foretrækker at vente (i timer) indtil et familiemedlem har mulighed for at køre dem et sted hen i bil. Trods kulturforskelle er et tilbud om at lære at cykle, et ønske fra mange af kvinderne. I den forbindelse ønsker kvinderne ligeledes at der bliver arrangeret cykelture. (Cykeltilbud findes mange steder bl.a. ved Frivilligcentralen/Dansk flygtninge hjælp)

Sprogskole

Mange kvinder udtrykker et ønske om at få mere sprogundervisning, de vil gerne forlænge deres danskundervisning, den som er obligatorisk og enkelte kvinder ønsker ligeledes engelskundervisning. Alt i alt kan det siges at kvinderne er glade for danskundervisning og gerne ønsker mere.

Rejser og udflugter

Kvinderne ønsker sig at komme på udflugter. Mange af dem har boet i Danmark i mange år, men kender ikke meget til landet. De vil gerne på dagsture på Sjælland og det øvrige Danmark (i stil med Fakhras klub, Vesterbro). Betaling for arrangementerne er ok for kvinderne. Det kan være problematisk at få kvinderne til at forpligte sig til at møde op til arrangementer. De fortalte helt selvfølgeligt om, at hvis der kom noget i vejen – eller de en dag bare ikke havde lyst – så kom de ikke af sted til planlagte aktiviteter. Kvinderne beskriver desuden et ønske om at komme på lejrur.

Yderligere forslag

- Mange af kvinderne efterspørger tilbud og arrangementer, hvor de ikke skal have børnene med.
- En af kvinderne kender en dygtig iransk psykolog, hun vil gerne lave et arrangement fx i FAKTI, hvor psykologen på farsi kan fortælle noget om, de problemer de alle går og har som nydanskere.
- De somaliske kvinder giver udtryk for at de savner en hyggecafe, gerne kvindecafe, hvor de kunne komme om aftenen, uden børn. På et sådant sted kunne de tænke sig; billig halalmad, madlavningskursus, socialt samvær, et mentalt pusterum, sprogundervisning med mere. Denne gruppe af kvinder, der for de flestes tilfælde er i arbejde, ytrer ønske om at lave noget for sig selv. Kvinderne føler sig glemt og overset og de tager ikke til sig selv. De vil gerne prioriterer sig selv højere og tage del i tidens wellnesskultur med tilbud som massage, sundhedstjek og kostplanlægning.
- Kvinderne har desuden et ønske om IT-kursus for begyndere, de vil gerne selv være i stand til at orientere sig på internettet bl.a. også for at navigere rundt på kommunernes hjemmesider/borgerservice.



Konklusion/Perspektivering

Sammenfattende kan det konkluderes at sundhedsdagene har medvirket til, at der nu er indsamlet lokal viden omkring kvindernes egen oplevelse af deres sundhedstilstand - samt givet forslag til hvordan sundhedstilbud og arrangementer rammer bredere ud i befolkningen.

Konkluderende kan det siges, at kvinderne selv har gjort sig mange tanker om sundhed, de er ligeledes selv opmærksomme på, at de på nogle områder, kunne have brug for hjælp og støtte. Ses sundhedsdagene med et mere perspektiverende blik, er det herfra muligt at indarbejde kvindernes egne ønsker i sundhedsfremmende aktiviteter og tiltag. Kvinderne har selv en del løsningsforslag, og er opsatte på selv at medvirke til en forbedring. Kvindernes åbenhed omkring deres behov for hjælp og mange gode ideer, har bidraget til ny indsigt og nye perspektiver på sundhed – og hvordan sundhed kan gøres, for at tilføje flere gode år til livet for borgerne i Bispebjerg.



undhed. Evaluer

Bilag 2

Oversigt over hits ved søgning

Antal	Forfatter	Titel	År
1	Albertsen, Andreas	Luck Egalitarianism, social determinants and Public Health initiatives	2014
2	Andreasen, Torben E	Lighed og lægegering	2013
3	Dybbroe, Betina	Giv sundheden en ordentlig indsprøjtning	2013
4	Jensen, Hanne Irene	Pårørendes oplevelse af pleje og behandling af intensivpatienter: Udvikling og validering af et fælleseuropæisk spørgeskema	2013
5	Jensen, Kasper	Nutritional Systems Biology	2014
6	Kjærulff, Louise	NMR structural studies of oligosaccharides and other natural products	2014
7	Midtgaard, Søren Flinch	Paternalisme, sundhedsfremme og lighed	2014
8	Petersen, Thomas Sobirk	For gammel til behandling? : Bør kvinder over 45 år have adgang til kunstig befrugtning?	2014
9	Sandahl, Hinuga Nørredam, Marie Louise Hjern, Anders Ascher, Henry Nielsen, Signe Smith	Policies of access to healthcare services for accompanied asylum-seeking children in the Nordic countries	2013
10	Singla, Rashmi Westerling, Allan	Intergenerational care in the Danish welfare society : Ethnic majority and ethnic minority families	2015
11	Skak, Morten Bloze, Gintautas	Flyttemønstre, indkomster og formuer blandt ældre personer og husholdninger	2014

Hits fra forskningsdatabasen, Danmark.

Antal	Forfatter	Titel	År
1	Brunosson, Albina	Att lära sig laga mat – en del av hem- och konsumentkunskapens didaktik	2013
2	C. Manchaiah, Vinaya K	Evaluating the process of change [Elektronisk resurs] : Studies on patient journey, hearing disability acceptance and stages-of-change	2013
3	Edfors, Ellinor Westergren, Albert Lindh, Inga-Britt Blomqvist, Kerstin Petersson, Pia	Interkollegialt lärande för handledning och bedömning av examensarbete [Elektronisk resurs]	2013
4	Ekman, Søren	Från daggmask till anakonda	2014
5	Garpenby, Peter Nedlund, Ann-Charlotte	Ordnat införande av metoder i klinisk verksamhet [Elektronisk resurs] : En studie av försök med dialogmöten inom Landstinget i Östergötland	2013
6	Geidne, Susanna Fredriksson, Ingela Green, Sofia Pettersson, Camilla Larsson, Madelene Eriksson, Charli	Projektledare inom den idéburna sektorns ANDT-förebyggande arbete. [Elektronisk resurs]	2014
7	Gissy, Peter Hansen, Jörgen	Svart hämnd - Baksmälla [Elektronisk resurs]	2014
8	Hansen, Niklas	Arbetsvillkor i privat och offentlig sjukvård	2014

		[Elektronisk resurs] : Implikationer for personalens attityder og hälsa	
9	Herrman, Margaretha Wahlström, Emmie Nilsson, Lena A Winroth, Jan	Resultatsammanställning avseende [Elektronisk resurs] : Organisering och implementering av kulturaktiviteter i syfte att främja den jämlika hälsan bland �ldre	2014
10	Hj�lmarson V, Helene	Benskor men sterk : Hälsofrämjande frakturprevention	2013
11	Jakobsson, Eva Andersson, Magdalena �hl�n, Joakim	Livets sl�tskede	2014
12	J�nechag, Lena	Peer mentoring - A complementary support to persons after an acute myocardial infarction [Elektronisk resurs]	2014
13	Lindqvist, Gunilla	Arbete med barn i behov av s�rskilt stöd sett ur kommunalt perspektiv	2013
14	Magn�sson, Finnur Christensen, Jonas Liveng, Anne Bengtsson, Linda Fristrup, Tine Hall, Jessica	Caresam : �ldrande och utmaningar i Öresundsregionen - att arbeta med äldre i Sverige och Danmark [Elektronisk resurs]	2013
15	Olsson, Susanne Sundqvist, Olof Thurfjell, David	Zlatan frälsaren och andra texter om religion och idrott [Elektronisk resurs]	2014
16	Rosengren, Anna	β -Mannoside hydrolases from clan A – Structural enzymology, subsite engineering and transglycosylation	2014
17	Stigendal, Mikael Östergren, Per-Olof	Malmös väg mot en hållbar framtid : hälsa, välfärd och rättvisa [Elektronisk resurs]	2013
18	Winberg, Anette Broqvist, Mari Blomquist, Ulla- Britt	Att prioritera på individnivå [Elektronisk resurs] : Besl�tsst�d vid h�j�lpmedelsf�rskrivning	2014

Hits på forskningsdatabasen Sverige

1	Alpar, Maj - Britt Kristiansen	Det etniske nettverkets betydning for innvanderers selvfo�lse og tilhørighet i det nye samfunnet.	2013
2	Ampim, Gloria Abena	Men's involvement in maternal healthcare in Accra, Ghana. : from household to delivery room	2013
3	Anda, Lise	Autentisitet i den profesjonelle hj�perelasjonen: En Q-metodolgisk studie av læreres og helsepersonells subjektive opplevelse av � inkludere egne følelser i møte med den andre	2013
4	Arntzen, Annett	Statistikk om kvinners og menns helse - likheter og forskjeller	2014
5	Berentsen, Ingvild Therese	Psykisk helse i skolen: En kvalitativ intervjustudie av skolens opplevelse av forebygging innen psykisk helse i skolen	2014

6	Birkeland, Arvid Rossebo, Berthe Bakkevold, Sigrid Nicolaisen, Sandra Skjold, Aslaug Irene Kvinneland, Reidun	Prosjektrapport rehabilitering: En kartlegging av rehabilitering i Karmøy Kommune og Helse Fonna, herunder pasientgruppene og fremtidige behov og ansvarsfordeling	2013
7	Brønstad, Guro	Smerte – et transkulturelt språk? Smertelindring til østafrikanske innvandrere	2014
8	Ellingsen, Stine	Skolerett og skoleplikt i lys av ulikhet : en teoretisk drøfting	2014
9	Flateby, Karoline Rebekka Rudberg	Bortvist : En studie av politiets arbeidsmetoder i innsatsen mot de åpne rusmiljøene i Oslo.	2013
10	Gjessing, Petter Fosse	Postoperative insulin resistance and the metabolic and cellular responses to single-dose preoperative oral carbohydrate supplementation – Experimental studies in pigs	2013
11	Hangerhagen, Anja Helene	I hvilken grad kan akupunktur ha effekt i rehabilitering etter hjerneslag?	2015
12	Hansen, Aiza Maria	Logrende trygghet : Hund som spesialpedagogisk verktøy i relasjonsbygging	2013
13	Hov, Reidun Hall-Lord, Marie Louise Johansson, Inger Wilde-Larsson, Bodil	Evaluerings av samarbeidsprosjekter i sykepleierutdanningen	2013
14	Kolberg, Thor Arne Lunde	Akupunkturbehandling av kronisk ikke-bakteriell prostatitt	2015
15	Lima, Mairon G Bastos Gupta, Joyeeta	The Policy Context of Biofuels : A Case of Non-Governance at the Global Level ? The Policy Context of Biofuels : A Case of Non-Governance at the Global Level ?	2013
16	Lind, Ingjerd	Hvordan virker deltid inn på vårt arbeidsmiljø og tjenestekvalitet på en sengepost ved vårt sykehus?	2014
17	Lund, Karl Erik	Hva er elektroniske sigaretter, hvor farlige er de og hvordan bør de reguleres?	2013
18	Moe, Ola Erik Heen	Læringsutbytte i kroppsoving	2013
19	Molden, Thomas Hugaas	Funksjonshemming – definisjoner, operasjonaliseringer og konsekvenser i empirisk forskning	2013
20	Opsahl, Katrine Linnes, Cathinka Marie	De er ikke usynlige, de har blitt usynliggjort : En kvalitativ studie av hvordan barnehagepersonalet tilrettelegger for barn av psykisk syke foreldre, og hvilke tiltak de benytter	2013
21	Pedersen, Anita Monsen	Interkommunal legevaktssamarbeid kan styrke pasientsikkerheten	2013
22	Putnam, Robert D.	Our kids - The American Dream in Crisis	2015
23	Rasmussen, Bente Bakken	Tillitsvalgte i helseforetak – på vikende front? Et demokratisk problem?	2015
24	Pedersen, Rosa Dias	Health and inequality	2013
25	Rosén, Bjørn	Hva fokuserer norske nettaviser på innen helse - Er det en likhet mellom nettavisers fokus og unge voksnes forhold til helse	2014
26	Seppola, Hanne	Fotballfrue og gjengen: selvpresentasjon, kropp, trening og kjønn: Norges mest populære personlige bloggere: en innholdsanalyse av tekst og bilder	2014
27	Skålevik, Tore	Ethics, Naturally : On Science and Human Values	2013

28	Solberg, Hans Kristian	Har helseforetakene noe å lære fra politiets beredskapssystem?	2014
29	Tesfazion, Thomas Haile Ghirmay	Forskjeller i dødelighet mellom etniske nordmenn og innvandrere - i aldersspennet 25-79 år	2013
30	Tysnes, Ingunn Barmen	Ungdommenes opplevelse av plassering, opphold og ettervern: En studie av institusjonsplasseringer etter lov om barneverntjenester § 4.24	2014
31	Wikheim, Hilde	Samarbeidsavtaler-formalitet eller redskap til samhandling?	2013
32	Witso, Aud Elisabeth	Participation in older adults – in the context of receiving home-based services	2013
33	Aardal, Bernt	How to Lose a Walkover Election? A Preliminary Analysis of the 2005 Parliamentary Election in Norway	2013

Hits fra forskningsdatabasen, Norge

Bilag 3

Fuglekvarteret i tal



FUGLEKVARTERET

I TAL



FUGLEKVARTERET - INDHOLDSFORTEGNELSE

INTRO	3
Kort introduktion	
BEBØERE	4
Statistik og diagrammer over beboerne i Fuglekvarteret	
BOLIGER	7
Statistik og diagrammer over boligerne i Fuglekvarteret	
KORT	8
Tematiske kort over København og Bispebjerg med fokus på sammenligning mellem København, Bispebjerg og Fuglekvarteret på en række områder	
AKTØRER	13
Kortlægning af institutioner og indsatser i området	

FUGLEKVARTERET – INTRO

Fuglekvarteret er præget af en overrepræsentation af små boliger og sociale udfordringer, der ligger markant over gennemsnittet for resten af København. Kvarteret er karakteriseret ved fysiske og sociale udfordringer i både de almene boliger og de resterende boliger.

Områdefornyelse Fuglekvarteret er opdelt i områderne Vest og Øst.

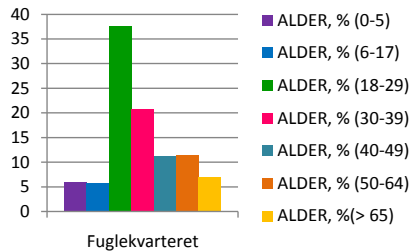
Fuglekvarteret Vest er præget af mange marginaliserede borgere og en del almene boliger.

Fuglekvarteret Øst indeholder mange offentlige institutioner, der blandt andet er målrettet udsatte borgere, såsom Alkoholcenteret og Forebyggelsescenteret. Herudover er kvarteret præget af mange offentlige og private uddannelsesinstitutioner.



FUGLEKVARTERET – BEBOERE

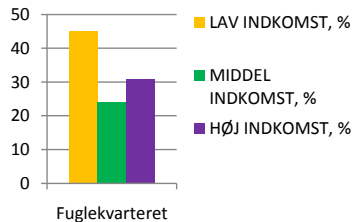
ALDER



Fuglekvarteret bærer præg af unge beboere i alderen 18-29. En gruppe der i 2010 svarede til 38 % af beboerne i kvarteret. I sammenligning med hele København, hvor tallet var 25 % i 2010, er dette en stor andel (KK kort, 2013). Generelt er der en tendens til at antallet af unge beboere er steget over de sidste 15 år (Ansøgning, 2012).

For 4* almene boligafdelinger i Fuglekvarteret er der 22 % pensionister (inkl. beboere, der har valgt at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet) og 32 % af disse bliver betegnet som indvandrere eller efterkommere (KÅS, 2012).

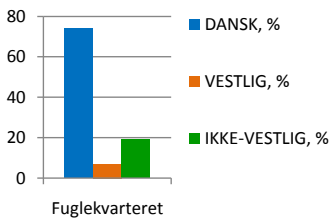
INDKOMST



For hele Fuglekvarteret gælder det, at 45 % af beboerne har en lav indkomst (max. 162.000kr /årligt) imod 38 % i hele København (KK kort, 2013). Enkelte institutioner i kvarteret som herberget i Hillerødsgade, Forebyggelsescenteret Nørrebro og Jobcenteret tiltrækker socialt udsatte borgere både fra kvarteret og fra resten af byen.

På nuværende tidspunkt eksisterer der i Fuglekvarteret kun et svagt byliv præget af enkeltpersoner og forskellige interessegrupper, der lever i og bruger kvarteret uden at komme i kontakt med hinanden (Ansøgning, 2012).

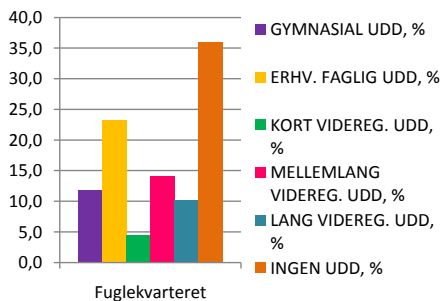
HERKOMST



Fuglekvarteret har 19 % beboere med en ikke-vestlig baggrund, hvilket er marginalt højere end de 14 % i hele København (KK kort, 2013).

De almene boliger i Fuglekvarteret huser mange indvandrere og efterkommere (59 %), hvilket er en generelt større andel end hele København (22 %) (KÅS, 2012). Dette medfører udfordringer i form af store kulturelle forskelle blandt beboerne i området.

UDDANNELSE



Størstedelen af beboerne i Fuglekvarteret har ingen uddannelse eller en kortere uddannelse (76 %). Den største gruppe er de uuddannede med 36 %, som følges af henholdsvis beboere med en erhvervsfaglig uddannelse (23 %), mellemlang uddannelse (14 %), og gymnasial uddannelse (12 %).

Den store andel af uuddannede og lavt uddannede kan til dels knyttes til den forholdsvis store andel af beboere med lav indkomst.

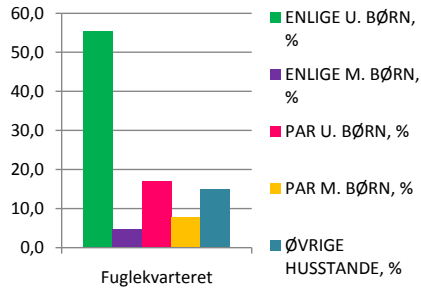
KK kort, 2013: data eksporteret fra KK kort, Sociøkonomisk kort, marts 2013 (rode 288-294, 296 = Fuglekvarteret). Alle diagrammer er lavet med data fra KK kort.

Ansøgning, 2012: Ansøgning om reservation af udgiftsramme til områdefornyelse

KÅS, 2012: Kommunal Års Statistik, Boligstatistiske nøgletal for AAB afd. 49 (Stærevej), Fynshuse, Afd. 8 (Musvågevej), Afd. 24 (Mågevej), Sangergården 1 og 2 samt Vestergårdsvej.

FUGLEKVARTERET – BEBOERE

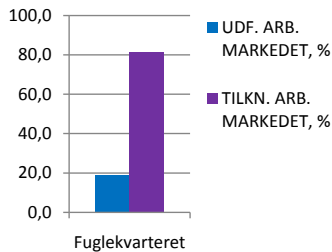
HUSSTANDE



Andelen af enlige uden børn er markant i Fuglekvarteret med sine 55 %, hvilket lægger sig op af tendensen for hele København, hvor andelen af enlige uden børn er 50 % (KK Kort, 2013).

I de almene boliger i kvarteret er dette endnu mere markant, da 62 % af husstandene udgør enlige uden børn (KÅS, 2012).

ARBEJDSMARKED

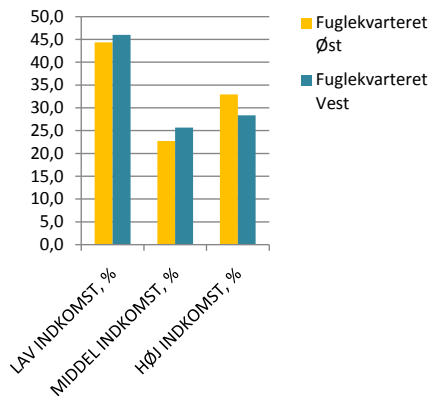


Hovedparten af beboerne i Fuglekvarteret er knyttet til arbejdsmarkedet. For at forstå nuancerne i dette er det vigtigt at pointere at tilknytning til arbejdsmarkedet inkluderer arbejdsløse og beboere under uddannelse.

21 % af beboerne i hele Fuglekvarteret er under uddannelse, hvilket er forholdsvis højt i sammenligning med hele København, hvor andelen er 15 %.

For 4 almene boligafdelinger¹ i Fuglekvarteret er der 4 % arbejdsløse i gruppen over beboere der er over 15 år og 56 % af disse bliver betegnet som indvandrere eller efterkommere (KÅS, 2012).

INDKOMST – SAMMENLIGNING ØST/VEST



Fuglekvarteret er i Områdefornyelsen delt op i Øst og Vest. Flere informationer om forskellen på Øst og Vest kan findes i Kvarterplanen.

For overblikkets skyld kan det nævnes at Øst har flere beboere end Vest (Øst: 6.317 prs. og Vest: 4.973 prs.)

Det er interessant at både Øst og Vest har en tydelig overvægt af beboere med lav indkomst. I Øst følger en stor gruppe med høj indkomst, hvorimod Vest har en mere lige fordeling mellem middel og høj indkomst.

De boligstatistiske tal, der dækker de almene boligforeninger har kun indkomstdata for 4 afdelinger¹. Disse 4 afdelinger ligger alle i Vest.

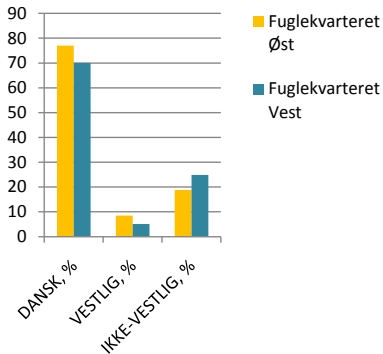
For disse 4 afdelinger har den største gruppe en lav indkomst (46 %), herefter følger middel indkomst (39 %) og høj indkomst (15 %)².

¹ AAB afd. 49 (Stærevej), Fynshuse, Afd. 8 (Musvågevej), Afd. 24 (Mågevej) – kun disse 4 afdelinger har tal på indkomstfordelingen.

² Indkomstfordelingen i KK kort og i KÅS er ikke fuldt sammenlignelige. Grafen viser tal fra KK kort, som er inddelt i lav, middel og høj indkomst. Lav indkomst er maksimalt 162.000 kr. om året, høj indkomst er 270.000 kr. eller derover og middel indkomst ligger herimellem. KÅS deler lønniveau i kategorierne under 100.000 kr., 100.000-149.999 kr., 150.000-199.999 kr., 200.000-299.999 kr., 300.000 kr og derover. For sammenlignelighedens skyld er disse grupper langt sammen til følgende: Lav indkomst: maksimalt 149.999 kr, høj indkomst: 300.000 kr. eller derover og middel indkomst ligger herimellem.

FUGLEKVARTERET – BEBOERE

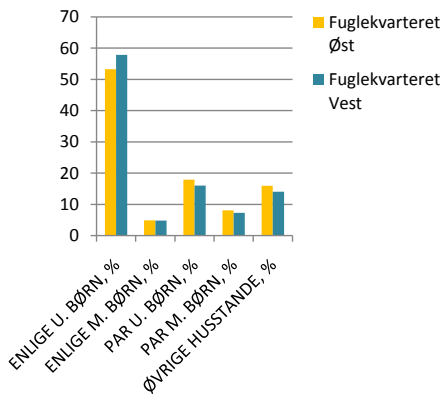
HERKOMST – SAMMENLIGNING ØST/VEST



I dette diagram bliver forskellen mellem Øst og Vest tydelig. Øst har en markant andel af danske beboere (77 %) og en forholdsvis lige fordeling mellem beboere med vestlig (8 %) og ikke-vestlig (19 %) herkomst. Vest derimod har også en større andel af danske beboere (70 %), men også en relativt stor andel af ikke-vestlige beboere (25 %).

De almene boligafdelinger viser den samme tendens med en større andel indvandrere og efterkommere i Vest end Øst³. Afdelingerne i Øst har 26 % indvandrere og efterkommere, og Vest har 74 % (KÅS, 2012).

HUSSTANDE – SAMMENLIGNING ØST/VEST



Som tidligere nævnt er Fuglekvarteret præget af enlige uden børn. Dette er fordelt med 53 % i Øst og 58 % Vest. Herefter følger par uden børn med 18 % i Øst og 16 % i Vest samt øvrige husstande⁴ med 16 % i Øst og 14 % i Vest.

Hvis man sammenligner disse tal med alder og beboere under uddannelse, kan det konkluderes at en større gruppe i Fuglekvarteret udgør unge studerende uden børn.

Et nærmere kig på husstandstyperne i de almene boligforeninger, viser en lignende tendens med 45 % enlige uden børn i Øst og hele 64 % i Vest.

I Øst gør det sig videre gældende at øvrige husstande, par med børn og enlige med børn er i høj grad ligeligt fordelt med henholdsvis 16 %, 15 % og 14 %.

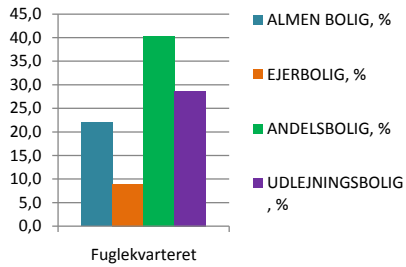
Vest derimod har en fordeling med 13 % par uden børn og 12 % øvrige husstande (KÅS, 2012).

³ Vest: AAB afd. 49 (Stærevej), Fynshuse, Vestergårdsvej, Afd. 8 (Musvågevej), Afd. 24 (Mågevej), Øst: Sangergården 1 og 2

⁴ Øvrige dækker blandt andet over studerende der bor sammen, ikke-hjemmeboende børn, samt bofællesskaber med flere familier.

FUGLEKVARTERET – BOLIGER

BOLIGTYPE

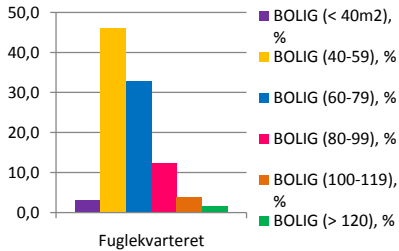


Den mest almindelige boligtype i Fuglekvarteret er andelsboliger med 40 %, herefter følger udlejningsboliger med 29 % og almene boliger med 22 %. I hele København er fordelingen mere lige med 33 % andelsboliger, 26 % udlejningsboliger og henholdsvis 21 % og 20 % almene boliger og ejerboliger.

Overordnet skiller Fuglekvarteret sig ikke meget ud i forhold til resten af København.

Der er til gengæld større forskelle at se når der kigges på Øst og Vest. Dette vil vi komme ind på længere nede på siden.

BOLIGSTØRRELSE

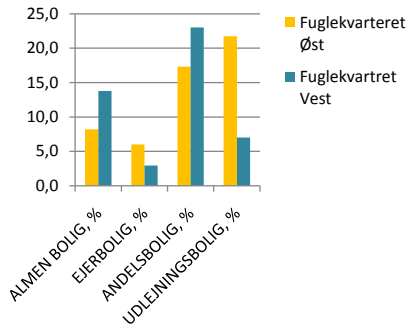


Boligstørrelserne i Fuglekvarteret er præget af små boliger med 46 % i størrelsesforholdet 40-59 m², hvilket er fulgt af boliger på 60-79 m² (33 %).

Disse to typer er også de mest udbredte i hele København, hvor tallet for lejligheder i størrelsen 40-59 m² kun er 25 %, hvilket er en del lavere end Fuglekvarteret.

Lejligheder i størrelsen 60-79 m² udgør derimod 29 %, som er meget tæt på antallet i kvarteret.

BOLIGTYPE – SAMMENLIGNING ØST/VEST



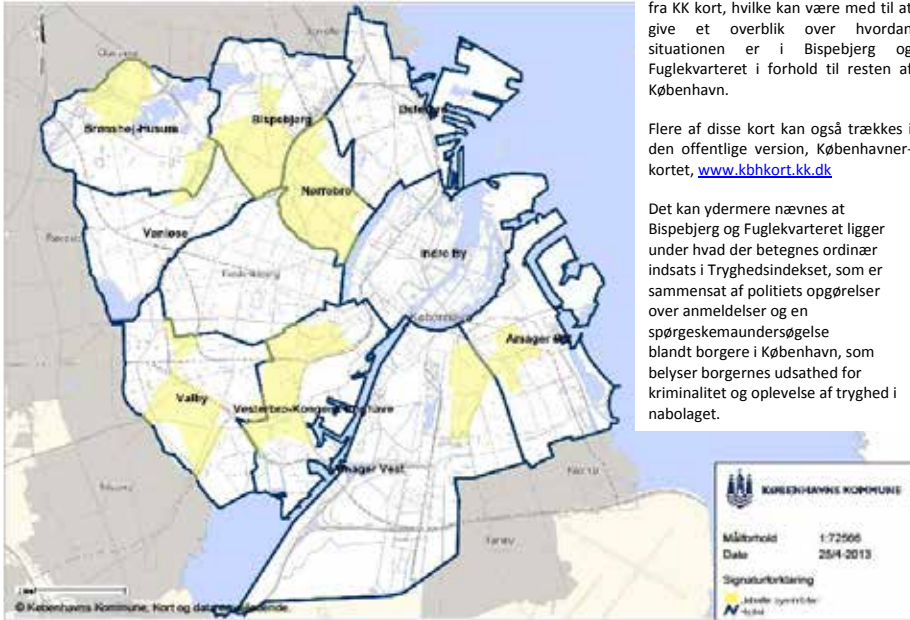
Dette er igen et af de steder, hvor forskellen på Øst og Vest kan ses.

Øst er i høj grad præget af en stor andel udlejningsboliger (41 %) og andelsboliger (33 %). Vest derimod er også præget af andelsboliger (49 %), men har også en stor andel almene boliger (29 %).

Dette kan også ses i fordelingen af almene boligforeninger i kvarteret, hvor 5 ud af 7 afdelinger ligger i Vest og kun 2 i Øst.

FUGLEKVARTERET – KORT

UDSATTE BYOMRÅDER



København er inddelt i såkaldte roder, som en administrativ måde geografisk at opdele hovedstaden.

Højeste score får de roder, hvor indikatoren er mest kritisk. Altså scorer en rode med f.eks. mange borgere 5 point på denne indikator, og de roder hvor der er meget få borgere scorer 1 point. En rode kan maksimalt score 20 point på de fire befolkningsindikatorer (4x5 point), og vil dermed være kvalificeret til en "markant indsats". Omvendt vil den laveste score være 4 point (4x1 point), og dermed vil roden kun have behov for en "minimal indsats".

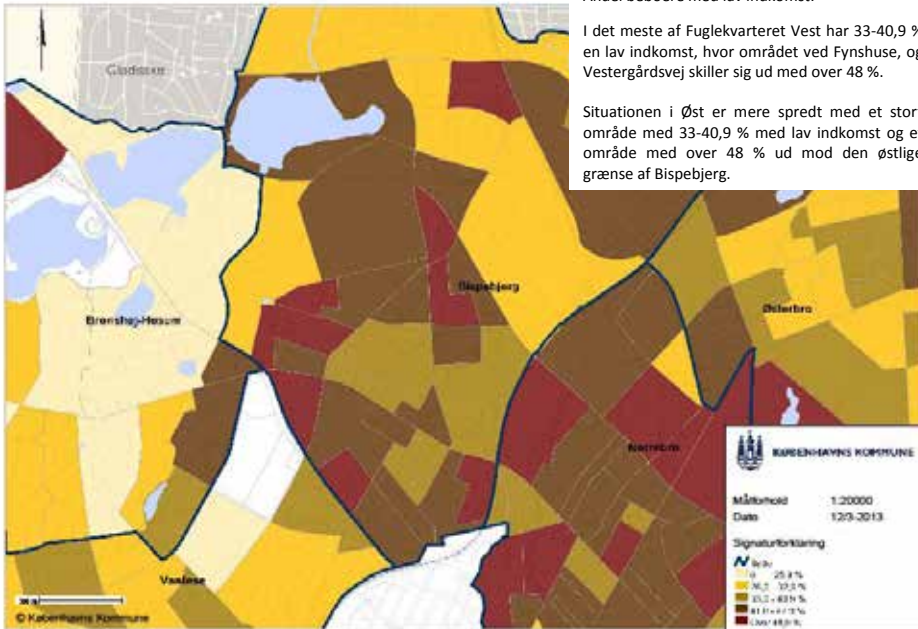
Fuglekvarteret er hovedsageligt præget af en intensiveret og ordinær indsats med et lille område med en markant indsats i området i Vest ud til Borups Alle, dækkende de almene boligafdelinger Fynshuse, og Vestergårdsvej.

BEFOLKNING



FUGLEKVARTERET – KORT

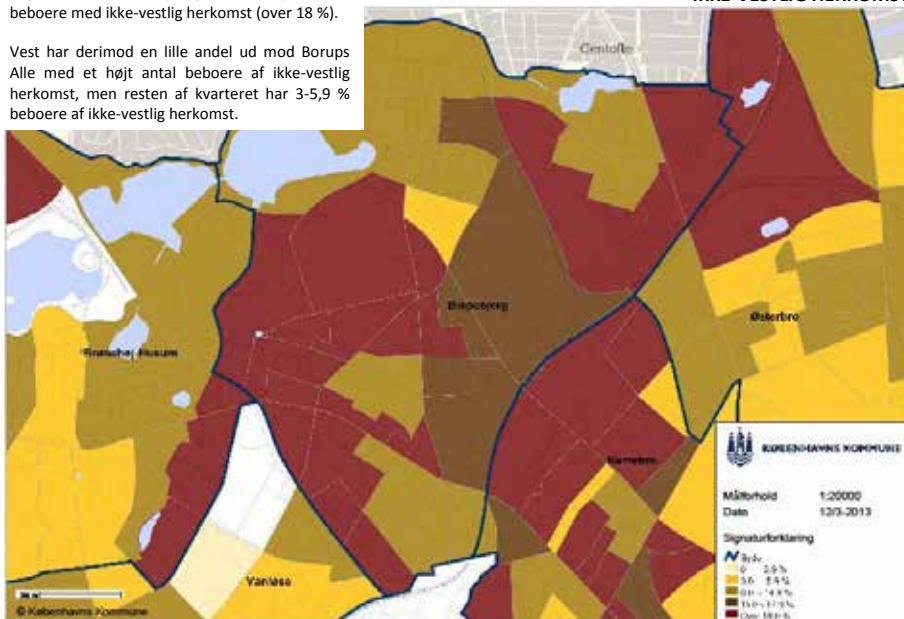
LAV INDKOMST



Fuglekvarteret Øst er præget af en høj andel af beboere med ikke-vestlig herkomst (over 18 %).

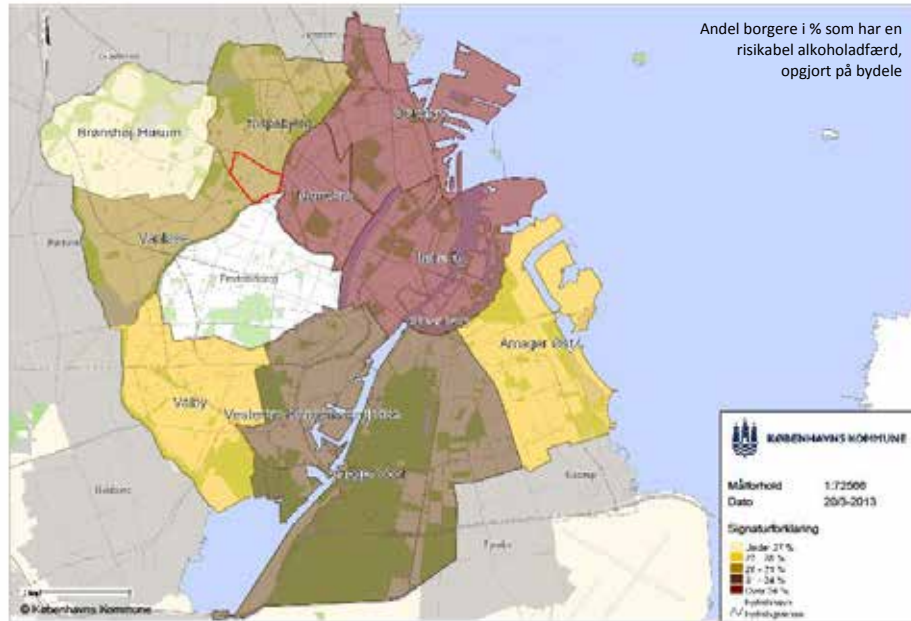
Vest har derimod en lille andel ud mod Borups Alle med et højt antal beboere af ikke-vestlig herkomst, men resten af kvarteret har 3-5,9 % beboere af ikke-vestlig herkomst.

IKKE-VESTLIG HERKOMST

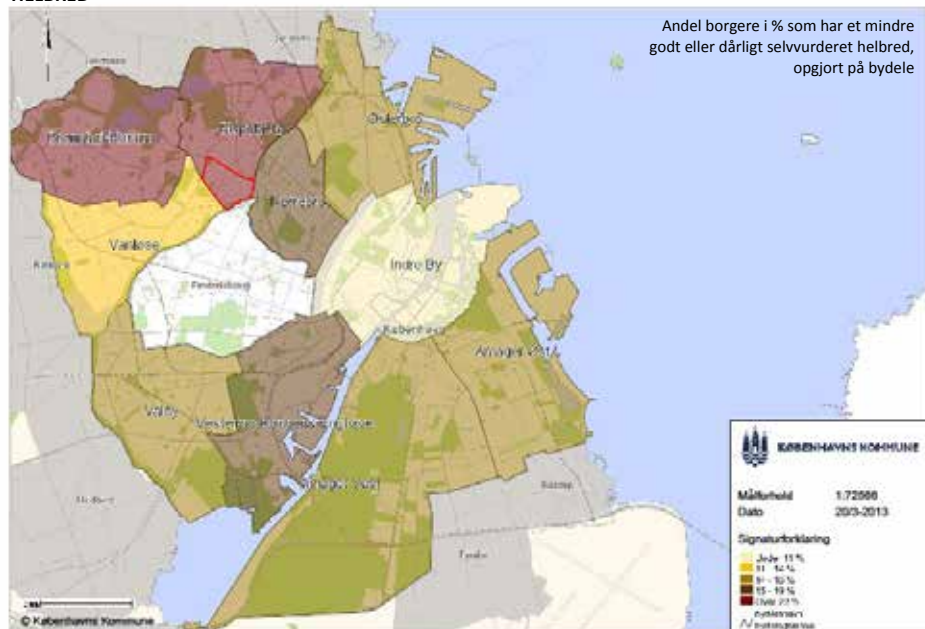


FUGLEKVARTERET – KORT

ALKOHOL

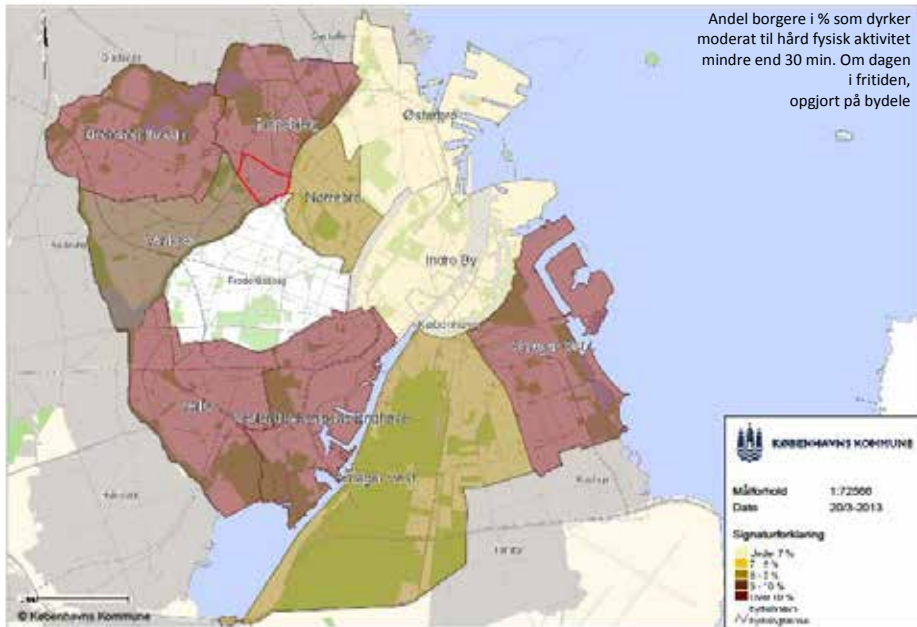


HELBRED

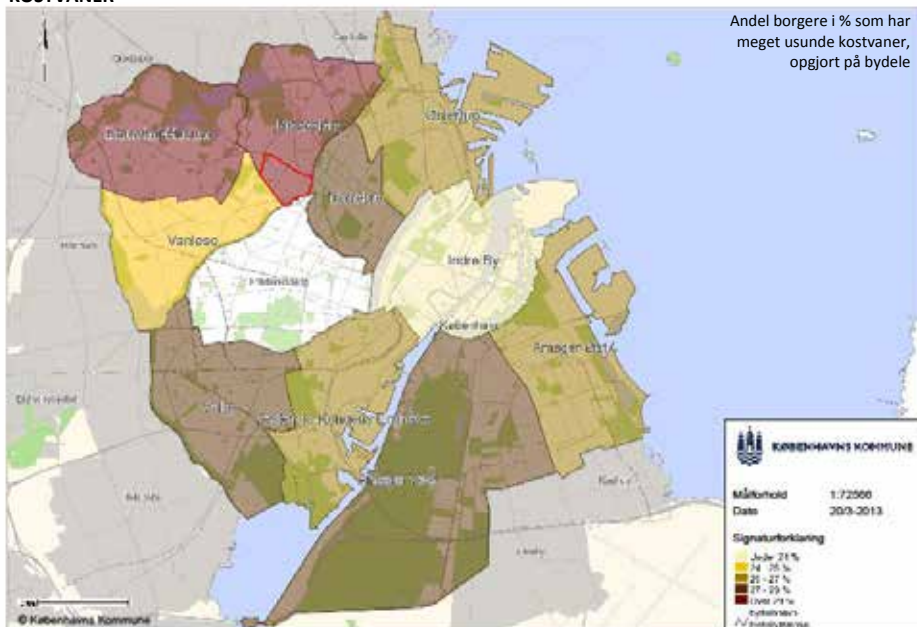


FUGLEKVARTERET – KORT

MOTION

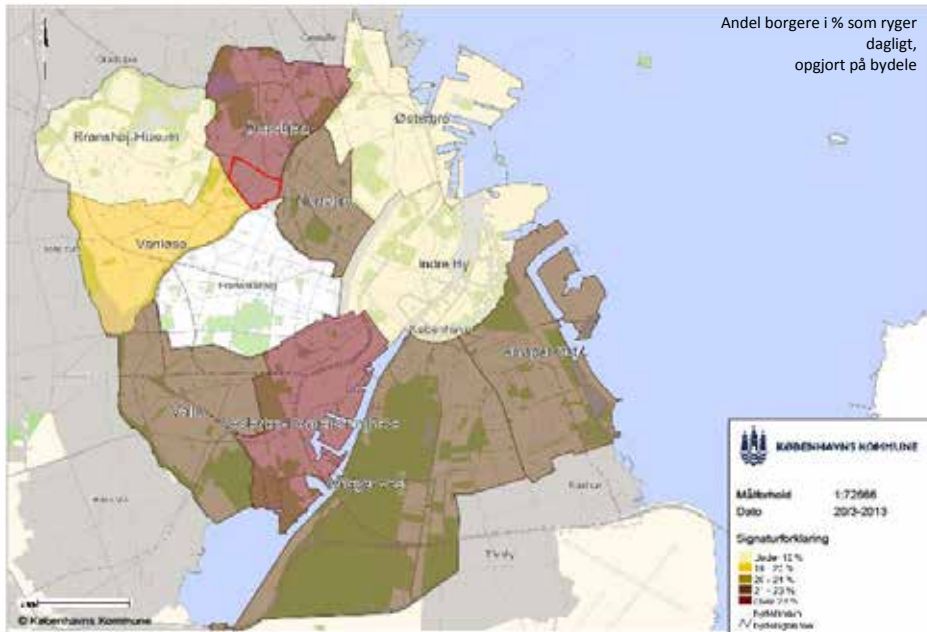


KOSTVANER

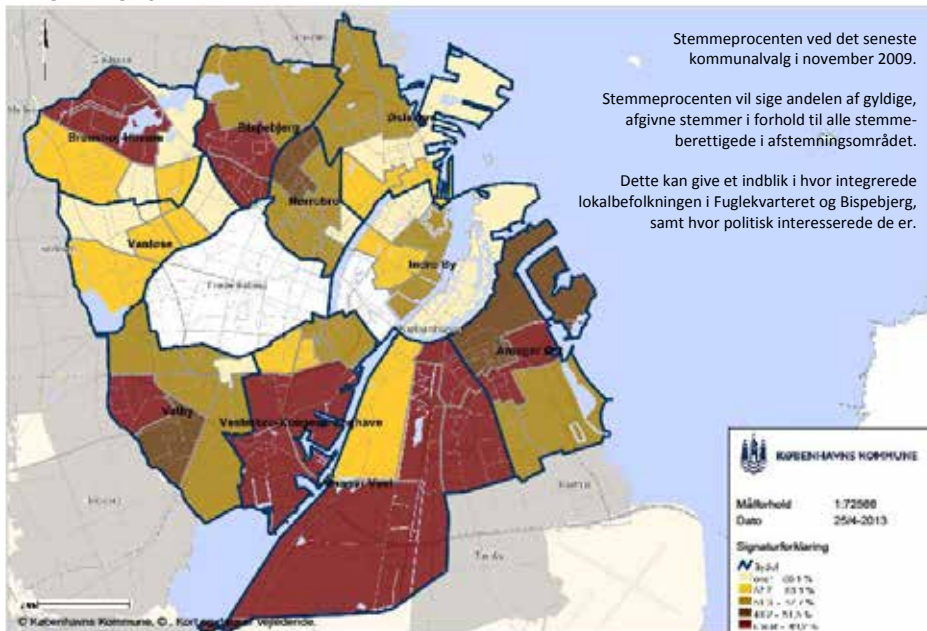


FUGLEKVARTERET – KORT

RYGNING



VALGDELTADELSE



FUGLEKVARTERET – AKTØRER

KORTLÆGNING AF INSTITUTIONER OG INDSATSER I FUGLEKVARTERET

Adresse		Info
1. Kommunale institutioner og services		
Alkoholenheden Nord	Ørnevej 18, 1.sal, 2400 Kbh NV	www.kk.dk/da/om-kommunen/forvaltninger/socialforvaltningen/organisation/centerfaellesskaber/udsatte-borgere/misbrugsbehandling-og-plejetilbud Alkoholbehandling til voksne over 18 år med et problematisk forbrug af alkohol samt rådgivning til deres pårørende.
Bo- og dagtilbuddet Musvågevej (SOF)	Musvågevej	www.cmfsf.kk.dk/Musvaagevej.aspx
Boligrådgivere		Susanne Grøn
Borgerservice Bispebjerg	Lærkevej 18, 2400 NV	www.kk.dk/Borger/Borgerservice.aspx Hjælp til at finde vej i kommunen – rådgivning om offentlige tilbud, Desuden boligydelse, familiedydelser, børneydelser, Skat mm.
Børnecentret	Ørnevej 55	Meta Fuglsang
Center 1,	Svanevej 24	
Den sociale hjemmepleje	Lærkevej 3	
Forebyggelsescenter Nørrebro	Tranevej 27a-b, 2400 Kbh NV	http://subsite.kk.dk/sitecore/content/Subsites/Forebyggelsescentrene/SubsiteFrontpage.aspx Forebyggelsescentrets generelle tilbud, såsom kost, rygning, alkohol og motion. Sundhed i Nærmiljøet
Jobcentret		
Socialpsykiatrisk center Nordvest	Birkedommervej 43	
Støttekontaktpersoner		Susanne Grøn
Sundhedsplejen (BUF)		
Vibegården (SOF)	Vibevej 8	www.cmfsf.kk.dk/Vibegaarden.aspx
Voksensandplejen (?)		
Voksenteamet	Svanevej 12	
<i>Uden for Fuglekvarteret:</i>		
BIBLIOTEKET	Rentemestervej 76	www.bibliotek.kk.dk/biblioteker/BIBLIOTEKET
Dagcenteret Stæren	Tomsgårdsvej 17, 2. sal	http://www.kk.dk/da/om-kommunen/forvaltninger/socialforvaltningen/organisation/myndighedscentre/raadgivningscentre-koebenhavn/dagcentret-staeren Værested for borgere, der er tilknyttet Rådgivningscenter Københavns misbrugsbehandling
Distriktpsykiatrien	Møntmestervej	

FUGLEKVARTERET – AKTØRER

Familierådgivningen - Bispebjerg	Blytækkervej 3, 1.tv., 2400 Kbh NV Tlf: 3317 5147 / 6040 7879	www.familieraadgivning.kk.dk/Lokale_raadgivning/Bispebjerg.aspx Familierådgivning, bl.a. vedrørende sociale forhold, børneopdragelse, parforhold, økonomi og andre personlige temaer.
Handicapcenter København	Thoravej 29	
Kvisten	Gartnergade 15, 2200 Kbh N Tlf.: 3537 6536/2639 9292	www.kvisten.kk.dk Kvisten er en fritidsklub for alle mellem 14 og 100 år, bl.a. værksteder, socialt samvær og billigt mad. Projekt Netværk På Tværs - på tværs af etnisk baggrund. Madlavning samt sociale og kulturelle aktiviteter.
Rehabiliteringscenter Bispebjerg	Frederiksborgvej 77, 2400 Kbh NV Tlf.: 3814 3300	www.rcbispebjerg.kk.dk/ Rehabilitering Bispebjerg, Træningscenter Bispebjerg og Aktivitetscenter Bispebjerg.
Sundhedshuset	Kapelvej 47, 22 Kbh N	www.sundhedshuset2200.kk.dk/Sundhedshuset
Valmuen - Specialinstitution for heroinbehandling	Tomsgårdsvej 17-19, 2400 Kbh NV	http://www.kk.dk/da/om-kommunen/forvaltninger/socialforvaltningen/organisation/centerfaellesskaber/udsatte-borgere/misbrugsbehandling-og-plejetilbud/valmuen
2. Frivillige organisationer		
Anonyme Narkomaner	Falkevej	
De Hjemløses Hus	Falkevej 2 – 4	
Kirkens Korshærs bofælleskab	Hillerødgade 64	
Kirkens Korshærs herberg	Hillerødgade 62	
Værestedet Plug In	Svanevej 10	
Uden for Fuglekvarteret:		
Aktivitetscenter Sankt Josef	Griffenfeldtsvej 44, 1.sal, 2200 Kbh N	www.aktivitetscentret.dk Aktivitetscenter for borgere over 60 år, Bl.a. motion, sang, kreative værksteder, fællesspisning, udflugter mm.
Askovgården	Korsgade 60, 2200 Kbh N	www.askovgaarden.dk Tidl. Settlement Sociale, undervisnings - og sundhedsmæssige aktiviteter.
Center for Positiv Integration (CEPI)	Nørre Allé 7, Lokale 205, 2200 Kbh N Tlf.: 35360528	www.cepi.dk Gratis juridisk rådgivning til flygtninge og indvandrere på Nørrebro.
Dans i Nordvest	Bispebjerg Torv 1, 2400 Kbh NV	www.dansinordvest.dk
Fakti	Bispebjerg Bakke 6, 2400 Kbh NV	www.fakti.dk Foreningen Af Kvinder Til fremme af Integration. Bl.a. samfundscafé, dansk undervisning, motion, cykelture mm.

FUGLEKVARTERET – AKTØRER

Invandrer kvindecntr	Blågårdsgade 4, 1 tv., 2200 Kbh N Tlf.: +45 3539 6985	www.indvandrerkvindcentret.dk/index.php Indvandrer- og flygtningekvindens integration, rådgivning og netværk.
Kalajdoskop - Frelsens Hær	Thorsgade 48a, 2200 Kbh N	www.kalajdoskop.dk Kalejdoskop er et socialt, kulturelt kursus- og værested, der drives af Frelsens Hær på Nørrebro. Bl.a. danskundervisning, yoga, IT-kurser mm.
Kringlebakken	Tuborgvej 256-258, 2400 Kbh NV	www.kringlebakken.dk Integrationshuset Kringlebakken er for etniske kvinder ca. 18-45 år, deres børn 0-3 år og piger 8-18 år. Bl.a. kurser, lektiehjælp for pigerne, klubaktiviteter mm.
Natteravnene	c/o Birkeklubben Præstelængen 1	www.bispebjerg.natteravnene.dk
Projekt Gæstebud	Kapernaumskirken, Frederikssundsvej 45	
Projekt Offside	Prinsesse Charlottesgade 28, 2200 Kbh N Tlf. 3535 7344	www.projektoffside.dk Socialpsykiatrisk aktivitets- og samværsted, centreret om en velfungerende café, på Nørrebro, og et økologisk gartneri i Vadsby ved Hedeusene.
Psykologisk rådgivning Sind	Slotsgade 2, 2, 2200 N	www.sind-kbh.dk Gratis og anonym psykologrådgivning.
SR-Bistand	Tagensvej 70, 1. sal, 2200 Kbh N Tlf.: 35 39 71 97	www.sr-bistand.dk Gratis social, juridisk eller psykologisk rådgivning.
Varmestuen Hotel Jens	Drejervej	
3. Boligselskaber		
Kontaktpersonsordning (KL-BL aftale)		
Sociale viceværter		
Viceværter		
4. Boligsociale helhedsplaner		
Beboerprojekt Puls		Den spiselige afdeling, højbede, drivhus, Feriecamp, markedsdag, osv.
<i>Uden for Fuglekvarteret:</i>		
Beboerprojekt Bispebjerg	Møllerloden 15, 2400 Kbh NV	http://beboerprojektbispebjerg.dk/forside.html Projekter såsom, Bydelsmødre, SHEZONE (idræt for kvinder på tværs af etnicitet og levevilkår), Feriecamp, markedsdag, osv.
5. Skoler		
Al-Hilal Skolen	Svanevej 3	180 børn, 0.-9. Klasse
Al-Huda Skolen		Udvikling af skolegård til bypark sammen med Steno og Experimentarium
Frisørskolen		Interesseret i rygeafvænning for skolens elever

FUGLEKVARTERET – AKTØRER

Grøndalsvængets Skole		Byhaver i samarbejde med Områdefornyelsen
Hans Knudsens Institut		Tidligere motionsprojekt for studerende med funktionsnedsættelser
Iqbal International School	Glentevej 57-59	150 børn
Sjællands Privatskole	Nattergalevej 32	
Sputnik	Svanevej 22. 3. sal, 2400 Kbh NV	http://www.skolensputnik.dk/ Elever med autisme, særlige behov, ADHD/AKT
Svanevej Privatskole	Svanevej 10	50 børn, 0.-9. klasse
6. Daginstitutioner		
Børnehuset Rødderne	Frederikssundsvej 81F, 2400 Kbh NV	Privat daginstitution
Rørsangeren	Rørsangervej 78	
Småbørnenes Forsamlingshus	Glentevej 71	
Stærevænget	Stærevej 62	
Ønskeøen	Hillerødgade 78	
Ørnen	Hulgårds Plads 15	
7. Områdefornyelse Fuglekvarteret		
Byrumsprojekter	Stærevej, Vibevej	Kan have sundheds- og motionsvinkel
Cykeltræningsprojekt		
Det spiselige kvarter		
Forening for grøn udvikling		
8. Idrætsklubber		
Idrætshuset	Hørsholmsgade 20, 2200 Kbh N	www.idraetshus.dk <i>Idræts- og sundhedstilbud til psykisk sårbare i Københavns Kommune. Idrætsaktiviteter for unge og voksne med psykiske lidelser. Bl.a. fitness, kurser, café, udflugter mm.</i>
Karateklubben Kyokushinkai København	Glentevej 70 A	www.karateklub.com
Grøndal EV		Volleyball på Grøndalsskolen
<i>Uden for Fuglekvarteret:</i>		
Ladyfitness	Tomsgårdsvej 23 C, 2400 Kbh NV	www.ladyfitness.dk
9. Læger o.lign		
Annette Grønlykke	Tranevej 25, st.	
Arne Hantho	Tranevej 25, st.	
Lægerne Merete Hippe og Stine Christensen	Tranevej 25, st.	
<i>Uden for Fuglekvarteret:</i>		
Jasim Al-Rammah	Tomsgårdsvej 23 C, 2400 Kbh NV	
John Rosendal-Jensen	Tomsgårdsvej 82, 2400 Kbh NV	
Henrik Rask Ludvigsen	Tomsgårdsvej 82, 2400 Kbh NV	
Anders Weber Egholm	Frederikssundsvej 111, 1.	