

Masteruddannelsen i Sundhedsfremme

Masterafhandling



Fællesskab og hverdagsliv i et sundhedsfremmeperspektiv



Illustration: Mette Ehlers

Studerende:	Studienummer:	Eksaminator:	Anslag
Henrik Bjørnskov Madsen	56009	Professor Betina Dybbroe	156.967
Birgitte Ehlers	56660		
Christina Brinch Møller	56662		Antal Normalsider 65,4
Susan Krongaard Tanzer	56663		
Charlotte Berggreen Smidt	56667		Eksamenstermin: Sommereksamen 2017

Abstract:

Inequality within health is increasingly becoming a problem, both nationally and internationally. The report "Closing the Gap in a Generation" (2008) concludes that the gap in inequality is present not only in Denmark, but on a global scale.

In order to solve the challenge of inequality within health, new approaches are needed; new approaches which seek to understand people's social behaviors, and the interconnected processes which affect health. In Denmark, health promotion initiatives are often rooted in biomedical and neo-liberal perception and understanding of health. This can be seen as a paradox, in which lifestyle diseases are often presented as an "evil" to be combated with KRAM-strategies based on individual solutions, rather than with more collective approaches within communities.

Based on the social economy company INSP!, we will investigate which values the acknowledged communities have for "good quality life" and how it can be understood as promoting health.

Based on the master thesis, we wish to step out of our own roles in the established healthcare system, in order to understand and experiment with health as a more liberating exchange of experience, and with a focused perspective of promoting health. The ideal is, that the citizens can obtain skills and opportunities that enables them to be "the architects of their own lives" within health behaviour. Our empirical research on INSP!, is based on ethnographic fieldwork and qualitative semi-structured interviews with 6 informants and 5 letter responses.

In the thesis, we conclude that communities at INSP! contribute to an increased capacity to act with our informants. We find that our informants themselves create and develop their own experiences through learning and identifying in everyday activities at INSP!. Therefore, health becomes the definition of philosopher Uffe Juul Jensen's health perspective: something experienced through lived life experience. We find that health is also promoted in acknowledged communities, in which there is no requirement for documentation and impact assessment. We are coming forward to an increased prosperity and trading capacity arising as secondary side gains from the communities established at INSP!.

Our master thesis shows that the link between INSP! as a setting in conjunction with empowerment approaches, has the potential to promote our informants' health and well-being in everyday life, which can furthermore contribute to reducing inequality within health.

Forord:

Vi er i mastergruppen så privilegerede, at vi har fået lov til at læse og anvende et brev sendt til INSP! fra Sofie, som er tidligere aktiv bruger. Brevet har inspireret os til at undersøge, om anerkendelse i fællesskaber i en setting som INSP! kan bidrage til det gode hverdagsliv.

Sofies brev:

"Jeg har lyst til at dele nogle tanker. Jeg har haft brug for nogle år til at "cutte" navlestrengen, og forstå hvad det er for en læring, et værdisæt og en faglig ballast min tid i INSP! har givet mig. Og derfor vil jeg gerne sige TAK - fra en Sofie der er blevet voksen i mellemtiden.

Dét jeg oplevede i mellemrummet fra ung til voksen hos INSP!, har endt med at farve næsten alle aspekter af mit professionelle virke såvel som mit private og politiske liv. INSP! har udvidet mit begrebsapparat i en meget tidlig alder, min indgang til kreative læringsrum, min tro på, at man kan skabe sin egen vej, min oplevelse med skabende fællesskaber, og min forståelse for det entreprenante felt.

INSP! projektets tilgang til at skabe gode liv for sig selv og andre, har inspireret mig og hjulpet mig videre lige siden. Jeg er utrolig taknemmelig for den store tillid I gav os. Mange af de folk som kom igennem INSP! ser jeg endnu.

Tiden i INSP! har givet mig selvværd og ro til at hoppe ud i kaotiske processer - og den læring bruger jeg dagligt i mit kunstneriske arbejde og i alle projekter jeg er en del af. Jeg har lige fået praktik som lydkunstner. Og det kan jeg i høj grad takke INSP! for - for som aldrig før kunne jeg i ansøgningsprocessen fremhæve ALLE de redskaber som I har givet mig.

Det binder den fineste knude på en lang og snørklet vej.

Jeg håber, at skoven har groet sig endnu større og vildere og jeg vil blive ved med at fremhæve jer som det bedste udlevede eksempel på, hvordan jeg håber vores verden kommer til at se ud i fremtiden" (Sofie, INSP!, 01.12.16).

Indholdsfortegnelse

Abstract:	2
Forord:	3
1.0 Indledning:.....	6
2.0 Procesbeskrivelse og gennemførelse af projekt:	7
3.0 Projektdesign:.....	10
4.0 Problemfelt - i et kritisk samfundsperspektiv:	11
5.0 Problemformulering:.....	13
5.1 Begrebsafklaring af problemformulering:.....	14
5.1.1 Anerkendende fællesskaber:.....	14
5.1.2 Setting:.....	14
5.1.3 INSP!	15
5.1.4 Det gode hverdagsliv:.....	17
5.1.5 Sundhedsfremme:	17
6.0 Metode:	18
6.1 Undersøgelsens forståelsesramme og videnskabsteoretiske positionering:.....	18
6.1.1 Honneths teori om anerkendelse:.....	19
6.2 Den teoretiske del af undersøgelsen:.....	23
6.3 Den empiriske del af undersøgelsen:	24
6.4 Udvælgelse af informanter:.....	25
6.5 Overvejelser om deltagerobservationer:	26
6.6 Ethiske overvejelser:.....	27
7.0 Teori og overordnede teoretiske perspektiver:	27
7.1 Sundhedsforståelse - i et samfundsperspektiv:	28
7.1.1 Sundhedsforståelse i et filosofisk erfaringsperspektiv:.....	30
7.2 Sundhedsfremme - i et kritisk perspektiv:.....	32
7.3 Det gode liv - i et hverdagsperspektiv:	35
7.4 Sundhedsfremmende fællesskaber - et kritisk begreb:	37
7.5 Læring, deltagelse og identitetsdannelse i fællesskaber:	41
8.0 Strategi for analyse:.....	43
9.0 Analyse og diskussion:.....	45
9.1 Præsentation af informanter:.....	45
9.2 "Keeping the eye off the target"	46
9.3 "Et omplantningsmiljø som sundhedsfremmende setting"	48

9.4 “Paladser over social ulykke”	53
9.5 “Den flydende familie”	54
9.6 “De menneskelige fællesskaber”	56
9.7 “Om at engagere sig i de andres vuf”	59
9.8 “Man kan komme som man er”	61
9.9 “Connecting people and creating sense of belonging”	63
10.0 Metodediskussion:	66
11.0 Konklusion:	67
12.0 Perspektivering:	69
Litteraturliste:	74
Bilag:	81
1.0 Interview med Direktør Anni Ehlers, INSP!.....	81
1.1 Interview med Ib.....	81
1.2 Interview med Kurt.....	81
1.3 Interview med Em.....	81
1.4 Interview med Preben og Lilly og en nyankommen (NYA).....	81
2.0 Deltagerobservation ved interview af Anni Ehlers.....	81
2.1 Deltagerobservation - folkekøkken	81
2.2 Deltagerobservation - rundvisning og folkekøkken.....	81
2.3 Deltagerobservation - interview med Kurt, Preben og Lilly	81
3.0 Breve - empiri	81
3.1 Anmodning om besvarelse af breve vedr. hverdagsliv	81
4.0 Projekt - og procesdagbog.....	81
5.0 Henrik Bjørnskov Madsen, 56009: Refleksion over læringsproces	81
5.1 Birgitte Ehlers, 56660: Refleksion over læringsproces	81
5.2 Christina Brinch Møller, 56662: Refleksion over læringsproces	81
5.3 Susan Krongaard Tanzer, 56663: Refleksion over læringsproces.....	81
5.4 Charlotte Berggreen Smidt, 56667: Refleksion over læringsproces.....	81

1.0 Indledning:

Den sociale ulighed stiger, og forskningen i sundhedsfremme viser behov for både nye forståelser af sundhed og nye tilgange i kampen mod ulighed i sundhed. De dominerende sundhedsfremmende initiativer i Danmark er forankret i biomedicinske og neoliberalistiske sundhedsforståelser, hvor individet pålægges en stigende grad af ansvar for egen sundhed. Sundhedsfremme er typisk knyttet til kommunale sundhedscentre, foreninger og andre kontekster, hvor målet med deltagelse er givet på forhånd. Interventionerne er, særligt i de kommunale sundhedscentre, bygget på individets eget ansvar for at forvalte egen sundhed, f.eks. i form af KRAM indsatser (Lehn-Christiansen et al., 2016). Sjældent oplever vi i mastergruppen, at sundhedsfremme har en kollektiv orientering, hvor de strukturelle rammer er sundhedsfremmende. I WHO's "Ottawa charter" (1986) omhandlende sundhedsfremme fremhæves det, at sundhed skabes og leves af mennesker i hverdagslivets arenaer og sociale sammenhænge. Vi er i mastergruppen optaget af fællesskaber og "the setting of everydaylife" (Lau, 2015), samt hvilken betydning, det har for sundhedsfremme og det gode liv i hverdagen.

Hverdagslivet er interessant, fordi det er det dagligt levede liv og "*det liv, vi lever, opretholder og fornyer, genskaber og omskaber hver dag*" (Bech-Jørgensen, 1994 s. 150). Ifølge Birthe Bech-Jørgensen er hverdagslivet styret af sociale forhold, som har en betydning for, hvorledes vi håndterer hverdagslivets betingelser.

Med afsæt i masterafhandlingen ønsker vi at træde ud af egne roller i det etablerede sundhedssystem og forstå og eksperimentere med sundhed i et mere frigørende erfarings- og sundhedsfremmeperspektiv. Idealet er, at borgeren opnår handlemuligheder og bliver i stand til at være "arkitekt i eget hus". Vi ønsker at fjerne fokus fra individualitet og KRAM-indsatser og i stedet fokusere på fællesskab og det gode hverdagsliv som et ideal, der understøtter menneskelig opblomstring (Høilund & Juul, 2015).

Sundhedsfremme og menneskelig opblomstring oplever vi som noget, der er og finder sted på INSP!. INSP! er en socialøkonomisk virksomhed i Roskilde, der har som formål at skabe et mødested på tværs af skel med visionen om, at liv skaber værdi, og liv er entreprenant, kreativt og socialt (INSP!.dk), hvorfor vores empiriske studie er oplagt at udforske her. Vi finder, at sundhedsfremme handler om det gode hverdagsliv, og vi er derfor nysgerrige på at undersøge, om det gode liv, set i et kritisk og anerkendende perspektiv, kan opnås gennem læring og deltagelse i sociale fællesskaber.

2.0 Procesbeskrivelse og gennemførelse af projekt:

Masterafhandlingen tager udgangspunkt i et etnografisk feltstudie på INSP! som kvalitativ forskningsstrategi og metode med udgangspunkt i kritisk teori. Afhandlingen bygger på empiri, der er indsamlet via interviews og etnografiske feltobservationer, og er forankret i to sideløbende processer, som undersøger på samfundsniveau og individniveau og på et metateoretisk og teoretisk niveau.

At arbejde med feltstudier giver os mulighed for at opnå mange forskellige former for viden og samtidig *mærke* og *opleve*, hvad der sker på INSP! Feltarbejdet benyttes som metode til at skaffe os viden om det, der foregår mellem mennesker og mellem mennesker og samfund (Hastrup, 2010). Afhandlingen har afsæt i et problemorienteret projektarbejde og handler om fællesskabers betydning for menneskers muligheder for at leve det gode hverdagsliv.

Et problemorienteret projektarbejde er kendetegnet ved, at der undersøges noget, som man ikke ved (Olsen et al., 2006). Vores fokus vil derfor i afhandlingen være på den *ikke-viden*, vi har opdaget, vi har. Fundamentet for vores arbejde er følgelig at fremkomme med en problemformulering, som gør gruppen i stand til at udpege huller i denne viden, der bruges som pejlemærke for relevante beslutninger, som gruppen tager gennem projektet. Vi vil gennem projektet orientere os mod at *finde, præcisere, analysere og løse problemstillinger*, som kan bidrage til mere lighed i sundhed, ved at fremme det gode hverdagsliv gennem deltagelse i fællesskaber, som kan være sundhedsfremmende.

Masterafhandlingen er en udløber af et forprojekt, som gruppen har arbejdet med på 3. semester. I den forbindelse var gruppens interesse at undersøge, hvordan kollektive tilgange til sundhedsfremme kan komme mere i spil i kommunernes sundhedsfremmestrategier frem for de mere traditionelle og individuelle KRAM-faktorer.

I afhandlingen lægger vi stor vægt på gruppens samarbejde og arbejdsproces, da vi i det problemorienterede projektarbejde finder processen som det væsentlige. Afhandlingens problemfelt er i fokus, hvilket betyder, at vi i gruppen interesserer os for den viden, der allerede eksisterer på området og benytter eksisterende viden til at præcisere og dokumentere problemstillingens relevans. Vi har i gruppen benyttet os af mind-map metoden i forhold til udvælgelse af teori og til brug for at systematisere analysedelen. Som oplæg til første møde med bibliotekar på RUC, drøftede vi relevant litteratur med afsæt i søgeord som socioøkonomisk virksomhed, fællesskabets betydning for det gode liv, andre projekter på INSP! og sundhedsfremme. Vi har læst fælles litteratur samt uddelegeret og selektivt udvalgt bøger og artikler, som herefter er fremskrevet i litteraturlisten så

alle medlemmer har haft mulighed for at sætte sig ind i det teoretiske og empiriske univers. Vi har i mastergruppen benyttet kædesøgning i forbindelse med indhentning af teori i databaserne RUC.REX og Bibliotek.dk, samt ladet os inspirere af vejleder og interviewpersoner. Herudover har gruppen gennem hele processen udarbejdet en procesdagbog (bilag 4), som redskab til at holde fokus på opgaver og deadlines. Vi har i gruppen prioriteret at aflægge en del besøg på INSP! og har deltaget i hverdagslivet på INSP! for at opleve stemningen. Vi har deltaget i folkekøkkenet, i træværkstedet, i storrummet og i lydstudiet som almindelig bruger, interviewet ledelse og brugere, og bare været til stede og talt med brugere og medarbejdere som en del af vores observationer.

Vi har justeret problemformuleringen løbende og adskillige gange. Særligt har vi i gruppen været udfordret på, hvor meget INSP! som sted skal fylde i vores afhandling, og INSP! har derfor været inde og ude af vores problemformulering flere gange. Fordi vi i mastergruppen ikke har et ønske om at evaluere INSP!, men mere ser stedet som inspirator for anderledes tænkning om sundhedsfremme, betyder det, at vi er endt med at inddrage INSP! i vores problemformulering som en setting, hvor vi indsamler vores empiri.

Problemformuleringen er en stadig tilbagevendende proces i projektarbejdet, og vi kan se, at problemformuleringen skærpes undervejs, som Olsen & Pedersen fremstiller det i bogen "Problemorienteret projektarbejde", hvor problemformuleringen beskrives som en proces, der gennemleves i faser: en *idefase*, en *eksplorativ og dokumenterende fase* og en *analysefase*, som ender ud i en *konklusionsfase* (Olsen & Pedersen, 2006).

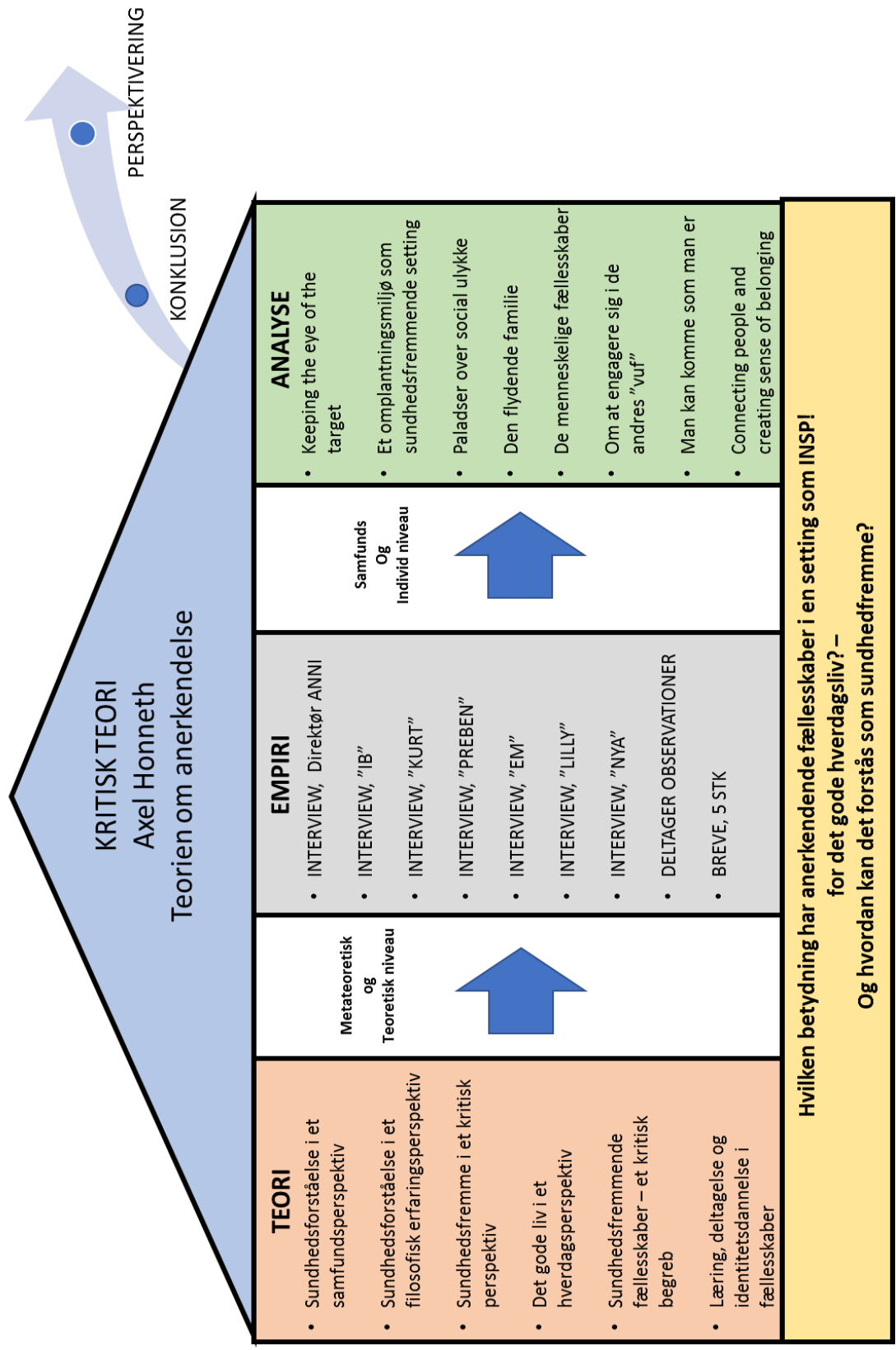
Arbejdet i gruppen er delt ud, så alle har opnået en oplevelse af ejerskab, hvor alle har bidraget i både det teoretiske, empiriske og analyserende arbejde. Arbejdsopgaver er ofte udført i par, så muligheden for tæt sparring har været til stede. Gruppen har en arbejdsdeling, men alt hvad der skrives, diskuteres på tværs og holdes op mod problemstilling og konklusion. Dette gøres ved, at medlemmer af gruppen udarbejder en tekst på skrift som forslag til drøftelse og diskussion på gruppens arbejds møder. Gruppen har benyttet sig af sparring med vejleder og opponenter som et vigtigt redskab til at komme igennem processen. Vi er opmærksomme på, at der fremkommer "blinde felter" hos os, såfremt viden ophøjes til en selvfølgelighed.

Gruppens dynamik har gennem afhandlingen været god og konstruktiv. Der har været mulighed for uenighed og respekt for forskellighed, samtidig med at den enkelte har kunnet udfolde sig inden for særlige interessefelter. De udfordringer, vi i gruppen er stødt på, er primært af logistisk karakter, da

et medlem i gruppen bor geografisk langt væk fra resten. Det har derfor været nødvendigt at være på forkant med planlægning i forhold til fysiske møder og vejledning. Vi har benyttet os af mailkorrespondance og har haft *google docs* som primært arbejdsredskab. En del møder har været afholdt via skype. Vi oplever i mastergruppen, at denne præmis har afstedkommet en god planlægning og en skærpelse af indhold og tid, som har været til gavn for os alle.

I følgende afsnit vil vores masterafhandling visualiseres i et projektdesign, som kan benyttes som læsevejledning og overblik over afhandlingens opbygning og indhold i forhold til valg af teori, empiri og analyse.

3.0 Projektdesign:



4.0 Problemfelt - i et kritisk samfundsperspektiv:

Uligheden i sundhed stiger, trods et mangeårigt politisk budskab om at reducere uligheden i den danske befolkning. Uligheden betyder, at der er mennesker i dag, som lever et liv, hvor ensomhed, social eksklusion fra fællesskaber og dårlig mental sundhed er en del af hverdagslivet (Dybbroe & Kappel, 2012).

At indgå i gode og inkluderende fællesskaber er et vigtigt element i forhold til at forebygge ensomhed og social ulighed og opnå det gode liv. Gode fællesskaber bygger på både en intern og ekstern solidaritet (Brinkmann, 2017) og har til hensigt at interessere sig for ethvert andet menneskes velvære og gøre fællesskabet mere åbent mod omverdenen frem for at lukke sig om sig selv. I den levede verden opfattes fællesskaber som en naturlig ting, som mennesker fødes ind i, men alligevel lykkes det næsten aldrig i praksis at skabe det inkluderende fællesskab. Vi er i mastergruppen af den opfattelse, at der altid vil opstå eksklusioner, magtstrukturer og hierarkier.

Siden WHO i midten af 1980'erne deklarerede "Sundhed for alle i år 2000", har skiftende regeringer, politiske partier og sundhedsinstitutioner haft et stærkt fokus på at udvikle nye strategier til at ændre den stigende ulighed i sundhed (Lehn-Christiansen et al., 2016).

I rapporten "Closing the Gap in a Generation" (2008) kan vi konkludere, at der ikke kun i Danmark, men i det meste af verden ses en stigende social ulighed i sundhed. Rapporten sætter en "tyk streg" under de sociale determinanternes indflydelse på sundhed og social retfærdighed og viser, at gabet i ulighed er til stede, ikke bare i Danmark men også i et internationalt og globalt perspektiv.

"And within countries, the differences in life changes are dramatic and are seen worldwide. The poorest of the poor have high levels of illness... In countries at all levels of income, health and illness follow a social gradient: the lower the socioeconomic position, the worse the health" (CSDH & Marmot, 2008, s. 8).

Sundhedsstyrelsen definerer social ulighed i sundhed ud fra, at sundhedsrisiko og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet (Sundhedsstyrelsen, 2015). Det vil sige, at jo dårligere socialt stillet den enkelte er, desto større sandsynlighed er der for sygelighed og tidlig død. Sundhedsstyrelsen inddeler forståelsen af den sociale ulighed i sundhed i *gradient* og *dikotomi*. På den ene side ses social ulighed i sundhed som en gradvis ulighed i den brede del af befolkningen, den såkaldte sociale gradient, hvor risiko for sygdom stiger i takt med, at den sociale position falder. På den anden side

er der for særligt udsatte og sårbare grupper syn for, at sygdom og sundhedsrisici er væsentlig højere end for andre befolkningsgrupper, betegnet som den sociale dikotomi. I Danmark ses, at uligheden i sundhed stiger, og at gabet både i forhold til den sociale gradient og dikotomien bliver større. Forskellen mellem rig og fattig øges betragteligt, og særligt sårbare mennesker ramt af ledighed, langtidssygdom, kort uddannelse m.m. oplever en kortere levetid og en væsentlig højere risiko for et liv med dårligere livskvalitet (Dybbroe & Kappel, 2012) (Lehn-Christiansen et al., 2016). I "Folkesundhedsrapporten Danmark" (2007) og Sundhedsstyrelsens rapport "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser" (2011) er det fremhævet, at determinanter, som f.eks. ledighed, langvarig sygdom, lav indkomst, ensomhed, og psykisk sårbarhed, er signifikante og har betydning for uligheden i sundhed (Diderichsen, 2011). Menneskers livsudsigter påvirkes af både genetisk og social arv og af de opvækstvilkår og betingelser, som gør sig gældende igennem livet. Den sociale ulighed er dermed den form for ulighed, der koster flest leveår og har størst effekt på menneskers selvvaluerede helbred (Diderichsen et al., 2008).

På trods af at forskning i sygdom og helbredsforhold peger på, at der er en sammenhæng mellem sundhed, social position og sygdom, som det står beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport "Ulighed i sundhed - årsager og indsatser", forklarer videnskaben ikke, hvorfor disse sammenhænge opstår (Lehn-Christiansen et al., 2016). Ifølge Lehn-Christiansen m.fl. er der i forskerkredse opstået en erkendelse af, at for at løse udfordringer med ulighed i sundhed er det nødvendigt, at der opnås en større viden om, hvordan mennesker håndterer sundhed og sygdom, og et behov for nye tilgange til at søge at forstå menneskers sociale adfærd og sammenhængende processer, der påvirker sundheden (Lehn-Christiansen et al., 2016).

Forskning peger på, at social klasse spiller ind i uligheden, hvor *ensomhed* bliver mere fremtrædende i forbindelse med sociale faktorer såsom lav socioøkonomisk status, dårligere samliv, uregelmæssig kontakt med familie og venner, få sociale rollemodeller og manglende deltagelse i frivillige organisationer og fællesskaber. I studier af unges mentale sundhed fremgår det, at lavt selvværd, omgivelsernes udelukkelse og isolation har stor betydning for udvikling af symptomer på psykisk mistrivsel og depression. Ensomhed blandt unge ses som en diffus social tilstand, som dels beror på indgåelse i fællesskaber og andre forhold omkring det at være ung (Dybbroe, 2016).

I de rige vestlige samfund, herunder Danmark, pågår der i disse år en stærk intensivering af sundhedsfremmende initiativer forankret i biomedicinske og neoliberalistiske sundhedsforståelser, hvor individet i stigende omfang bliver pålagt at overvåge, forvalte og tage ansvar for egen sundhed (Brinkmann, 2010).

I konkurrencestaten bliver sundhedspolitikken - at sikre borgernes sundhed og velfærd - en central del af social- og beskæftigelsespolitikken, da den sunde, driftige og innovative borger bliver nationens væsentlige aktiv.

Sundhedsdiskursen betyder, at nye skillelinjer mellem mennesker i samfundet opstår, hvilket ses i A- og B-hold, mellem forskellige matchgrupper, mellem de, der vil og kan arbejde, og de, der ikke vil eller kan, fordi de er for syge eller usunde. Endvidere ses, at den målrettede sundhedsindsats på individniveau har erstattet den mindre fokuserede sociale deltagelse og inklusion som socialpolitisk mål (Brinkmann, 2010).

Det moderne samfund opleves af mange som accelererende og uoverskueligt, hvilket har betydning for den mentale sundhed. Det kræves af individerne, at de er både autonome og fleksible, og samfundet ses på en gang som præget af to tendenser, der forstærker hinanden: På den ene side en tendens til at mennesker i stigende grad sygemeldes med stress og depression, hvilket er relateret til oplevelsen af "ikke at kunne følge med", og på den anden side tendensen til at patologisere alskens sider af menneskelivet. Men som talrige studier af systemernes udvikling viser, er det i realiteten oftere sociale, politiske og økonomiske faktorer end rent videnskabelige, der lægges til grund for, at nye diagnoser kommer ind og gamle går ud (Brinkmann, 2010).

I erkendelse af, at uligheden i sundhed fortsat stiger, finder vi det bekymrende, at det etablerede sundhedssystem ikke formår at udforske kollektivet, fællesskabet og fællesskabers betydning som supplement til de eksisterende strukturelle vilkår, der hindrer det gode liv.

Med et ønske om at undersøge anerkendende fællesskabers betydning for det gode hverdagsliv i en sundhedsfremmende kontekst fremsættes følgende problemformulering.

5.0 Problemformulering:

Hvilken betydning har anerkendende fællesskaber i en setting som INSP! for det gode hverdagsliv? Og hvordan kan det forstås som sundhedsfremme?

5.1 Begrebsafklaring af problemformulering:

I afsnittet om begrebsafklaring vil vi kort redegøre for, hvordan vi forstår og bruger de begreber, som vi anvender i problemformuleringen.

5.1.1 Anerkendende fællesskaber:

Begrebet fællesskab vil være gennemgående i afhandlingen, men der vil i nogle afsnit bruges sammensatte ord til at forklare fællesskaber i forskellige kontekster. Således vil ord som *praksisfællesskab*, *aktivitetsfællesskab*, *problemfællesskab* og *anerkendende fællesskaber* løbende fremgå.

Praksisfællesskab er et begreb af læringsteoretiker Etienne Wenger, som definerer fællesskab som et praksisfællesskab, hvori mennesker er aktivt forbundet, lærer af hinanden og er engageret med hinanden på mangfoldige, dynamiske og tværkontekstuelle måder (Wenger, 2004).

Aktivitetsfællesskaber og problemfællesskaber er begreber, som vi selv har sammensat med inspiration fra vores empiriindsamling, samt fra egen praksis.

Med aktivitetsfællesskaber menes fællesskaber, som opstår på tværs af interesser og aktiviteter, og ikke i det, vi definerer som et problemfællesskab, hvor mennesker sammensættes i grupper ud fra eksempelvis diagnoser og sociale problematikker.

Vi i mastergruppen opfatter anerkendende fællesskaber som fællesskaber, der styrker individets selvrespekt, selvtillid og selvværdsættelse, hvilket er væsentligt for udvikling af menneskers identitet og det gode liv. Vi oplever, at normer i fællesskaber kan være acceptable i ét fællesskab men uacceptable i andre fællesskaber.

5.1.2 Setting:

Vi forstår begrebet setting ud fra en arena-/setting baseret tilgang, hvor der tages udgangspunkt i en bredere humanistisk socialvidenskabelig forståelse af sundhedsfremme, som har til hensigt at integrere sundheden i kultur og hverdagsliv, der har betydning for borgerne (Lau et al., 2012). Vi er enige med Mark Dooris, som skriver:

“Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work and play and live” (Dooris, 2009, s. 278).

Tanken med settingtilgangen er, at strategier og initiativer bevæger sig fra individerne til deres omgivelser: "The setting of everydaylife" (Lau, 2015).

Settings kan defineres som steder, sociale miljøer og institutionelle kontekster, der findes i borgerens (nær-)miljø. En setting kan således udgøre en del af lokalsamfundet og være et geografisk afgrænset område, hvor borgeren har en tilknytning til og føler sig som en del af. Det være sig eksempelvis et boligområde, ungdomsmiljøer eller andre samlingspunkter for social interaktion (Lau & Dybbroe, 2012).

Settingstilgangen er et forsøg på at inddrage konteksters betydning for sundheden. Ifølge Dooris bør settingbaseret sundhedsfremme have fokus på en kollektiv orientering, hvor formålet er at udvikle sundhedsfremme med og af settingen (Dorris, 2009). Vi forstår ligesom Dorris, at for at udvikle sundhedsfremmende tiltag i kollektivet er det settingen, som skal være sundhedsfremmende, og som på sigt skal tilføre sundhedsfremmende forandringer (Dooris, 2009).

5.1.3 INSP!

INSP! er navnet på en socialøkonomisk virksomhed i Roskilde, som har til huse i den gamle slagteri-bygning fra 1923 og er placeret tæt på stationen i centrum af byen.

På Insp.dk angives, at INSP! handler om *"at skabe et mødested på tværs, hvor mangfoldighed og fællesskab anses som en styrke"* (Insp.dk). Vi ser INSP! som en sundhedsfremmende setting som har mulighed for at tilføre mennesker sundhedsfremmende forandringer.

INSP! er startet som borgernes idé med en vision om, at det, borgerne selv skaber i fællesskab, er værdifuldt og giver lokalsamfundet noget at leve af i fremtiden. INSP! har på nuværende tidspunkt 12 ansatte og ledes af direktør Anni Ehlers (herefter Anni).

Der færdes i gennemsnit 1.000 mennesker i huset på en uge. Det er børn, unge, voksne og ældre. Danske og udenlandske. Ledige, kunstnere, erhvervsfolk og embedsmænd. Frivillige og medlemmer i andre foreninger. Det er dette mix, som ifølge INSP! gør stedet unikt (Insp.dk).

INSP! stiller rum og plads til rådighed, som kan benyttes døgnet rundt på hverdage. Det er brugerne selv, som opstarter og skaber aktiviteter på stedet. På INSP! er det svært at definere, hvem der er brugere, og hvem der er frivillige. På mange måder er begreberne indvævet i hinanden, fordi brugere ofte også er frivillige og omvendt. På INSP! er det naturligt, at ting opstår og over tid faser

ud. Her kan ting vokse og dø, og intet holdes kunstigt i live. På den måde er der plads til ny energi og nyskabelse (bilag 2.2: 29.10.16).

På INSP! findes der ikke en vicevært, da alle brugere har ansvar for at holde huset kørende. Alle rum i huset må omdannes, nytænkes og kan ændres efter aktiviteternes behov.

INSP! bygger på en kultur med en vision om, at alle bydes velkomne, og INSP! sørger for, at der til dagligt er sociale værter til stede, som byder mennesker indenfor og hjælper den enkelte til at møde nye mennesker og blive en del af noget.

I øjeblikket er der aktiviteter i snedkerværkstedet, folkekøkkenet, ældremotion, lydstudie, mødeaktivitet fra erhvervslivet, spejlrums, digtoplæsning, barområde, jazzorkester m.m. (bilag 2.1: 03.10.16).

INSP! beskriver ikke sig selv som sat i verden for at løse bestemte problemer for bestemte mennesker, men at hvem som helst kan træde ind ad døren med sit eget formål (bilag 1.0: 05.10.16).

I øjeblikket har INSP! et samarbejde med Roskilde Kommune om at inkludere psykisk sårbare unge i almindelige fællesskaber, hvilket INSP! oplever at lykkes med ud fra en vision om, at INSP! er for alle. Ved at styrke den platform oplever INSP!, at de kan gøre noget bedre for de unge med psykisk sårbarhed ved at investere i det almindelige fællesskab og aktiviteter, der overhovedet ikke handler om sårbarhed, fordi der i kraft af deltagelse i fællesskabet og aktiviteter opnås en sideeffekt (bilag 1.0: 05.10.16).

INSP! bygger på en vision om, at INSP! findes, fordi det er *sjovt*, fordi det giver *mening* og gør en *forskel*. INSP! ser et samfund, der har brug for noget, der kan samle og integrere i stedet for at specialisere og skabe afstand. Det gælder både mellem mennesker og samfundets aktører.

INSP! beskriver:

“Hverdagen på INSP! byder med en masse eksempler på, at vi sammen gør en forskel. Vi ser børn og unge, der får prøvet det af, man ikke kan derhjemme, i skolen eller som finder et talent, de ikke selv havde opdaget. Ældre, der finder nye måder at blive gammel på. Vi ser nydanske kvinder i køkkenet, der kommer som utrygge, men flyver fra INSP! fulde af selvtillid, nye kompetencer og relationer. Ledige, der her kommer som mennesker og ikke bare ledige og får inspiration til at gå nye veje fx som iværksættere. Vi ser overskudsfamilier og -mennesker, der giver til fællesskabet i stedet for tid til fjernsynet... Der er mere liv i livet. Individuelt og kollektivt... men i hverdagen så er den største glæde at se, hvordan det faktisk er muligt at inspirere hinanden til at skabe gode liv for sig

selv og andre. Livskvalitet er et mål i sig selv, og en grundlæggende forudsætning for alt andet"

(Insp.dk)

5.1.4 Det gode hverdagsliv:

I WHO's "Ottawa Charter" omhandlende sundhedsfremme pointeres det, at sundhed skabes og leves af mennesker i hverdagslivets arenaer og sociale sammenhænge (WHO, 1986). Vi finder hverdagslivet interessant, da hverdagslivet er det liv, mennesket lever hver dag - et liv vi alle lever på forskellig vis og med forskellige værdier, og hvor sundhed og menneskers hverdagsliv både er tæt forbundet og er viklet ind i hinanden på komplekse og ofte svært gennemskuelige måder.

"I orienteringen mod hverdagsliv sættes sundhed ikke kun i relation til menneskers helbred og risikofaktorer, men til den livssammenhæng, som sundhed indgår i for mennesker" (Lau, 2015 s. 45).

Med udgangspunkt i sociologiske teorier om hverdagsliv ser vi det som givtigt at studere mennesker i deres naturlige omgivelser ud fra den antagelse, at hverdagen er bygget op omkring kommunikativ kompetence og samskabelse af fælles værdier.

5.1.5 Sundhedsfremme:

En beskrivelse af sundhedsfremme og sundhedsbegrebet afhænger af, hvilken videnskabsteoretisk position den ansues fra (Fredens et al., 2011).

Sundhedsfremme er for os et komplekst begreb, som vi forstår inden for den humanvidenskabelige og samfundsvidenskabelige tradition. Vi har fokus på, at sundhed handler om personlige ressourcer til at kunne klare livet. Den samfundsmæssige og sociale retning ser vi som muligheder for fokusering på kollektivet, strukturelle faktorer og livsomstændighederne i hverdagen. Sundhedsfremme tænker vi forankret i det enkelte menneskes måde at håndtere hverdagen på enten individuelt eller i fællesskaber, hvor opmærksomheden vendes væk fra sygdom.

Vi har et kritisk blik på samfundets syn på sundhed, hvis sundhed kun opfattes som fravær af sygdom. Vi kritiserer strukturelle barrierer for anerkendelse og magtforhold, som hindrer sundhed i at fremmes.

6.0 Metode:

I dette afsnit vil vi redegøre for vores overvejelser i forhold til valg af metode, design og indsamling af empiri. Indledningsvist vil vi præsentere vores valgte videnskabsteoretiske positionering og epistemologiske perspektiv og hermed vores tilgang til at afdække den ønskede viden.

Efterfølgende præsenteres og diskuteres den teoretiske del af undersøgelsen, herefter den empiriske del, indeholdende design og behandling af empiriske data. Fundene fra den teoretiske og empiriske undersøgelse vil blive analyseret i afsnittet analyse og diskussion, og i afsnit om diskussion af metode, som præsenteres sidst i afhandlingen, vil design og metodiske udfordringer blive drøftet.

6.1 Undersøgelsens forståelsesramme og videnskabsteoretiske positionering:

I vores masterafhandling vil vi anlægge en grundlæggende kritisk tilgang til det etablerede sundhedssystem, der med New Public Management (NPM) og en individorienteret tilgang afføder strategier, hvor den enkelte borger i samfundet forventes *selv* at tage ansvar for egen sundhed og sygdom. Vi er således videnskabsteoretisk inspireret af kritisk teori, der netop har til formål at forholde sig kritisk overfor de samfundsforhold, der undersøges (Juul, 2012).

Kritisk teori har sin baggrund i 1920'erne i Institut für Sozialforschung beliggende i Frankfurt, derfor benævnes det Frankfurterskolen. Marxismen og historiske analyser af arbejderbevægelsen, socialismen og økonomiske forhold prægede i starten den kritiske teori. Der sker et paradigmeskifte, da det, der kaldes tredje generation bestående af Axel Honneth og Jürgen Habermas, videreudvikler den kritiske teori (Juul, 2012). Honneth er Jürgen Habermas efterfølger på Johann Wolfgang Goethe Universitet i Frankfurt og anses i dag for den ledende tredje-generationsteoretiker (Honneth, 2015). Honneth præsenterer sin anerkendelsesteori, hvor mennesket ses som et anerkendelsessøgende væsen. Her beskriver han bl.a. ideen om, at det gode liv må være formel nok til ikke at krænke pluraliteten af forskellige livsformer, men at den også bør være i stand til at tilbyde noget mere end en traditionel retfærdighedsteori (Ibid.). På den måde adskiller han sig fra Habermas, der er mere interesseret i at begrunde betingelserne for en retfærdig og politisk samfundsorden. Honneth er således mere optaget af at bestemme de konstituerede betingelser for individets selvrealisering. Honneths normative socialfilosofiske kriterium er således etisk og ikke moralsk som hos Habermas og bliver på den måde ikke en "retfærdighedsteori" (Honneth, 2015).

Vi er i masterafhandlingen primært inspireret af Honneth og finder, at Honneths betragtninger om anerkendelse og det gode liv kan relateres til hverdagen og vores arbejde med fællesskaber og sundhedsfremme.

Med en kritisk tilgang arbejder vi med et normativt udgangspunkt, der vil fungere som en standard for vores kritiske analyse (Juul, 2012). For Marx var det tilstrækkeligt at forklare og kritisere samfundsforhold, men for nyere kritiske teoretikere som Habermas og Honneth må kritikken suppleres med normative alternativer (Fuglsang, 2007), som vi i vores afhandling arbejder ud fra. Nærmere bestemt som et ideal, hvor sundhed og trivsel opstår mellem mennesker i sociale fællesskaber gennem handling og interaktion i sociale og lærende sammenhænge. Det normative ideal holdes således op for den faktiske udvikling i samfundet som et kritisk spejl (Juul, 2012).

Kritisk teoris epistemologiske udgangspunkt har et frigørende sigte. Den skal udover at beskrive og forklare samfundsforhold også kritisere udviklingstræk og fastlåste magtforhold, der står i vejen for menneskelig udvikling (Juul, 2012). Den skal fremdrage viden, der giver øget lighed og bedre livsbetingelser for de svageste stillede i samfundet (Fuglsang, 2007). Dermed skal kritisk teori identificere og dokumentere barrierer for humanisering, hvorved forstås:

“Samfundsmæssige forhold der indskrænker individers muligheder for et godt og menneskeværdigt liv, hvor individer kan indgå i sociale fællesskaber og kan udfolde sig som myndige, ansvarlige og bevidste handlende” (Fuglsang, 2007 s.122).

Den kritiske teoris erkendelsesinteresse er således at belyse ulighedsskabende mekanismer og resourcesvages forhold, samt at identificere barrierer for humanisering (Fuglsang, 2007).

6.1.1 Honneths teori om anerkendelse:

Ifølge Honneth er anerkendelse en forudsætning for udvikling af en personlig identitet. Ved fravær af anerkendelse vil individet miste det positive forhold til sig selv, hvilket kan få fatale følger.

“Fordi erfaringen af den sociale anerkendelse udgør en betingelse, hvorpå menneskenes identitetsudvikling som helhed beror, ledsages dens udeblivelse, altså foragten, nødvendigvis af en følelse af et truende personlighedstab” (Honneth, 2015, s. 38).

Honneth skelner mellem tre former for anerkendelse, der forekommer i forskellige anerkendelsessfærer. De er indbyrdes afhængige af hinanden, og tilsammen danner de forudsætningen for individets dynamiske udvikling og tilbliven, hvilket Honneth anser som en forudsætning for en vellykket identitetsdannelse.

“Kærligheden, retten og værdsættelsen etablerer samlet set de sociale betingelser for, at det menneskelige subjekt kan få et positivt forhold til sig selv” (Honneth, 2006 s. 217).

Honneths teori om anerkendelse er inddelt i tre anerkendelsessfærer:

Den private sfære, også kaldet den emotionelle anerkendelsessfære, handler om *“alle primærrelationer, der består af stærke, følelsesmæssige bånd mellem få personer”* (Honneth, 2006 s. 130). Det være sig den kærlighed og omsorg, der skabes i familien eller med nære venner, og som giver mennesket en følelsesmæssig anerkendelse, som er helt grundlæggende for, at mennesker kan udvikle sig og få selvtillid.

“Selv om kærligheden således altid vil indeholde et element af moralsk partikularisme, havde Hegel alligevel ret i at opfatte den som den strukturelle kerne i al sædelighed. Det nødvendige grundlag for autonomt at kunne deltage i det offentlige liv er nemlig den basale individuelle selvtillid” (Honneth, 2006 s. 146).

Selvtilliden er en vigtig faktor for mennesket i forhold til at kunne indgå i det offentlige rum og liv. Den emotionelle anerkendelse udgøres af kærlighed og venskab og er med til at skabe selvtilliden og gøre mennesket i stand til at udtrykke sig selv som en, der kan tage del i et fællesskab (Honneth, 2015).

Den emotionelle anerkendelse baserer sig på “den konkrete anden” som f.eks. mor, far eller venner og udgør en symmetrisk relation som forudsætning for den fundamentale selvtillid.

Den retslige anerkendelse, som viser sig gennem anerkendelse som et gyldigt medlem af samfundet med rettigheder, er forudsætningen for følelsen af selvrespekt (Honneth, 2015).

“At være indehaver af universelle rettigheder og dermed af selvrespekt betyder at være bevidst om sig selv som en moralsk kapabel person, der er i stand til at indgå i en offentlig drøftelse” (Honneth, 2015 s. 16)

Den retslige sfære gælder altså de universelle rettigheder, og hvis disse universelle rettigheder bliver krænket, ødelægges det pågældende menneskes selvrespekt (Honneth, 2006).

Den solidariske sfære, også kaldet den sociale værdsættelse, sker ved relationen til “solidariske rum”, som en gruppe, et fællesskab eller samfundet, hvor menneskets deltagelse i fællesskabet bliver anerkendt. Det være sig anerkendelse af eksempelvis det enkelte menneskes egenskaber, værdier og handlemåder i fællesskaber eller i det sociale liv.

Erfaringer af social værdsættelse bliver ledsaget af en følelsesmæssig tillid til, at man kan præstere noget eller skabe sig egenskaber som andre samfundsborgere finder værdifulde. Denne anerkendelse beskriver Honneth som selvværd for det enkelte menneske (Honneth, 2006).

Mennesket værdsættes i fællesskabet pga. dets egenart og må forholde sig til sig selv og dermed værdsætte sig selv som gyldigt medlem af et fællesskab.

“Det er igennem fællesskabet, at subjektet i samhørighed med andre dels indgår i et fællesskab, hvor det kan genkende sig selv, dels bliver anerkendt for sin egen unikke partikularitet - som særegent individ” (Honneth, 2015 s. 16).

Forudsætningen for det gode liv og en vellykket udvikling af menneskers identitet er, at der sker en anerkendelse på alle tre områder.

“Chancerne for selvtillid, selvrespekt og selvværdsættelse beror således på henholdsvis kærlighedserfaringen, den retslige anerkendelse og erfaringen af solidaritet” (Honneth, 2006 s. 223).

Ifølge Honneth er der ved de tre anerkendelsesformer en normativ ide om det gode liv, men det er samtidig vigtigt at være bevidst om, at der for hver enkel anerkendelsesform også er tilsvarende krænkelse.

“Individet kan ikke alene miste sit positive forhold til sig selv ved manglende eller tilbageholdt anerkendelse, men også ved en række korresponderende krænkelse. Hvor anerkendelsesformerne udgør en normativ ide om det gode liv, er de korresponderende krænkelsesformer udgangspunktet for at forstå motivet for eller grunden til kampen for anerkendelse” (Honneth, 2015 s. 18).

For at kunne tale om krænkelse skal der være noget, som påvirker identiteten.

“Enhver moralsk krænkelse udgør da en akt, der beskadiger personligheden, fordi den ødelægger en væsentlig forudsætning for den individuelle handlingsdygtighed” (Honneth, 2015 s. 85).

Der foregår altså ikke blot en krænkelse, men faktisk en magtudøvelse fra den, der udfører krænkelsen.

Krænke af den første anerkendelsesform - den private sfære - sker ved voldtægt, overgreb, mishandling og tortur. En krænkelse i den private sfære er den mest ødelæggende form for disrespect, da menneskets fysiske integritet og selvtillid skades. Kroplige krænkelse har den konsekvens, at mennesket *“kombineret med en social skamfølelse mister tilliden til sig selv og verden, hvilket påvirker ethvert praktisk samkvem med andre mennesker” (Honneth, 2006 s. 177).*

Mennesket mister tro på sig selv, tillid til andre og får sværere ved at knytte sig til andre mennesker.

Krænke af den anden anerkendelsesform - den retslige sfære - består i fratagelse af rettigheder, hvor mennesket ikke bliver anerkendt af samfundet som en ligeværdig samfundsborger.

“At blive nægtet socialt gældende retskrav er ensbetydende med en krænkelse af ens intersubjektivt nærende tillid til, at man er anerkendt som et subjekt med moralsk dømmekraft” (Honneth, 2006 s. 178).

At samfundet krænker menneskets rettigheder eller måske endda ekskluderer mennesket fra samfundet, må siges at være en magtudøvelse, hvor den manglende anerkendelse af en samfundsborger tilmed påvirker menneskets sociale integration.

Krænkelse af den tredje anerkendelsesform - den solidariske sfære - omhandler nedværdigelsen eller ydmygelsen af menneskets levemåde eller virkelighedsopfattelse.

“Nedvurderingen af bestemte selvrealiseringsformer medfører for de pågældende personer, at de ikke kan sætte deres måde at leve på i forbindelse med noget, der inden for fællesskabet har en positiv betydning” (Honneth, 2006 s. 179).

Denne krænkelse af mennesket eller gruppen påvirker selvværdet. Oplevelsen for den enkelte vil derfor være en følelse af ikke at blive accepteret og anerkendt for at være den person man er, hvilket vil skade den enkeltes selvværdsættelse.

6.2 Den teoretiske del af undersøgelsen:

Da vi arbejder kritisk teoretisk er vi bevidste om, at vi ikke kan arbejde videnskabeligt udelukkende ud fra vores empiri og hverdagsviden. Derfor spiller teorien en væsentlig rolle i forhold til at opnå større indsigt og forståelse for vores problemfelt. Teori anser vi som en forklaring på et fænomen eller et område af virkeligheden. Vi har i vores forskningsproces haft nogle antagelser i forhold til, hvilke begreber og hvilken teori, der kan bruges til at tematisere vores problemfelt. Det teoretiske begrebsapparat vil danne grundlag for strukturering af vores forskningsproces, der er dog ikke tale om at vores teori skal afprøves deduktivt (Fuglsang, 2007). Vi ønsker at anvende teorien i et vekselforhold med den indsamlede empiri, og derved vil begreberne tematisere forskningsprocessen uden at være definitive (Fuglsang, 2007).

For os handler sundhedsfremme om det gode hverdagsliv og deltagelse i fællesskaber, og idét der findes en række forskellige måder at forstå sundhed og sundhedsfremme på, finder vi det relevant at arbejde med og udforske disse begreber.

Læringsteoretiker Etienne Wenger trækker vi ind som forståelsesramme for social læring i fællesskaber. Wenger beskriver bl.a. hvordan hverdagens samspilssituationer påvirker læring. Teorien omhandler ikke direkte sundhed eller sundhedsfremme, men vi ser, at der er flere elementer som

knytter sig til både sundhed og empowerment, og derfor kan Wengers teori om praksisfællesskaber bruges i sundhedsfeltet.

Vi inddrager filosofiske perspektiver og antagelser ud fra Axel Honneth, Uffe Juul Jensen, Hannah Arendt og Seyla Benhabib, fordi filosofien bidrager med refleksioner på et metateoretisk niveau, som både i forhold til analyse og diskussion af resultater er værdifulde, da filosofien beskriver menneskets grundbetingelser. Kritisk teori ønsker at realisere et samfund, som i modsætning til et økonomisk-rationelt samfund er fornuftigt i den forstand, at økonomien underordnes individernes behov og ikke omvendt (Juul, 2012). Da samfundet ifølge Uffe Juul Jensen endnu ikke er realiseret som "fornuftigt", er det ikke kun den kritiske teori, som står over for det bestående, det er også den fornuftige filosofi (Juul, 2012). Kritisk teori anerkender dermed, at der i filosofien fremkommer en indsigt i værdier, som er vigtigere end de samfundsmæssigt betingede, og kritisk teori er derfor interesseret i de filosofiske begrebers sandhedsindhold.

Da filosofien bibringer forståelse af menneskers forskellige virkelighedsopfattelser og grundbetingelser for menneskers viden og måder at handle på, ser vi det filosofiske perspektiv som en vigtig aktør i forhold til at forstå det gode liv.

Masterafhandlingen er forankret i nyere kritisk teori ud fra Honneth om anerkendelsens betydning for menneskers identitet som et ideal. Vi har også inddraget teorier om sundhedsforståelser med afsæt i Ditte Froms og Lene Ottos ph.d.-afhandlinger, og Wenger og Laves teorier om praksisfællesskaber, som ikke tager udgangspunkt i kritiske teori, men i et socialkonstruktivistisk vidensparadigme. Dette vælger vi, fordi undersøgelserne kan bidrage til større indsigt i sundhedsforståelser i samfundet og fællesskabets betydning for identitetsdannelse.

Kritisk teori anfægter en særlig form for samfundskritik. Hvis samfundsvidenskaben skal kunne begrunde en kritik af forhold, som står i vejen for menneskets gode liv i fællesskabet, nødvendiggør det et begreb om en menneskelig frigørelses interesse (Juul, 2012). Masterafhandlingen har til formål at identificere og kritisere strukturelle barrierer for anerkendelse, fremfor hvordan sandheden konstrueres og skabes.

6.3 Den empiriske del af undersøgelsen:

Empirien tager sit afsæt i deltagerobservationer, breve fra fem personer samt seks interviews, som hver især bidrager med deres bud på, hvad fællesskab og det gode liv er for dem, og hvilken betydning INSP! har haft i den sammenhæng.

Besvarelserne fra brevskriverne og deltagerobservationer i feltet danner baggrund for løst semistrukturerede, kvalitative interviews med tilfældigt udvalgte informanter på INSP! Vi vil tage udgangspunkt i informanternes personlige narrativ og deres syn på fællesskabets betydning og det gode hverdagsliv. Breve vil skabe mulighed for den personlige eksemplariske fortælling om erfaringer med fællesskabets betydning i et hverdagsperspektiv.

Der er lavet interviews med seks personer på forskellige dage og tidspunkter over en uge. Hensigten er at møde så forskellige informanter som muligt. Vi har anvendt åbne spørgsmål med henblik på at uddybe de informationer, vi har fået via brevene, og dermed brugt dem som afsæt for de løst strukturerede interviews med interviewpersonerne. De semistrukturerede interviews udføres i tilknytning til en løst struktureret interviewguide, der fokuserer på bestemte udvalgte emner, som også danner baggrund for brevbesvarelserne (bilag 3.1). På trods af de valgte temaer har vi haft en åbenhed overfor ændringer af spørgsmålenes rækkefølge og form, således at vi har haft mulighed for at forfølge de svar, informanterne giver.

Alle interviews er efterfølgende transskriberede. Den fulde transskribering anser vi som værdifuld, både fordi vi er så mange i gruppen, der skal kende til interviewene, og fordi vi under gennemlysningerne allerede etablerer en forståelse for mulige tematiske områder til vores senere analyse.

Vi har valgt at supplere breve og interviews med et etnografisk feltstudie, hvorfor vi flere gange har besøgt INSP! og deltaget i rundvisninger, værksteder, folkekøkken, lavet interviews m.v.

Vi anser brugerne på INSP! som kompetente og vidende og finder det væsentligt at inddrage deres kompetencer og viden om egne livssammenhænge i vores forskning.

6.4 Udvalgelse af informanter:

Besvarelserne fra brevskriverne danner baggrund for løst semistrukturerede, kvalitative interviews med tilfældigt udvalgte informanter på INSP!

Udvalgelsen af informanter er sket i samarbejde med Anni Ehlers (Direktør på INSP!) som gatekeeper, og vi har valgt at benytte os af "sneboldeffekten":

Formålet er at *"identificere relevante interviewpersoner gennem andre personer, der har kendskab til informationsrige informanter inden for det område man studerer"* (Christensen et al., 2013 s. 72).

Vi har således anmodet de udvalgte "brevskrivere" om at pege på andre relevante informanter i vores undersøgelse, som vi efterfølgende har interviewet. Inspirationen til brevsvarene er opstået

af et spontant brev til INSP! sendt fra Sofie (se forord), som er tidligere bruger af INSP! Brevet inspirerede os til at undersøge INSP! som en sundhedsfremmende setting.

Alle vores informanter er anonymiserede i det transskriberede materiale. Dog omtales Anni Ehlers og Sofie med deres rigtige navne. På grund af afhandlingens begrænsede omfang har vi valgt at interviewe fem personer, og derudover dukkede en ekstra informant op med kommentarer under interviewet med Preben og blev således en ekstra informant.

I udvælgelsen af informanter til såvel breve som interviews har vi lagt vægt på at nå et bredt udsnit af borgere på INSP!, hvilket er lykkedes. Der er således tale om mennesker med forskellig alder og køn og med forskellig uddannelsesmæssig og social baggrund. Vi søger dermed at finde vores empiri i et bredt spektrum af fællesskaber.

6.5 Overvejelser om deltagerobservationer:

Gruppen har i fællesskab og individuelt deltaget i og observeret en række aktiviteter på INSP! Vi har sat os selv i spil som forskere og placeret os "som én blandt de andre i det fællesskab, der studeres" (Vallgård, 2013). Vores etnografiske arbejde er med til at understøtte og kvalificere vores interviews og kan give os informationer, som ikke nævnes af vores informanter, fordi det måske bliver taget for givet. *"Deltagerobservation giver mulighed for at erfare informanternes hverdag på egen krop og at afdække det sociale livs taget-for-givethed"* (Vallgård, 2013).

Vi har undervejs i forløbet indsamlet empiri og udarbejdet deltagerobservationer (bilag 2.0 til 2.6) til senere brug i vores analysearbejde. Observationer er indgået i arbejdet med at finde analytiske pointer.

Som deltagende observatører har vi iagttaget, hvad der foregår på INSP!, mærket stemninger og deltaget i aktiviteter.

"Deltagerobservation er således den metodiske strategi, antropologien benytter for at tage del i, erfare, observere og systematisk registrere menneskers sociale liv på dette livs præmisser og altså i sammenhænge, der ikke er struktureret af forskeren, men selvfølgelig bliver påvirket af forskerens tilstedeværelse" (Vallgård 2013, s. 101).

Vi er bevidste om, at feltarbejde og observationer påvirker både de mennesker, vi iagttager, og os selv som forskere. Dette har en betydning for vores undersøgelse og den viden, vi producerer, og

det kræver, at vi synliggør vores valg og de vilkår, der har indflydelse på vores empiriske materiale og slutteligt på vores vidensprodukt. Disse valg og vilkår vil vi komme nærmere ind på i vores metodediskussion efter analysen.

6.6 Ethiske overvejelser:

Idet vi primært har observeret fællesskaber og større grupper, har det i store træk været muligt for os at "falde ind i mængden". På den måde har vi ikke præsenteret os som forskere og har derfor ikke haft nære relationer til de udforskede, som ellers ofte er tilfældet i etnografisk arbejde (Vallgård, 2013). Når vi eksempelvis har deltaget i folkekøkkenet, har vi siddet mellem 50 mennesker og iagttaget stemninger og fællesskaber i interaktion med alle de øvrige brugere. De informanter, vi har været i direkte kontakt med, har vi orienteret om vores formål, ligesom vi har anonymiseret deres data i vores videre proces. Anni Ehlers og Sofie har givet skriftligt samtykke til, at vi må bruge deres navne i afhandlingen.

7.0 Teori og overordnede teoretiske perspektiver:

I de følgende afsnit fremstilles teori på et samfunds- og et individniveau i to lag; et teoretisk og et filosofisk teoriniveau. Teorien skaber sammen med indsamlet empiri på INSP! en bred teoretisk og filosofisk forståelse i en samfundskritisk referenceramme. Senere diskuteres teorien i en analyse, og pointerne sammenfattes i en konklusion med det sigte at få svar på problemformuleringen.

Teorierne omhandler sundhedsforståelser i et samfunds- og erfaringsperspektiv, der sammenholdt med beskrivelse af sundhedsfremme som begreb teoretiserer de betydninger, som forståelser af sundhedsfremme og sundhedsforståelser har for forskellige opfattelser af sundhed i samfundet på makroniveau, og de valg som træffes i sundhedsfeltet på et meso- og mikroniveau.

Teorier om det gode hverdagsliv, fællesskaber og læring indtænkes i en bredere humanistisk og socialvidenskabelig ramme, som sammenholdt med en filosofisk metateoretisk betragtning af anerkendelse og krænkelser beskriver menneskers grundbetingelser. Det at komme tæt på det enkelte menneskes integritet kan give en forståelse af, hvilken betydning det gode hverdagsliv har for borgere i en sundhedsfremmende kontekst, og hvordan det gode hverdagsliv kommer til udtryk hos den enkelte samt vise de strukturelle barrierer, som hindrer det gode liv.

7.1 Sundhedsforståelse - i et samfundsperspektiv:

I 1948 skelnede WHO ikke mellem sundhed og livskvalitet, da Verdensorganisationen definerede sundhed som en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære. Livskvaliteten anses derfor i dag som graden af, hvor spændende, nyttigt, aktivt og "rigt" liv man har - og hvor tilfreds man er med sit liv i hverdagen. Sundhed er dermed en ressource for livskvalitet, både i omverdenen og hos den enkelte (Kamper-Jørgensen, 2005).

I Danmark er der tradition for at opfatte sundhedsområdet som de velfærdstilbud, der er tilknyttet sundhedsvæsenet. Det er tilbud, som har kerneområde inden for behandling og lægefaglig tradition. Til dette felt er der kommet et stigende fokus på forebyggelse af traditionelle livsstilssygdomme, som kan "kureres" med sundhedsoplysninger og forebyggelse med KRAM-strategier, hvor der i de senere år også ses en øget opmærksomhed på mental sundhed i forhold til stress, ensomhed og psykiske lidelser som en del af det offentlige sundhedsområde (Vallgård, 2009a). Det er dette felt, som traditionelt opfattes som et sundhedsfelt, og som med afsæt i samfundslivet generelt ikke bør sættes op mod et ideal i relation til den enkeltes helbred og risiko for sygdom alene, men forankres i den livssammenhæng og livskvalitet, som sundhed er en del af for os alle (From & Kristensen, 2012).

Dorte Gannicks sociologiske situationelle sygdomsbegreb peger som et eksempel på kulturelt indlejrede forståelser af sundhed og sygdom som vigtige, hvor sundhed og sygdom antages at være et a priori-forhold, som får forskellige udviklingsmuligheder ud fra den sociale sammenhæng, hvori mennesker indgår. Gannicks sygdomsbegreb hviler på et situationelt perspektiv, hvori menneskers handlinger, såvel som den samfundsmæssige handlingssammenhæng, de indgår i, ses som afgørende (Gannick, 2005). Ud fra Gannicks situerede sygdoms- og sundhedsbegreb er sygdomstilstande med til at præge menneskers sociale mønstre, hvor sociale livsmønstre, orienteringer og hverdagsliv som helhed helt indvæves i sundheds- og sygdomstilstanden (Gannick, 2005).

En sundhedsforståelse, hvor hverdagslivet og levede erfaringer er betydningsfulde, er en modsætning til dikotomiske antagelser om sygdom og sundhed, hvor helbred og livskvalitet ofte sættes op mod hinanden. Ifølge Lene Otto er denne opdeling uhensigtsmæssig, da de to forhold ikke kan skilles ad, men bør anskues i en sammenhæng (Otto, 2009).

I dag er den almene forståelse i samfundet, at sygdom og sundhed bør vurderes ud fra en helhedsforståelse med fokus på en mere holistisk og bred forståelse af sundhed, hvor mental sundhed og udvikling af handlekompetencer, livskvalitet og selvstændighed er centrale værdier (From & Kristensen, 2012). Alligevel opleves der fortsat kampe om definitioner og forståelser af sygdom, forebyggelse, sundhed og sundhedsfremme, som ikke er nye. Da sundhedsfremme i dag tænkes ind i andre sammenhænge end det traditionelle sundhedsfelt, hvor velfærdsopgaver i mange institutioner løftes op, er brede og ikke kun gælder behandlingsindsatser til borgeren, er der ifølge From og Kristensen et behov for at tænke i bredere sundhedsforståelser, end der tænkes i den traditionelle sundhedstænkning (From & Kristensen, 2012).

From beskriver to overordnede sundhedsopfattelser i den eksisterende verden: den biomedicinske og den brede, åbne og positive sundhedsforståelse (From, 2012). Ifølge From er sundhedsopfattelser ikke nødvendigvis hinandens modsætninger og kan heller ikke anses for at kunne stå alene. Biomedicinske sundhedsforståelser fører ofte til individuelle strukturelle tiltag, fordi dette syn på sundhed fokuserer på at undgå sygdom som det vigtige og har til hensigt at rette op på det enkelte individs kropslige forhold, hvorimod de åbne og brede sundhedsforståelser anskuer sundhed ud fra, at herskende livsbetingelser er afgørende for menneskets livsmuligheder, frem for faste traditionelle sundhedsdefinitioner (From, 2012).

Virkeligheden viser, at mange mennesker og befolkningsgrupper er ekskluderet fra at kunne fremme egen sundhed, da de ikke har adgang til det fællesskab, som er nødvendigt for at påvirke egen sundhed og trivsel i en positiv retning (Dybbroe & Kappel, 2012). Glasdam beskriver som eksempel, at der foregår eksklusion af mennesker, som ikke opfylder den moderne vestlige tankegang om "synet på kroppen". I den syge og sunde krop er der ifølge Glasdam placeret et personligt ansvar for sundhed, som i samfundet opfattes ud fra, om den enkelte er en "god" og fornuftig borger (Glasdam, 2009). Følger den enkelte ikke de sundhedsmæssige og samfundsbestemte normer, har vedkommende en risiko for, at egne vaner opfattes i det omkringliggende samfund som irrationelle og som aktiviteter, der truer den enkeltes helbred. Ifølge Glasdam kan irrationelle vaner opfattes som antisociale aktiviteter, hvor afvigere har risiko for at blive genstand for stigmatisering og dermed udelukkelse fra fællesskabet (Glasdam, 2009).

Opfattelse af sundhed og “den sunde krop” som ideal skifter over tid og i forskellige kulturer og livsformer (Otto, 2009) og er dermed foranderlig. Jo større viden om sundhed, desto flere forhold anerkendes som betydningsfulde for befolkningens sundhed, og sundhedsbegrebet bliver ifølge Otto på den måde væsentligt bredere over tid.

Da sundhed ikke er en fast uforanderlig ting, men et åbent og foranderligt begreb, kan det bruges i alle forhold i livet, enten som noget, der forebygger sygdom, eller som noget, der giver livet kvalitet (From, 2012) (Otto, 2009).

Med afsæt i en biomedicinsk forståelse omhandler sundhedsforståelse de rutiner og bestræbelser, der forebygger, og man kan ud fra dette synspunkt anskue sundhed som et middel til at undgå sygdom. Modsat har vi den brede sundhedsforståelse, hvor det at *opleve velvære og være lykkelig* er mest fremtrædende. Her kan sundhed ifølge Otto ophøjes til tilværelsens mest betydningsfulde og centrale værdi, hvormed sundhed bliver et mål i sig selv (Otto, 2009).

7.1.1 Sundhedsforståelse i et filosofisk erfaringsperspektiv:

Sundhedsforståelser, som er forankret i hverdagslivet i et filosofisk erfaringsperspektiv, beskriver at menneskers sundhed og hverdagsliv er flettet ind i hinanden på ofte svære og uigennemskuelige måder (Juul Jensen, 2006) og tager udgangspunkt i menneskelig erfaring frem for et samfundsperspektiv. Når sundhedsfremmende processer analyseres og implementeres, er der ifølge filosof Uffe Juul Jensen risiko for, at der lægges en udefrakommende form for viden og teori ned over en praksis, som kan kolonisere og dominere i forhold til de erfaringer, sprogliggørelse og forståelser, som er udviklet i den praksis, som undersøges (Juul Jensen, 2006). Det kan ifølge Juul Jensen betyde, at erfaringer ikke kommer til at udvikles, men vil stå stejlt over for den eksterne teori. For Juul Jensen er det vigtigt, at individer og grupper selv kan have indflydelse på at skabe teorier om sundhed og sundhedsfremme, som vedrører dem selv (Juul Jensen, 2006). Sundhedsforståelser er noget, som udvikles i menneskets historie og er kulturelt, samt har nogle kernebetydninger, som kalder på en bred sundhedsopfattelse, heriblandt at sundhed handler om kvaliteter ved menneskelivet og bygger på erfaringer og livssammenhænge, som ikke er fast forankret, men forandres gennem livet ved de erfaringer, vi gør os, og når livet leves (Juul Jensen, 2006).

Juul Jensen skriver:

“Men det er muligt at tale om, forstå og håndtere sygdom som en integreret del af menneskers liv og livsførelse, som levede erfaringer, samtidig med at vi søger at udvikle og anvende midler til at intervenere over for de biologiske processer som er på spil ved menneskelig lidelse. En videnskabelig tilgang til sygdom og sundhed må omfatte begge perspektiver” (Juul Jensen, 2006, s. 7-8).

Juul Jensen skriver endvidere:

“Sygdom som menneskelig erfaring er sandsynligvis udtryk for det ældste af alle sygdomsbegreber” (Juul Jensen, 2006, s. 9).

Juul Jensen taler sig væk fra dikotomiseringer om sygdom og sundhed, men er på den anden side heller ikke enig i, at der kan opnås enighed om kernen i sundhedsbegrebet. Ifølge Juul Jensen vil der fortsat være et diskuterende perspektiv på sundhed, som Juul Jensen ser som en betingelse i forskningsfeltet om sygdom og sundhed.

Juul Jensen skriver:

“Der er imidlertid ingen grund til at tro, at filosofien eller nogen anden disciplin vil kunne nå frem til en sidste sandhed om, hvad sygdom eller sundhed i virkeligheden er” (Juul Jensen, 2010, s.116).

Ifølge Juul Jensen har ingen patent på sandheden om sundhed, og i stedet for at skulle opnå enighed om begreber som sundhed, mål og midler, kan der ifølge Juul Jensen med begrebet “sundhed som erfaring” nemmere sættes en ramme, hvori forskellige sundhedsperspektiver har en rolle at spille (Juul Jensen, 2006). Erfaringsperspektivet beskriver, at sygdom og sundhed er bundet til menneskelig aktivitet og praksis. En forståelse som denne kendetegnes som det positive sundhedsbegreb, da det prøver at løsrive sundhedsforståelsen fra den medicinske tilgang. En antagelse i dette perspektiv kan ifølge Land m.fl. betyde, at et menneske på samme tid både kan være syg og sund, såfremt vedkommende har et psykisk og socialt beredskab til at leve det “gode” liv (Land et al. 2010). Juul Jensen kritiserer definitionens fokusering på den individuelle autonomi, idet han kritiserer, at sygdommen fortsat identificeres og håndteres gennem professionelle procedurer. Juul Jensen skriver:

“Nu er borgerens autonomi, hans evne til at handle og realisere værdier og også hans evne til at forme adækvate værdier en del af det professionelle interventionsområde (Juul Jensen, 2006, s. 26).

Som alternativ peger Juul Jensen på en sundhedsforståelse, som bygger på et erfaringsperspektiv og en gensidig kollektiv omsorg.

Juul Jensen skriver:

“sundhed vedrører medlemmernes indbyrdes omsorg for at sikre hver enkelts reproduktion og personlige forudsætninger for at deltage i samfundslivet” (Juul Jensen, 2006, s. 28).

7.2 Sundhedsfremme - i et kritisk perspektiv:

Sundhedsfremme er i det meste af verdenen for alvor sat på dagsordenen med vedtagelsen af WHO's Ottawa-charter i 1986, der indledes med følgende:

“Sundhedsfremme er den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende må den enkelte eller gruppen være i stand til at identificere og realisere mål, at tilfredsstille behov og at ændre eller at kunne klare omverdenen. Sundhed betragtes derfor som grundlag for det daglige liv og ikke som livets formål” (WHO,1986).

Sundhedsfremme og debatten om sundhed og ulighed i sundhed tager udgangspunkt i Ottawa-charteret og den nye sundhedslov (2005), samt i udviklingen i folkesygdomme og de strukturelle tiltag, som i den forbindelse sættes i værk. Meget tyder på, at der i samfundet på det teoretiske plan er en modsætningsfyldt forståelse af sundhedsfremmefeltet og de handlinger, som bliver effektueret (Pedersen et al., 2013). Ifølge Pedersen et al. er der i samfundet en mangel på teoretisk refleksion i forhold til sundhedsfremme, og praksis fortsætter med at tage afsæt i traditionelle biomedicinske sundhedsforståelser og epidemiologiske risikofaktorer, som tager udgangspunkt i indsatser på individuelt niveau, trods en sparsom effekt.

Ifølge Jensen er der behov for, at sundhedsfremme og forebyggelse tydeligt defineres, da sundhedsfremme og forebyggelse ofte fremstilles som to begreber, der tilhører hver sit paradigme (Jensen,

2005). Sundhedsstyrelsen fremhæver, at begreberne i dag bruges som *“sideordnede for at synliggøre forskellige indsatser for at opnå sundhed”* (Sundhedsstyrelsen, 2005, s. 27) og anser forebyggelse og sundhedsfremme som lige vigtige, men med hver deres funktion. Forebyggelse sigter mod at undgå “noget” uønsket, og har som mål at undgå bestemte risikofaktorer for at hindre sygdom, mens sundhedsfremme i højere grad forstås som det, der opstår, når opmærksomheden vendes væk fra sygdom og over mod sundhed, ved at mobilisere ressourcer og styrke handlekompetencer hos borgere (Jensen, 2005)(Jensen & Johnsen, 2006).

Ifølge Signild Vallgård er der i befolkningen en almindelig opfattelse af, at forebyggelse og sundhedsfremme er en og samme ting, eller at sundhedsfremme er underlagt forebyggelsen og ikke er ligeværdig (Vallgård, 2009b).

På den anden side ses nye spirende tendenser i samfundet, hvor sundhedsfremme får en ny betegnelse som *“den nye forebyggelse”* eller *“New Public Health”*. Det nye indebærer, at forestillingen om sundhedsfremme i dag har en mere åben og anerkendende tilgang, hvor der ses et brud med tidligere tiders formynderiske, ekspertstyrede forebyggelse. De to begreber er forskellige og skal ses som sådan, hvor både forebyggelse og sundhedsfremme ifølge Vallgård og Krasnik indeholder vigtige funktioner i forhold til øget folkesundhed og derfor er svære at adskille (Vallgård & Krasnik, 1999) (Vallgård & Krasnik, 2016) (Vallgård, 2009b).

Da sundhedsfremme handler om at få mennesker til at ændre adfærd og gøre noget, som de ellers ikke ville have gjort, finder magtudøvelse sted i sundhedsfremme på lige fod med magtudøvelse i andre kontekster, hvor relationer mellem mennesker og mennesker og samfund er forbundet. Der finder som eksempel magtudøvelse sted, når politikere definerer problemer og sætter dagsordener for sundhed, men magtbegrebet dækker også over, når samfundet ønsker at give mennesker magt over eget liv. Magten i samfundet og mellem mennesker er ikke nødvendigvis et onde, men kan også være produktiv og meningsfuld (Henningsen, 2001). En almindelig definition af magt er, at A får B til at gøre noget, som vedkommende ellers ikke ville have gjort, hvormed magt er til stede. Vallgård hævder ikke i den forbindelse, at sundhedsfremme dermed er en uønsket aktivitet, fordi den indebærer magtudøvelse, men Vallgård synliggør de styringsaspekter, som sundhedsfremme indeholder, og som ofte fornægtes i det offentlige rum (Vallgård, 2009 b).

Et styringsredskab som ofte nævnes i forhold til sundhedsfremme er begrebet empowerment, der anses som et middel til at støtte mennesker til at opnå magt over eget liv, men kan ifølge Vallgård også ses som en måde at styre på og udføre magt. Med empowerment ønskes et mål om at forandre borgere og forme borgere ved at give dem nye handlekompetencer og ændre borgernes adfærd i en bestemt retning (Vallgård, 2009b). Et perspektiv på empowerment kan være det kritiske transformative, som handler om at ændre ulige livsvilkår for sundhed, ulige magtrelationer og at understøtte både kollektiv og individuel handlekompetence (Andersen, 2012). Empowerment kan finde sted på forskellige sociale niveauer og i forskellige dimensioner på et makro-, meso- og mikroniveau, og kan anskues mellem en empowermentbaseret og en neoliberal forståelse af sundhedsstrategi, altså empowermentparadigmet versus det neoliberale paradigme.

Empowerment skelnes ofte i en vertikal og horisontal empowerment. Vertikal empowerment handler om sociale grupper og styrkelse af lokalsamfund i forhold til økonomiske og politiske magtcentre, altså en styrkelse af magtpositioner *udadtil* og *opadtil*. Hvor horisontal empowerment er styrkelse af handlekraftige netværk *indadtil* og *nedadtil*, mellem aktører på samme niveau (Andersen, 2012).

I kommunal sundhedsfremme- og forebyggelsesregi er brugen af KRAM et foretrukket styringsredskab, som understøtter Forebyggelseskommissionens forebyggelsesrapport (2009), der vil sikre danskerne et længere liv ved at sætte ind imod livsstilssygdomme, hvilket skal ske ved at få borgere til at ændre adfærd i forhold til KRAM. Begrebet "livsstilssygdomme" kan give indtryk af, at det er menneskers adfærd, der er årsag til, at nogle bliver syge før andre. Men det er ifølge Vallgård kun en af grundene. Rygere dør i gennemsnit tidligere end ikke-rygere, overvægtige og inaktive på samme vis, men ikke alle rygere og overvægtige dør tidligere end andre (Vallgård, 2009a).

Ifølge Juel er andre faktorer også afgørende for et liv uden sygdom. Genetiske disponeringer, vilkår i fostertilværelsen, den tidlige barndom, identitetsdannelse, socialt netværk og psykisk og fysisk arbejdsmiljø kan f.eks. også være faktorer, som påvirker udfaldet (Juel et al., 2002).

Ifølge Juel og Vallgård betyder fokuseringen på KRAM, at mange sygdomsårsager i det etablerede sundhedssystem fravælges, herunder f.eks. socioøkonomiske forhold. Ifølge Juel er begrundelsen, at Danmark ligger i den gode øverste halvdel i forhold til afsatte socialøkonomiske midler i forhold til bruttonationalproduktet pr. indbygger, og set i den kontekst, at ressourcerne i samfundet er ulige

fordelt, og at andre socioøkonomiske faktorer som arbejdsløshed, manglende sociale netværk, dårlige boligforhold og marginalisering også spiller ind i årsager til sygdom (Juel et al. 2002) (Vallgård, 2009a).

7.3 Det gode liv - i et hverdagsperspektiv:

Kultursociolog Birthe Bech-Jørgensen har beskæftiget sig med hverdagslivsbegrebet og har i sin afhandling *“Når hver dag bliver hverdag; 1994”* beskrevet hvad der sker, når en såkaldt symbolsk orden af selvfølgeligheder brydes op eller overskrides. Hverdagslivet er det liv, mennesket lever hver dag, og som er flydende og foranderligt. Et liv, der ifølge Bech-Jørgensen ikke kan defineres ved hjælp af sociologiske begreber, da det er *“det liv, vi lever, opretholder og fornyer, genskaber og omskaber hver dag”* (Bech-Jørgensen, 1994 s. 150).

Det, der kan defineres, er dels hverdagslivets betingelser og dels de måder, disse betingelser håndteres på, hvorfor et afsæt ifølge Bech-Jørgensen bør tages i hverdagslivet. Det er de daglige upåagtede aktiviteter, der genskaber den symbolske orden af selvfølgeligheder, som er hverdagslivets grundlæggende betingelse (Bech-Jørgensen, 1994).

Ifølge Bech-Jørgensen kommer hverdagslivets betingelser særligt til udtryk, når den symbolske orden af selvfølgeligheder i hverdagen brydes, som eksempelvis ved arbejdsløshed og sygdom.

Endvidere er hverdagslivet ifølge Bech-Jørgensen styret af sociale forhold, hvilket både har betydning i hverdagslivets betingelser i forhold til, at de skabes i sociale forhold og håndtering af betingelserne, fordi de altid finder sted i en social og/eller en kulturel kontekst (Bech-Jørgensen, 1994).

Ifølge Bech-Jørgensen opleves betingelser og håndteringer af hverdagslivet ikke som adskilte, men tværtimod som en helhed. På den ene side er der hverdagslivets betingelser, som både er samfunds-skabte og andre er frembragt af mellemmenneskelige forhold. Nogle er globale, andre lokale. På den anden side har vi forskellige måder at håndtere hverdagslivets betingelser på - hver for sig, men altid i en social og kulturel kontekst. Det enkelte menneske kan kun forstås gennem deres relationer til andre, også selvom de lever et individualiseret eller ensomt liv (Bech-Jørgensen, 2001).

Bech-Jørgensen har i sin bog *“Nye tider og usædvanlige fællesskaber; 2001”*, taget sit afsæt i et udviklingsprojekt om det kvalificerede hverdagsliv, hvor det handler om nye måder at organisere

udstødte menneskers hverdagsliv på Vesterbro på, for at beskrive de udstødte og usædvanlige menneskers hverdagsliv og hverdagskulturer. Et hverdagsliv der dels er analyseret fra borgerens synspunkt (bottom up) og dels fra de samfundsskabte betingelser for borgerne (top-down).

Bech-Jørgensen har beskrevet forskningen i hverdagslivet med følgende ord:

“Det handler om at se, lytte til og opleve de enkelte i deres mellemmenneskelige relationer og samtidig være opmærksom på de måder, hvorpå de forholder sig til de samfundsskabte betingelser. Hvordan tilpasser de mulighederne i samfundet til deres aktuelle livssituation, og hvordan håndterer de begrænsningerne? Hvordan er de med til, sammen med andre, at opretholde og forandre samfundet og dermed skabe det?” (Bech-Jørgensen, 2001 s. 14).

Bech-Jørgensen anvender begrebet *nye tider*, hvis oprindelse er fra den engelsk-jamaicanske pluralisering af det sociale liv, der opstår, når traditionelle livsmåder forandres, og der opstår nye livsmåder og livsstile (Døssing, 2004).

I projektet fra Vesterbro omfatter de nye tider endvidere nye etnicitetsformer, der bevirker en kulturel mangfoldighed og nye livsformer og livsstile. Bech-Jørgensen (2001) har et særligt fokus på integrationsbegrebet og beskriver integrationer således:

Social integration, hvor det at være socialt integreret betyder, at man ganske selvfølgelig identificerer sig med et socialt fællesskab inden for et eller flere områder af hverdagslivet.

Lokal integration, som betyder, at man kan identificere sig med et lokalt fællesskab, eksempelvis som en afgrænset gruppe mennesker, eller blot de nærmeste fysiske omgivelser som væresteder m.m.

Og *symbolsk integration*, som er en integration gennem den betydning og de værdier, man tillægger de fællesskaber, man identificerer sig med, de tidsstrukturer, man indretter de daglige aktiviteter efter, og de fysiske omgivelser, man er fortrolig med.

Ifølge Bech-Jørgensen er de små fællesskaber forbundet organisatorisk med hinanden og med større fællesskaber, således at der over tid vil opstå et fællesskab af fællesskaber.

“De enkelte kan beskrives som individer i fællesskaber, dvs. at de indgår med alle deres indbyrdes forskelle i et lille fællesskab, der igen er en del af et større fællesskab, som har forbindelser til andre lokale fællesskaber. Differentiering og integration skabes i samme bevægelse” (Bech-Jørgensen, 2001 s. 256).

7.4 Sundhedsfremmende fællesskaber - et kritisk begreb:

Læringsteoretiker Etienne Wenger beskriver fællesskaber som praksisfællesskaber, der betegner sociale konfigurationer, hvor handlinger defineres som værd at udføre, og hvor deltagelse som menneske kan genkendes som kompetent (Wenger, 2004).

Forestillinger om fællesskab og håb og drømme om det gode sunde hverdagsliv findes hos individer og som en kultur i grupper (Dybbroe & Kappel, 2012). I 1970'erne opstod en teoretisk og praktisk bevægelse i et skæringsfelt mellem sundhed og pædagogik, hvor deltagelse i sociale processer i grupper blev en måde at skabe kulturel identitet. Frigørelse og myndiggørelse af individet blev i sundhedsmæssig kontekst omdannet til, at det skal være menneskers egne ressourcer, håb og erfaringer, som skal være styrende for, at det enkelte menneskes sundhed kan fremmes (Dybbroe & Kappel, 2012).

Fællesskaber har eksisteret lige så længe, som mennesker har levet sammen og lært af hinanden. Ifølge Wenger bidrager praksisfællesskaber til vores egen selvforståelse og forståelse af den verden, vi er en del af. Praksisfællesskaber er en så naturlig del af vores hverdag i familien, i skolen, på arbejdspladsen, i sportsklubben, at vi mennesker sjældent tænker over det (Wenger, 2004). De fleste fællesskaber hedder ikke noget og udsteder ikke medlemskort, og fællesskaberne er så uformelle og almindelige, at de sjældent kommer direkte i fokus, men af samme grund er de ifølge Wenger også velkendte.

Vi kan alle anskue vores hverdagsliv i dette perspektiv og tænke de praksisfællesskaber, som vi tilhører, har hørt til, eller som vi gerne i fremtiden vil deltage i. Desuden kan vi skelne mellem få praksisfællesskaber, som vi er centrale medlemmer af, og et større antal fællesskaber, hvor vi har en mere perifer deltagelse (Wenger, 2004).

Lave og Wenger (2003) definerer, at fællesskaber skabes over tid gennem en proces af legitim perifer deltagelse. *Legitimitet* og *deltagelse* bliver dermed nøgleord for de særskilte måder, vi oplever

tilhørsforhold til fællesskaber på, mens begreberne *perifer* og *deltagelse* handler om vores placering og identitet i disse fællesskaber (Lave & Wenger, 2003).

Ifølge Benhabib lever mange mennesker uden for fællesskabet, i eksklusion og uden rettigheder som borger (Benhabib, 2004). Etniske befolkningsgrupper som eksempelvis flygtninge, indvandrere og asylansøgere søger, ifølge Benhabib, ind i frigørende fællesskaber verden over, men oplever ofte ikke at blive lukket ind, eller at udelukkes fra at deltage som aktive medborgere.

Benhabib skriver:

“I mean the principles and practices for incorporating aliens and strangers, immigrants and newcomers, refugees and asylum seekers, into existing policies. Political boundaries define some as members, others as aliens. Membership, in turn, is meaningful only when accompanied by rituals of entry, access, belonging, and privilege. The modern nation-state system has regulated membership in terms of one principal category: national citizenship” (Benhabib, 2004, s. 1)

Ifølge Benhabib overtræder regeringer og magthavere verden over menneskers ret til frigørende deltagelse i demokrati, borgerrettigheder og retfærdighed ved stigmatisering og ekskludering fra fællesskabet. Benhabib skriver: *“Political membership has rarely been considered an important aspect of domestic or international justice”* (Benhabib, 2004, s. 1).

Risikoen ved eksklusion af mennesker fra ønskede fællesskaber er ifølge Benhabib, at identitetsdannelsen hos både de inkluderede og de ekskluderede bliver selvforstærkende, hvilket kan føre i en negativ retning. De inkluderede finder deres identitet blandt ligesindede i en *“ongoing process of constitutional self-creation”* (Benhabib, 2004, s. 21), og de ekskluderede kan reagere på beslutningen om eksklusion fra de inkluderede ved selv at være ekskluderende i andre sammenhænge. Fællesskaber kan ifølge Benhabib blive distanceskabende. Benhabib skriver: *“We can render the distinctions between “citizens” and “aliens”, “us” and “them”* (Benhabib, 2004, s. 21).

På samme måde beskriver Wenger, at praksisfællesskaber ikke er et resultat af enkeltindviders selvstændige engagement, men noget vi gør sammen på godt og ondt. Og på måder, der involverer

dynamiske forbindelser i og mellem mennesker ud fra gentagelse, forandring, reproduktion og transformation (Wenger, 2004). Der kan ifølge Wenger ikke ses bort fra, at handlinger i konkrete kontekster og praksissammenhænge er underlagt sociale og kulturelle magtforhold. Magt kan ifølge Wenger forstås som en kilde til social inklusion, læring, identitet, modstand og forandring, men også som en årsag til sociale konflikter, udstødelse og tingsliggørelse (Wenger, 2004).

Den etisk-politologiske tænkner Hannah Arendt beskriver, ligesom Benhabib, legalitet og frihed til ytring som det vigtigste og eneste, der kan sikre mennesket et frigørende menneskeligt liv (Mortensen, 2003). Et menneske kan ifølge Arendt leve uden at arbejde og uden at fremstille noget, men den ufravigelige menneskelige betingelse er frigørende handlinger, som er utænkelig uden tale. Grundlaget for handling er pluraliteten, og at alle mennesker distinkt adskiller sig fra hinanden. Det, der ifølge Arendt forbinder mennesker, er den verden, som mennesker sammen har bygget. Benhabib beskriver deltagelse i demokrati som det vigtige for mennesker, foruden vigtigheden i deltagelse i et fællesskab og i at tage ansvar for opbygning af demokrati og være en del af noget større (Mortensen, 2003) (Benhabib, 2004).

Ifølge Arendt er det ikke det talende og handlende menneske, der kommer til syne i fællesskabet, men det menneske som også "hører med" og gør sin nytte.

Når mennesker taler og handler sammen med andre, er der ifølge Arendt mulighed for, at noget nyt sker. Arendt beskriver, at når mennesker taler og handler, forudsætter det, at der er andre til stede. Er der ikke andre, bliver ingen dele til noget – og samtidig forsvinder mennesket også selv (Bowring, 2011).

Når mennesker taler og handler, gøres det ifølge Arendt i et net af relationer, som har et net af relationer bag sig. Konsekvenserne af, hvad der siges og gøres, er uforudsigelige. Det netværk, som der tales og handles ind i, gør menneskers ageren skrøbelig. Ingen kan vide, hvordan ord rammer, bliver forstået og brugt, ligesom ingen kan vide, hvilke konsekvenser handlinger får (Mortensen, 2003).

På den baggrund beskriver Arendt i "Eichmann in Jerusalem" begrebet ondskabens banalitet. En "tankeløshed" hos mennesker kan ifølge Arendt blive til radikal ondskab, hvis mennesket i tilværelsen kun tier og kun udfører ting og udtrykker sig, når mennesket får ros til gengæld (Arendt, 2008).

Ifølge Arendt og Benhabib er inklusion og deltagelse i fællesskabet afgørende for det enkelte menneskes integritet og tilblivelse, men også afgørende for samfundets frigørelse og udvikling, at mennesker taler og inddrages i demokrati og har mulighed for at udtrykke sig, lyttes til samt at give og modtage kritik.

På linje med Benhabib og Arendt peger Honneth, med sine tre anerkendelsessfærer, på, at anerkendelse i fællesskaber er en forudsætning for individets identitetsdannelse.

Han har anerkendelsen af individet i fokus og bruger de tre sfærer af anerkendelse som et systematisk normativt ideal om det gode liv og fundament for at kunne identificere de tendenser i samfundet, der kan danne barriere for og krænke anerkendelse og dét at være arkitekt i eget liv.

For Honneth er det nødvendigt at identificere de erfarede krænkelser hos især lavt positionerede mennesker, for at kunne forholde sig kritisk til den udvikling og de strukturer i samfundet, der hindrer den sociale anerkendelse.

Ifølge Juul (2012) er det vigtigt, at fordringen om anerkendelse ikke betyder, at alle konkrete krav om anerkendelse kan tilgodeses, hvis de kolliderer med, hvad der anses for at være ukrænkelige værdier i samfundet, men peger på vigtigheden af at behandle individet retfærdigt og på lige fod med andre.

“Overført til samfundsniveau betyder det, at et anerkendende samfund giver alle mennesker gode muligheder for at forfølge deres vision om det gode liv og for at opnå anerkendelse af de værdier de tilskriver sig selv, også når disse værdier strider mod almindelige normer for det gode og rigtige liv” (Juul, 2012).

Der kan være konflikter mellem anerkendelseskrav fra forskellige fællesskaber. Anerkendelseskrav fremsættes ud fra fællesskabet og må som sådan bedømmes ud fra denne kontekst (Juul, 2012).

Fællesskaber bidrager ifølge Arendt, Benhabib og Honneth til forståelse frem for ondskab, men kvaliteten i fællesskabet er i høj grad afgørende for, hvorvidt det sociale fællesskab udvikler sig positivt eller negativt. Negative værdier og dårlige egenskaber kan ifølge Benhabib nedarves i det enkelte menneske og i sociale grupper, hvorved fællesskabet kan fremstå negativt på baggrund af en dårlig kvalitet og integritet i gruppen (Mortensen, 2003) (Benhabib, 2004).

7.5 Læring, deltagelse og identitetsdannelse i fællesskaber:

Deltagelse i fællesskaber skaber læring og dannelse af identitet (Lave & Wenger, 2003), som er vigtige aspekter i opnåelse af det gode liv.

Det ses, at når institutioner beskæftiger sig direkte med læring, er overvejelserne oftest, at læring er en individuel proces, som har en begyndelse og en slutning, og er et resultat af undervisning.

Ifølge Wenger er klasseværelser i skoler derfor indrettet på en sådan måde, at elever uden at blive distraheret af deltagelse i verden udenfor kan rette opmærksomheden mod en lærer. Til bedømmelse af læringen benyttes individuelle test og bedømmelser. For Wenger er det et paradoks.

Wenger skriver:

“Hvad nu hvis vi anlagde et andet perspektiv, der satte læringen i sammenhæng med vores levede erfaringer med deltagelse i verden? Hvad nu hvis vi antog, at læring i lige så høj grad som det at spise eller sove er en del af vores menneskelige natur, at læring både er livsopretholdende og uundgåelig, og at vi er ret gode til det - hvis vi får chancen? (Wenger, 2004, s. 13).

Knud Illeris anser på samme måde som Wenger, at læring ikke kun er noget, der finder sted i det enkelte individ, hvilket frem til 1970'erne var den mest gængse læringsteori (Illeris, 2016). Både Wenger og Illeris beskriver, at læring altid finder sted i en social og samfundsmæssig sammenhæng, der giver inspiration til at sætte rammer for, hvad der kan læres og hvordan (Wenger 2004.) Siden slutningen af 1980'erne er der i stigende grad lagt vægt på læringens sociale og samfundsmæssige sammenhænge, bl.a. med begreber som “social læring og “situeret læring”, hvor læring er noget, der sker mellem mennesker og af social karakter (Illeris, 2016).

Wenger skriver, at social teori om læring har udgangspunkt i fire præmisser, der antager, at vi som mennesker er sociale væsener, at viden drejer sig om kompetence med hensyn til at værdsætte virksomheder, at indsigt er et spørgsmål om deltagelse i udøvelsen af sådanne virksomheder og vores evne til at opleve verden og at vores engagement deri ses som noget meningsfuldt (Wenger, 2004, s. 14).

Social læringsteori fokuserer primært på læring som social deltagelse ved at være aktive deltagere i sociale fællesskabers praksisser og konstruerer identiteter i relation til disse værdier. En social læringsteori er en teori, som integrerer de komponenter, som er udslagsgivende for at tilkendegive social deltagelse som en lærings- og erkendelsesproces.

Ifølge Wenger er komponenter i social teori om læring, at *mening* ses som vores evne til individuelt og kollektivt at opleve vores liv og verden som meningsfuld. At *praksis* er de fælles historiske og sociale ressourcer, rammer og perspektiver, som støtter gensidigt engagement i handling, at *fællesskab* er sociale konfigurationer, hvor handlinger defineres som værd at udføre, og hvor *identitet* viser, hvordan læring ændrer hvem vi er og skaber personlige tilblivelser i forbindelse med vores fællesskaber (Wenger, 2004. s. 15).

I modsætning til læring som internalisering har læring som stigende deltagelse i praksisfællesskaber at gøre med hele personen, som handler i verden. En social teori lægger, ifølge Lave og Wenger, (2003) vægt på den gensidige relationelle afhængighed mellem aktør og verden, virksomhed, mening, kognition, læring og indsigt.

Den sociale teori antager, at mening forhandles socialt. Her tænker og handler mennesker interesseret og engageret, hvilket også finder sted i teorier om situeret erfaring, hvor hovedvægten lægges på dynamikken i hverdagsseksistens, improvisation, koordinering og samspil (Lave & Wenger, 2003). En dynamik, som ifølge Illeris beskrives som en række af læringsprocesser, der bygger på socialisering, kvalificering og kompetenceudvikling (Illeris, 2016). Lave og Wenger beskriver social teori forankret i handlekraft, erfaringer, intentioner og samspilsrelationer mellem mennesker og miljø som afgørende for læring (Lave & Wenger, 2003).

Læring som deltagelse befinder sig ifølge Lave og Wenger i "orkanens øje", da læring finder sted gennem engagement i handlinger og samspil, men gemmer dette engagement i kultur og historie. Handlinger og samspil reproduceres og transformeres på denne måde i den sociale struktur, hvori den finder sted (Lave & Wenger, 2003).

Læring beskrives som et middel til udvikling af praksisser og inddragelse af nyankomne samtidig med, at læringen også er et middel til udvikling og forandring af identitet.

Et vigtigt aspekt i social teori er, at læring involverer hele personen og ikke kun ses i relation til specifikke aktiviteter, men i relation til sociale fællesskaber. Engagement i sundhedsfremmende aktiviteter og livsførelse forstås som udtryk for læreprocesser, hvor det enkelte menneskes oplevelse af egen sundhed er tæt forbundet med, hvad der for den enkelte findes subjektivt meningsfuldt (Liveng, 2012). Ifølge Lave og Wenger indebærer læring, at mennesker kun til dels er i stand til at

involvare nye aktiviteter, da aktiviteter ikke findes i isolation, men udgør dele af bredere relations-systemer, hvori de giver mening.

Relationssystemer opstår og reproduceres, og skal ifølge Lave og Wenger (2003) forstås i sociale fællesskaber, som primært består af relationer mellem personer. Læring skal tænkes i det perspektiv, at man som person får en anden identitet i forhold til de muligheder, som relationssystemet aktiverer. At ignorere dette forhold er, ifølge Lave og Wenger, det samme som ikke at se den kendsgerning, at læring indbefatter konstruktion af identiteter.

Lave og Wenger skriver, at teorier om identitet vedrører:

“den sociale dannelse af personen, den kulturelle fortolkning af kroppen og skabelse og anvendelse af medlemskabsmarkører såsom overgangsritualer og sociale kategorier. De beskæftiger sig med spørgsmål om køn(genus), klasse, etnicitet, alder og andre former for kategorisering, association og differentiering i et forsøg på at forstå personen som formet gennem komplekse relationer af gensidig konstituering mellem individer og grupper” (Lave & Wenger, 2003, s. 142).

8.0 Strategi for analyse:

Kritisk teori adskiller sig fra andre videnskabelige retninger ved, at den samfundskritiske analyse har en normativ tænkning og har en skarp grænse mellem ”er” og ”bør”. Idealet om anerkendelse er ifølge Honneth ikke universelt, men noget der tænkes i en historisk situation og i en erkendelses- og erfaringsverden. Honneth trækker dermed kritisk teori i en mere hermeneutisk og fænomenologisk retning, hvor fænomenologien ses som det primære (Juul, 2012).

Indenfor kritisk teori er der ikke et entydigt svar på, hvilke metoder og analysestrategier som benyttes som fremgangsmåde til at behandle og tolke på den indkomne viden. Forskning forankret i kritisk teori er forbundet med særlige målsætninger, men ikke metoder, og analysen ses i et betragende perspektiv ud fra den kritiske forståelsesramme, som både fokuserer på aktører og strukturelle forhold (Bildfelt, 2012). Udfordringen i vores analyse er derfor at fastholde kompleksiteten i en metodekombination, hvor empiri og et bredt teoretisk fundament indflettes i analysen på både individ- og strukturelt niveau, hvilket vi mener, vi er lykkedes med.

Vores valg af analysestrategi er forankret i både en fænomenologisk og hermeneutisk erkendeposition, hvor menneskets erfaringer er i fokus og samtidig har en erkendelse om, at menneskelige

handlinger og ytringer forstås som en del af den kontekst, som mennesket befinder sig i (Bjerrum, 2005). Vi har i interview og ved deltagelse i aktiviteter på INSP! samt i bearbejdningsprocessen forsøgt at sætte parentes om vores egne forforståelser for at nå frem til en fordomsfri beskrivelse af informanternes egne oplevelser af det gode hverdagsliv. Den fænomenologiske reduktion betyder ikke, at vi som forskere er underlagt et fuldstændigt fravær af forudsætninger, men vi har gennem hele projektprocessen haft fokus på at reflektere over egne fordomme og været kritiske i forhold til vores egne forudsætninger.

Vores ambition i forhold til analysestrategi er at bruge analysen til at bygge bro mellem forskning om "det gode hverdagsliv" og individets egne erfaringer og handlinger i et såkaldt oplevelses- og erfaringsperspektiv (Bildfeldt, 2012).

Analysen af de kvalitative interviews, brevsvare og feltobservationer fra empirien vil ifølge Kvale og Brinkmann ske i en kontinuerlig proces, hvilket betyder, at vi arbejder os ind og ud af analyseprocessen i takt med, at analysearbejdet foregår (Kvale & Brinkmann, 2009). Analyseprocessen i vores afhandling er opdelt i fem faser, som ikke er helt faste og afgrænsede, men mere skal ses som flydende.

Første fase består af transskribering af interviews og feltobservationer, hvorefter vi har lyttet og gennemlæst teksterne både hver for sig og samlet for at forstå og finde helheder og sammenhænge. *I anden fase* har vi fundet nedslagspunkter, som i særlig grad har vakt vores interesse. Vi anlægger en kvalitativ tilgang til analysen og er dermed bevidste om, at vi ikke kan generere lovmæssigheder eller generaliserende teorier, men vi sigter efter at beskrive og forstå relationer og identitetsdannelse (Olsen & Pedersen, 2014).

For at finde og belyse de forskellige tematikker i analysen har vi i *tredje fase* benyttet mind-map som et visuelt analyseværktøj til at udpege relevante temaer, som kan identificere og kritisere de strukturelle barrierer for anerkendelse i samfundet, som kan hindre menneskers mulighed for det gode liv (Juil, 2012).

I fjerde fase vælger vi at underbygge vores analyse med citater med henblik på at validere vores fund og for at sikre, at vi er loyale over for det empiriske materiale. Analysen tager udgangspunkt i en induktiv strategi, idet vi vælger at tage udgangspunkt i det empiriske materiale ud fra ønsket om ikke blot at konstatere, om fællesskaber er sundhedsfremmende, men også hvorfor og hvordan fællesskaber virker (Olsen & Pedersen, 2014).

Herefter identificerer vi i *femte fase* det, der ligger bag det vi har observeret, og som har øget vores indsigt i informanternes udsagn til brug for den videre fortolkning. Analysen ender op med otte overordnede overskrifter, som dækker over temaer, hvori empirien analyseres. Vi vælger derfor ikke at analysere alle interviews i dybden hver for sig, men på tværs i forhold til relevans. Hvert tema knytter an til det næste og forbindes i en form for spiral eller cirkel.

9.0 Analyse og diskussion:

Analysen opdeles i otte temaer, som har fået hver sin overskrift ud fra inspiration og udsagn i empirien. Før analysen præsenteres informanterne kort.

9.1 Præsentation af informanter:

De mennesker, vi har mødt og interviewet på INSP!, og som danner baggrund for analysen af den indsamlede empiri, er følgende:

Ib er ca. 80 år og har gennem ca. fem år haft sin næsten daglige gang på INSP! Han har en baggrund som fysiker og har stor interesse i filosofi med afsæt i Karl Popper. Ib startede med at tilbyde at rengøre toiletter på INSP!, men da ryggen sætter begrænsninger, har han nu påtaget sig at være dén, der tæller kassen op.

Kurt er ca. 23 år. Han er kommet på INSP! i to til tre måneder og læser kommunikation på RUC. Han bruger INSP! som platform for sit frivillige initiativ, som han kalder "Samtalefabrikken", hvilket vil sige, at han faciliterer den gode samtale ved temaaftener på INSP! ca. to gange om måneden.

Preben er ca. 45-50 år og arbejder kun om eftermiddagen i Føtex. Han bruger alle formiddage på INSP! i træværkstedet.

Den nyankomne, angivet som NYA, ved vi ikke, hvad hedder, men er en mand på omkring 30 år. Han kommer spontant ind i interviewet med Preben og bidrager med erfaringer om værtsrollen på INSP!

Lilly er en kvinde midt i 60'erne. Hun kommer hver dag i to-tre timer. Hun er kommet gennem længere tid og har gået lidt for sig selv. Nu tager hun sig af plantekasser i gården og er kommet lidt tættere på folk. Hun har altid kunnet lide at arbejde, men har også haft nogle uheldige oplevelser på arbejdspladsen.

Em er en ung kvinde på ca. 20 år. Hun har kun været på INSP! tre gange og er blevet introduceret hertil af en veninde. Hun er for nylig flyttet til Roskilde for at studere kirkemusik. Hun har haft det lidt svært på gymnasiet og leder nu efter nye fællesskaber, men har ikke let ved det.

Anni er ca. 45 år og initiativtager og idekvinden bag INSP!. Anni er administrerende direktør på INSP!

Derudover inddrages brevsvar fra Sara, Leo, Kalle, Clara og Amalie. Navnene er anonymiserede.

9.2 “Keeping the eye off the target”

Analysen tager sit afsæt i problemfeltets kritiske samfundsperspektiv. I dette afsnit diskuteres det, hvordan INSP! kan forstås som sundhedsfremmende. Der præsenteres et modspil til den individorienterede tilgang til sundhed, som er baseret på New Public Management, hvor sundhedsfremme på INSP! kommer til syne som en afledt effekt af anerkendende fællesskaber.

Som tidligere beskrevet er de dominerende sundhedsfremmeinitiativer i Danmark primært forankret i biomedicinske og neoliberalistiske sundhedsforståelser, hvor det enkelte individ pålægges ansvar for egen sundhed. Ofte er der i konceptuelle forløb lagt op til udarbejdelse af handleplaner med fastlagte mål, delmål og effektmåling. New Public Management tænkning med f.eks. resultatbaseret styring betyder, at der ofte findes fastlåste rammer for de forskellige indsatser i eksempelvis kommunerne.

Vi har i gruppen meget forskelligt kendskab til INSP! lige fra “har aldrig hørt om stedet” til bruger og frivillig. Det, vi imidlertid er enige om allerede efter vores første besøg er, at der foregår noget sundhedsfremmende på INSP! Efter gentagne felt/deltagerobservationer oplever vi, at der er en sammenhæng mellem fællesskaber, relationer, glæde og trivsel. Når vi er i træværkstedet, på rundvisning eller spiser grøntsagssuppe sammen med 50 forskellige mennesker i folkekøkkenet kan vi både iagttage og *mærke*, at her trives mennesker (Bilag 2,1. 05.10.2016 – deltagerobservation på INSP). Her foregår en usynlig form for sundhedsfremme, der måske opstår, når øjet holdes fra målet?

Dette kommer INSP! direktør Anni Ehlers ind på under interviewet.

“Vi kan godt lægge en KRAM-faktor ud over køkkenets økologi osv., men det handler om at få noget lagt ind i nogle strukturer af noget trivsel, empowerment ... ja, alle de der buzzwords ... mental sundhed er også dukket op (...) Vi har en Ph.d. studerende, der har skrevet, at vi laver sociale resultater uden at lave socialt arbejde, man kunne ligeså godt sige, at vi laver sundhedsfremmende resultater eller effekter uden at lave sundhedsfremmende arbejde, og hendes pointe er, at det opstår ved at holde øjet FRA målet....keeping the eye off the target, og det hun mener er, at vi går i køkkenet og laver mad, fordi vi har en aktivitet, der skal laves mad, men det at lave mad kaster en hel masse andre værdier af sig” (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10 16).

Der er på INSP! en mulighed for, at sundhedsfremme sker i en kontekst, hvor målet med deltagelse ikke er givet på forhånd, og hensigten ikke er at rette op på det enkelte individs kropslige eller mentale forhold (From, 2012). Sundhed kan her ses som et foranderligt begreb, der kan bruges i alle forhold i livet, enten som noget der forebygger sygdom, eller noget der giver livet kvalitet (Otto, 2009), (From, 2012). På INSP! er der en frihed til at handle på eget initiativ og denne frie handlekompetence, det oplever vi flere gange under vores feltobservationer:

“Jeg går ud i træværkstedet, her står der en mand på ca. 45-50 år. Han står og arbejder med nogle trækasser, jeg spørger ind til hans projekt, han fortæller, at der er nogle, der har sat en pladespiller op, og der er flere, der har doneret LP til stedet. Han har derfor fået den ide, at han vil lave trækasser, der passer i størrelsen til disse plader. Han fortæller, at han kun arbejder over middag og bruger alle formiddage her på INSP!” (Deltagerobservation 27.03.17 Bilag 2.4 og 2.5).

Derudover åbner INSP! for en frihed til at vælge fællesskabet til og fra.

“Det er vigtigt for mig at føle, at jeg i hverdagen bidrager med det, jeg kan, og samtidig bliver stimuleret i både krop, sind og sjæl... og så har jeg brug for at gøre ting sammen med andre, men også have tid til at reflektere for mig selv” (Brevsvar Amalie, 11.03.17. Bilag 3).

og

“I går aftes var der koncert. Hun (studerende) registrerede, hvor mange der kommer fra socialpsykiatrien, som pludselig er med i nogle almindelige sammenhænge, og der var faktisk tre af dem, der var med i køkkenet i går med nogle gymnasieunge, og der var fire af dem, der endte med at være med til koncert i aftes, og det er den bevægelse, den effekt af arbejdet, der er kalkulerede sidegevinster, og det er sådan en anderledes måde at tænke på, og det kan være rigtig svært at dokumentere årsagssammenhænge. Det er lidt nemmere, hvis man tager en gammel dame på plejehjemmet og putter hende i en rickshaw og kører en tur med hende, og så smiler hun når vi er hjemme igen, så kan vi sætte et hak ved det, ik?” (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

Der er således mulighed for, at “noget” opstår som en sidegevinst til f.eks. arbejdet i træværkstedet eller i køkkenet. Dette sker både i selve aktiviteten, f.eks. *at lave mad*, men skaber også relationer der betyder, at nogle fra socialpsykiatrien vælger at deltage i andre aktiviteter som f.eks. en koncert. Der foregår på den måde en overførbarehed fra deltagelse i socialpsykiatriens tilbud på INSP! til deltagelse i andre, ikke strukturerede aktiviteter. Denne overførbarehed findes erfaringsbaseret ikke i samme omfang i kommunale indsatser, hvor borgerne ofte er i tidsbestemte, skemalagte individuelle forløb.

“Der er en svensk fredsudviklingsforsker fra KAIROS (...) han siger: Vi skal holde op med social ingeniørkunst, vi kan ikke løse problemer med de der koncepter, vi opfinder, for alting er ligesom individuelt og kontekstafhængigt, så vi bliver nødt til at være mere tilpasningsparate, og det bryder fuldstændigt med det der evidensbaserede ... nu laver vi det dér perfekte program, der passer i pølsemaskinen ... det er ikke sikkert, man kan smøre det ud over alle”... (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

Dette peger på at der opstår uforudsete effekter, når individet fritages for at blive objekt for et problem, som skal identificeres og dokumenteres, men hvor individet derimod kan deltage i upåagtede aktiviteter, som kan føre til nye aktiviteter og fællesskaber. Det fører os til at undersøge, hvordan individet påvirkes af systemets kategorisering og kassetænkning.

9.3 “Et omplantningsmiljø som sundhedsfremmende setting”

Vi oplever i egen praksis, at de konceptuelle indsatser oftest etableres med en hensigt om at henføre effekten eller virkningen til et bestemt tiltag eller én bestemt årsag, hvilket i praksis strengt taget

ikke kan lade sig gøre (Jensen & Johnsen, 2006). En konceptuel og individfokuseret tilgang til sundhed med fokus på evidens og effektmåling øger risikoen for, at nogle mennesker bliver "tabt" i systemet, idét ikke alle passer ind i maskinen, eller måske ikke ønsker at være en "del af systemet".

P: Det er ligesom mig selv, der har gået og sparket systemet, fordi de har ikke rigtigt turdet.

I: Var de usikker på, hvor meget du kunne klare?

P: Ja, og så til sidst havde jeg været ude i noget jobprøvning, og så blev vi enige om, eller nok mere mig selv ... at nu skal jeg ud af det her system (Interview med Preben, 27.03.17 bilag 1.4).

og

Altså jeg hørte lige x, der er direktør i x, han nallede lige en point (...) "jeg hader at være borger, og det er fordi at sådan nogle som Jer (sundhedsprofessionelle); det er blevet den neutrale måde at omtale dem på, som man ellers ikke ved, hvad man skal kalde..., og derfor signalerer det bare, at du er blevet en "sag" et eller andet sted i systemet, så er det lidt "ødelagt" (Interview Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

Dét at være borger i et forløb, der er fastlagt på forhånd, risikerer altså at "ødelægge" noget. På trods af at sundhedsfremme i dag anses for mindre ekspertstyret end tidligere (Vallgård, 2009b), foregår der i høj grad en skæv magtfordeling mellem borger og fagprofessionel i det etablerede sundhedsvæsen. Som borger eller patient vil der være en ulige magtfordeling, idét man som borger eller patient ofte forventes at ændre adfærd f.eks. ved udarbejdelse af handleplaner i psykiatrien, i jobcentret eller i forbindelse med rygestop/vægttab. Denne magtfordeling er ikke til stede i samme form på INSP!, hvor der ikke udarbejdes målsætninger, handleplaner og evalueringer.

For at blive til som "borger" eller "patient" kræver det endvidere et symptombillede, der skal gøre individet berettiget til en indsats. F.eks. ændret social adfærd, mistroisæl eller usund livsstil. "Paradoksalt nok skal man "blive syg for at blive rask" på måder, der overbetoner individuelle faktorer og

nedtoner kontekstuelle faktorer” (Dybbroe, 2016 s. 132). På INSP! er det muligt at “løsrive” sig fra denne diagnoseorientering, hvad enten man er diagnosticeret eller ej.

Anni: “Jeg har to helt aktuelle eksempler med to mænd, der er depressionsramte, hvor den ene bare kom og lignede en karklud for et lille år siden i Ledige med Drive og han skulle IKKE sidde og snakke med de der damer deroppe, han fik sig på en eller anden måde bevæget sig ned i værkstedet og der er han bare gået og kommet sig, altså simpelthen ægte recovery, fået det bedre, kommet i snak, en smilende fyr der pjatter osv. og nu har han fået et arbejde...

I: Og han er kommet sig?

Anni: Det er HAM der er kommet sig og han har helt sikkert været godt hjulpet ude på Fønix, men jeg tror måske, det er samspillet imellem noget løst baseret professionelt og så det der omplantningsmiljø, der støtter op (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

Som borger i socialpsykiatrien tilknyttet f.eks. Fønix fastlægges mål for interventionen. Her anlægges et “objekt-perspektiv”, hvor årsagen identificeres, midlet findes, hvorefter virkningen kan kontrolleres (Juul Jensen, 2006). Hvad enten det er på Fønix eller et forløb i et kommunalt sundhedscenter, vil der oftest søges efter *en* bestemt årsag og ikke et bredere erfaringsperspektiv, hvor sygdom og sundhed betragtes som menneskelig erfaring (Juul Jensen, 2006). På INSP! er der mulighed for, at trivsel opstår “uetableret”.

Ib: “Det er vigtigt at holde fast i det, som jeg også synes præger INSP!, nemlig at man har det der, at det ikke er defineret ud fra, at her kommer kun de, der er interesseret i badminton eller sådan noget, eller alle sammen er meget gamle eller sådan noget, eller meget unge eller sådan..., nej, det er netop det, at vi kan mødes i et menneskeligt fællesskab, det synes jeg er den gode idé ved INSP! (Interview med Ib, bilag 1.1. 23.03.17).

og

”Jeg har tænkt meget over, hvordan man inkluderer folk, der ikke har lyst til at tage en åben samtale, det handler måske om ikke at skulle hive folk ind, som ikke har lyst til at skulle mødes med en socialt udsat gruppe eller nogen der er syge, men prøve at hive dem ind til noget andet, der er nærliggende, og så kan man give dem nogle kontaktflader, det handler om en tilvænning, ikke at skræddersy nogen programmer til dem...” (Interview med Kurt, bilag 1.2. 22.03.17).

Anni Ehlers beskriver i et tidligere citat INSP! som et muligt “omplantningsmiljø”, og Kurt taler om at skabe kontaktflader og tilvænning uden skræddersyede programmer. Omdrejningspunktet i dette “omplantnings- og tilvænningsmiljø” er fællesskab, hvilket også er gennemgående for mange af de øvrige citater. Det kendetegnende ved fællesskabet på INSP! er, at det er “ikke etableret”, og at det er noget der skabes, når individet er modent til det. Her opstår empowerment i en kollektiv og solidarisk forståelse, som sigter mod at understøtte såvel individuel som kollektiv magt og handlingskapacitet. Dette står i kontrast til empowerment i folkesundhedsarbejde, hvor empowermentbegrebet ofte ses med et neoliberalistisk blik, hvor individet forventes at tage kontrol over eget liv og dermed have ansvar for egen sundhed. Ikke alle mennesker evner i lige høj grad at tage denne kontrol, og det giver forskellige forudsætninger i forhold til at leve op til samfundets krav om “at leve sundt og produktivt”.

Sundhed og sygdom kan ses som et funktionelt aspekt af livet i den forstand, at de ‘virker’ forskelligt for forskellige mennesker og indgår i deres livsstrategier med forskellig vægt og betydning (Gannick, 2005). Oplevelsen af sundhed, coping og livsstrategier er kulturelt indlejret, og vi finder den individfokuserede tilgang utilstrækkelig i forhold til at øge folkesundheden, men også når det handler om at reducere ulighed i sundhed. Undersøgelser viser i dag, at individuelle løsningsstrategier ikke har en stor effekt på uligheden i sundhed, hvorfor kollektive tilgange til sundhed bør medtænkes i højere grad (Pedersen et al., 2013).

På trods af at moderne sundhedsprofessionelle har en bredere holistisk eller bio-psyko-social tilgang til sundhed, ses sygdom fortsat som noget, der kan afgrænses, identificeres og efterfølgende håndteres (Juul Jensen, 2006). Sygdom og sundhed bliver noget, der kan kontrolleres gennem sundheds-lære og uddannelse (Glasdam, 2009). Den menneskelige erfaring træder ofte i baggrunden i kølvandet på sundhedsvæsenets iver over effektmålinger og dokumentation.

“Aktuelle tendenser i medicin, sundheds- og socialvæsen synes at puste nyt liv i en sådan polarisering og miskreditering af perspektiver på sygdom og sundhed, der fastholder muligheden for at anskue sygdom som menneskelig erfaring under særlige livs-omstændigheder. I kølvandet på krav om evidensbaseret medicin (herunder krav om dokumentation, gennem kontrollerede kliniske undersøgelser) er erfaringsperspektivet kommet under fornyet pres” (Juul Jensen, 2006 s. 23).

På INSP! er der ikke krav om dokumentation i forhold til en lang række aktiviteter. Det giver plads til at anskue sundhed og sygdom som erfaring. I erfaringsperspektivet er sygdom et udviklingsforløb, en slags vandring, hvor den enkelte opnår indsigt i begrænsninger og muligheder for at kontrollere den omverden, som den enkelte er en del af og dermed også eget liv. Sygdom og sundhed kan her anskues som noget, der er til stede og tillægges værdi ud fra læring af historie og den levede erfaring mennesker har med sig, hvor erfaring bruges til at forstå og videreudvikle redskaber til at beskytte mennesket mod lidelse (Juul Jensen, 2006)

“At tale om sygdom som erfaring er at forankre sygdom i en bestemt diskurs, hvor aktivitet, subjektstandpunkt og historie er andre nøglebegreber” (Juul Jensen, 2006, s. 11).

På INSP! er sundhed noget “der bare sker og gøres”, og det åbner for at se sundhed som en proces, der sker i fællesskaber med omsorg for hinandens vilkår og handlemuligheder. Sundhed bliver således ikke udelukkende et personligt anliggende, men noget der omfatter individernes indbyrdes omsorg (Juul Jensen, 2006).

“Sundhed er hverken kun min interesse for mig selv eller andres for mig, men den gensidige almene interesse og omsorg for hver vore personlige forudsætninger for at deltage” (Juul Jensen, 2006, s. 28).

Med denne viden bliver vi interesserede i at undersøge, om de fysiske rammer kan have betydning for menneskers muligheder for at danne sundhedsfremmende fællesskaber. Derfor ser vi i følgende afsnit på hvordan INSP! adskiller sig fra settings, der danner ramme om problemfællesskaber.

9.4 "Paladser over social ulykke"

Da vi besøgte INSP! første gang, oplevede vi alle en følelse af "hjemlighed". På en eller anden måde skaber de slidte møbler, ikke færdiggjorte gør-det-selv-projekter og rodede rum en følelse af trykthed og en fornemmelse af at være hjemme. Fællesrummet er f.eks. møbleret med gamle møbler, en blanding af ældre og forskellige ting. På den ene væg er en bogreol fyldt med diverse sager, bøger, spil og andet (Deltagerobservationer, bilag nr. 2.0. 05.10.2016). INSP! fremstår i sin arkitektur som et uformelt rum i stærk kontrast til f.eks. moderne Sundhedscentre, Jobcentre og andre offentlige institutioner. Anni Ehlers fortæller i interviewet om betydningen af *sociale mursten*:

"Hvordan skaber man egentlig bygninger, der skaber trivsel eller ... vores ph.d. dame har været inde på et møde med arkitekter og fagfolk, hvor de har sagt vi skal ikke bygge paladser over social ulykke. Altså det der med, at vi ikke skal tænke, at så putter vi dårlige mennesker ind i gode bygninger, for ligesom at, og det pejler lidt den anden vej. Og så var der det der med at som regel så bygger man med alt det her fine, på det bedste mulige grundlag, men man følger faktisk ikke efter i brug tagen, effekten af det. Blev det egentlig som vi tænkte, da vi lavede arkitekturen" (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

Måske fremmer offentlige institutioner med deres formelle fremtoning og moderne arkitektur en oplevelse af fremmedgjorthed hos brugerne. Ovenstående citat kan sammenlignes med, at kræftens bekæmpelse i Roskilde har bygget et nyt kræftpatienthus, men hvor Anni Ehlers oplever, at både unge og ældre med kræft har brug for at komme og deltage på INSP! frem for det nye kræftpatienthus, da de ønsker at være hvor andre mennesker er. De ønsker ikke kun at blive set som 100 % syge, men har et behov for at blive mindet om alt det andet, de også er (bilag 1.0. 05.10. 2016). Her kan det tænkes, at afsættet for at komme på INSP! i højere grad er et ønske om deltagelse i et aktivitetsfællesskab frem for problemfællesskabet i kræftpatienthuset.

Vi finder her et behov for en mere familiær ramme for at kunne føle sig som hele mennesker og ikke blot identificeret ved et "problem" eller en sygdom. Med denne forståelse bliver vi interesserede i at undersøge, hvordan følelsen af hjemlighed har betydning for den enkeltes sundhed og hverdagsliv?

9.5 "Den flydende familie"

Et hjem er grundlæggende forbundet med et sted at høre til og et sted, som man altid kan vende hjem til (Bech-Jørgensen, 2001). Informanterne anvender i mange sammenhænge ordet hjem når de fortæller om det at være bruger på INSP!:

"Det er et sted, hvor jeg kan tage hen og føle mig hjemme" (Brevsvar fra Leo, bilag 3. 07.03.17).

og

NYA: Jeg kan ikke forklare hvorfor, men der er ligesom opstået en eller anden hjemlig kultur, det er som om vi alle sammen føler lidt, at det er vores hus...

P: Ja, jeg føler, jeg kan komme og gå som det passer mig, jeg kan gå ind selv, som det passer mig, uden der er nogen her...

og

"Nogle af de her unge rejser ud, og så får de uddannelse og sådan noget, men når de hjemme i Roskilde så er de hjemme på INSP! ikk! De kommer lige "hjem" og hilser, så de har jo den dér tilknytning. Der var én der sagde forleden at det er en flydende familie, og det hun mente er, at det er nogle andre mennesker - det er familiært - så det ligger ligesom i kulturen eller stemningen eller strukturen, at det er nemt at komme ind ad døren og falde i snak med nogen" (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

Dét at være en del af en "flydende familie" og "komme hjem" til INSP!, og deltage i upågtede aktiviteter som f.eks. at drikke en kop kaffe eller spise sammen skaber en symbolsk orden af selvfølgheder, der giver mening. At komme "hjem til INSP!" bliver en del af hverdagslivet for flere af vores informanter.

"For mit hverdagsliv betyder det, at jeg har et sted som ikke er hjemme, hvor jeg kan slappe af med en kop kaffe" (Brevsvar fra Sara, bilag 3. 07.03.17).

På trods af at INSP! ikke er et hjem, er det tilsyneladende et godt alternativ til det at være hjemme.

og

Ib: Og det er jo fordi vi mødes på det her sted, og det er indrettet på, at der er et rum hvor man kan træffe hinanden og spise sammen. Altså det er en god aktivitet, når man skal lære nogle at kende og snakke lidt med dem.

I: Så du tænker maden faktisk er ret essentiel?

Ib: Ja, for man sidder jo overfor hinanden, og så er det naturligt at snakke sammen.

I. Ja, så du ser ligesom at det fælles måltid det er "klæbemidlet - en ret vigtig ingrediens?

Ib: Ja, for man behøver jo ikke koncentrere sig alene om det at spise man kan jo ind imellem veksle et ord. Det synes jeg er vigtigt (Interview med Ib, bilag 1.1. d. 23.03.17).

Disse hverdagsaktiviteter som et fælles måltid og en kop kaffe fremmer menneskelige relationer og fletter således sundhed og hverdagsliv sammen. Brugere på INSP! skaber og udvikler selv egne erfaringer, og sundhed bliver noget, der opnås gennem erfaring jf. Uffe Juul Jensens filosofiske sundhedsperspektiv (Juul Jensen, 2006). INSP! kan ses som et sted, der fremmer sundhed og trivsel ud fra et hverdagslivsperspektiv. Et sted der i kontrast til det etablerede sundhedssystem "Søger at overvinde kategoriserende, individualiserende, (over)forenkende og universaliserende opfattelser af sundhed og sygdom" (Pedersen, 2012 s. 70).

INSP! kan fremstå som en sundhedsfremmende setting, hvor sundheden skabes og leves af mennesker i hverdagslivet. Der er ikke et mål for hverken kort- eller langsigtede sundhedsgevinster, men et fokus på fællesskab og sociale dimensioner.

På INSP! bliver man mødt med tillid. Et eksempel herpå er Preben, der fortæller, at han har fået udleveret en nøgle, så han kan lukke sig ind på værkstedet, når han har lyst til det. Han har frihed til

selvstændigt at træffe valg om, hvornår og hvilken aktivitet han f.eks. vil igangsætte i værkstedet. Dette skaber et ejerskabsforhold, og Preben "empowers" således til selv at tage initiativer med afsæt i egne ønsker. INSP! som en sundhedsfremmende setting kombineret med en empowerment tilgang kan skabe et rum for, at brugere, kommunale og professionelle aktører og frivillige kan skabe en kollektivt orienteret tilgang med den "sidegevinst" at fremme borgernes sundhed.

"Lyst, frivillighed og engagement, ikke tvang og sanktioner (...) er katalysatorer for at skabe ejerskab og medansvar og efterfølgende aktiv deltagelse i sundhedsfremmende settings ud fra denne tænkning" (Lau & Dybbroe, 2012 s. 188).

Ifølge Dorris er det ved at koble settingtilgangen til empowerment muligt at integrere sundhedsfremme i borgerens hverdag. Settingtilgangen med empowerment tilkoblet har til formål at afsøge og udvikle lokale ressourcer og styrke borgernes handlerum og oplevelser af at have mulighed for at handle i de settings, de befinder sig i. En proces, der er inkluderende og ressourcefokuseret. For at udvikle sundhedsfremmende settings er det vigtigt at se ressourcer som en kollektiv faktor, hvor borgere, kommunale, professionelle aktører, frivillige aktører og institutioner m.m., involveres og oplever, at de har indflydelse. Ved anerkendelse af det kollektive vil der ske en positiv lærings- og udviklingsproces, hvor lyst og engagement er katalysatorer for at skabe ejerskab og medansvar. Den kortsigtede effekt er ikke nødvendigvis at finde i forhold til den fysiske sundhed, men omfatter i en bredere betydning dimensioner fra den enkeltes handlekompetencer i en hverdagslivsforståelse (Lau & Dybbroe, 2012).

Med denne forståelse bliver vi nysgerrige på, hvordan forskelligheden i fællesskaber kan skabe værdi for den enkelte, såvel som for synergien i fællesskabet. Og kan "aktivtetsfællesskaber" facilitere forskelligheden og dermed muligheden for at skabe relationer på tværs af segmenter?

9.6 "De menneskelige fællesskaber"

På INSP! oplever vi, at der opstår mange forskellige fællesskaber som "aktivtetsfællesskaber" og ikke som "problemfællesskaber". Ved problemfællesskaber oplever vi, at der opstår en "fragmentering" af menneskers muligheder for at indgå i fællesskaber på tværs af interesser og aktiviteter og de værdier, der ligger i dette.

Fællesskaberne på INSP! opstår på tværs af generationer, etniciteter, køn og social baggrund, hvor brugerne mødes i *menneskelige fællesskaber* og kan profitere af forskelligheden. Flere informanter giver udtryk for, at der på INSP! opstår mulighed for at mødes med mennesker, man ellers ikke ville have mødt, og Ib taler om vigtigheden af menneskelige fællesskaber på følgende måde:

“ (...)Ja og det er vigtigt at holde fast i det, som jeg også synes præger INSP! nemlig at man har det der, at det er ikke defineret ud fra, at her kommer kun de, der er interesseret i badminton eller sådan noget eller alle sammen er meget meget gamle eller sådan noget, - eller meget unge eller sådan..., - nej, det er netop det at vi kan mødes i et menneskeligt fællesskab, - det synes jeg jo er den goé ide ved INSP!” (Interview med Ib, bilag 1.1. 23.03.17).

Ibs pointe er, at det netop er forskelligheden, der udgør styrken i fællesskabet, fordi man på den måde kan bidrage med forskellige syn og vinkler på en sag. Han ser det som en stor fordel, at man kan mødes på et sted som INSP! *“og snakke i al almindelighed og lære mennesker at kende, som har helt andre interesser”* (Ibid.).

“Aktivitetsfællesskaberne”, som Ib kalder “menneskelige fællesskaber”, bliver meningsfulde, da de faciliterer muligheden for læring via andres personlige fortællinger. Herved skabes et tilhørsforhold til fællesskabet, som hele tiden reproduceres og genforhandles med henblik på at udvikles (Wenger, 2004).

Ifølge Amalie (brevsvar den 11.03.17, bilag 3) er det vigtigt, at der er plads til forskellighed, og at alle har mulighed for at blive hørt, og at det står åbent for nyankomne. *“Fællesskaber findes på alle niveauer og kan skabes med folk, som jeg umiddelbart aldrig ville have troet, jeg skulle indgå i et fællesskab med”* (Ibid.).

Dette kan tolkes som et udtryk for et behov og en lyst til at møde nye mennesker og muligheden for at danne nye fællesskaber. Kalle udtaler: *“Fællesspisning, dialog og uforpligtende samvær er det primære for mig. Uden faste rammer, ildsjæle, tværsnit af borgere, alle kan være med”* (Brevsvar fra Kalle, bilag 3. 06.03.17).

Amalie supplerer:

“I et godt fællesskab gør folk ting af lyst og ud fra det, de er gode til, men kan også godt gå på kompromis for fællesskabets bedste. Et godt fællesskab handler ikke om at udvaske linjen mellem dig selv og andre, men om, hvordan du bedst kan udfylde dit eget potentiale i kraft af, med og for andre” (Brevsvar fra Amalie, bilag 3, 11.03.17).

Amalie giver også udtryk for værdien af forskelligheden i fællesskaber, og at der er værdi i vekselvirkningen mellem mennesker med forskellige baggrunde.

Et menneskeligt fællesskab, hvor forskelligheden anerkendes, er essentielt for det enkelte individs identitet. Hannah Arendt skriver således:

“.. det enkelte menneske er forskelligt fra alle andre mennesker, men mødes i fællesskaber hvor handling og tale bliver bindeleddet mellem individerne. Man træder frem som person i fællesskabet, hvor folk er adskilt fra hinanden, men det fælles sprog og kommunikationen gør det muligt at komme frem til en forståelse af hinanden, vel at mærke hvis man anstrenger sig og forstår, at netop pluraliteten er udfordringen for mennesket i fællesskabet” (Lauritzen, 2010, s. 14).

Ifølge Wenger (2004) definerer vi, hvem vi er, ved den måde vi selv og andre betragter os på som medlem af et fællesskab. Det at blive en del af et fællesskab betyder både at gøre en aktiv handling og at være i relation med andre. På den måde bliver deltagelsen i fællesskabet både personlig og social, og læringen i dette bliver således identitetskabende.

I interviewet med Kurt udtrykker han identitetsdannelsen i fællesskabet med følgende ord:

(...) ”kommer ned på INSP!, fordi det der med at blive mødt af det der miljø med nogle mennesker, der smiler og siger hej til dig, og du bliver anerkendt og bliver set, som eksisterende, du får allerede bekræftet dig selv der” (Interview med Kurt, bilag 1.2. 22.03.17).

Identitetsdannelse kan ifølge Honneth kun ske ved anerkendelse fra andre. Fællesskaber er en dynamisk vekselvirkning, hvor individet bidrager til fællesskabet, men hvor fællesskabet også bidrager til individets identitet. Hermed reproduceres en kultur ud fra et fælles værdisæt. Der opstår en spejl-

effekt, hvor individet spejler sig i fællesskabet og får værdi med egen partikularitet. Således synliggøres det, at fællesskaber og relationer mellem mennesker kan udgøre en gensidig styrke for såvel ressourcestærke som mindre ressourcestærke personer, fordi det i begge tilfælde understøtter *“værdsættelsen af sig selv som medlem af et solidarisk fællesskab”* (Honneth, 2015).

Det at indgå i et anerkendende fællesskab kan bidrage til at understøtte en positiv selvfortælling og styrke selvværdet. Når individets handlekompetencer udfordres, kan det solidariske fællesskab således få en kompenserende effekt for den sociale ulighed.

Med dette forstår vi, at fællesskabet er en forudsætning for menneskers mulighed for at blive til som individ. Det gør os nysgerrige på, hvilke elementer i fællesskaber, der er værdiskabende.

9.7 “Om at engagere sig i de andres vuf”

Som tidligere beskrevet er praksisfællesskaber ifølge Wenger ikke et resultat af enkelte individers selvstændige engagement, men noget vi gør sammen på godt og ondt.

Kurt giver udtryk for, at nysgerrigheden i forhold til det forskellige ikke bare er noget, man accepterer ved, at nogen er der, men at man gerne *“vil engagere dem og engagere sig i deres liv”* (Interview med Kurt, bilag 1.2. 22.03.17).

Det handler således ikke blot om at være sammen, men også om at engagere sig aktivt i hinanden.

“der er et rigtigt godt slogan her, vi skaber selv et fællesskab, eller vi skaber selv sammen i fællesskaber, eller hvordan det nu er, men jeg kan rigtig godt lide, at man føler, at folk engagerer sig i det “vuf” de har på hjerte, og man passer på hinanden, man er opmærksom på hinanden”... (Interview med Kurt, bilag 1.2. 22.03.17).

Følelsen af engagement og rummelighed i det større fællesskab skaber mulighed for at inkludere og værdsætte menneskers partikularitet på tværs af sociale positioner og interesser. Med Hannah Arendts ord om muligheden for at tage initiativ til at ville andre mennesker:

“Menneskets højeste evne er begyndelsen. Begyndelsen (initium), giver altid mennesket muligheden for at tage initiativ i det menneskelige fællesskab. Vi kan træde frem som de personer, vi er og vise den åbenhed at ville have med andre mennesker at gøre.” (Lauritzen, 2010, s. 13).

Kurt er optaget af, at alle mennesker har et "vuf", og at dette "vuf" har en særlig værdi for det enkelte individ, men i høj grad også en synergieffekt for fællesskabet.

"Man har jo gjort noget smart, man har lagt nogle meget attraktive programmer og funktioner her i huset, som fører nogle forskellige brugergrupper sammen, man har f.eks. Sound og man har et folkekøkken, der mere henvender sig over mod en middelklasse af folk, der måske bare kommer herved for at få noget mad. Og så har vi socialpsykiatrien som er inde over som et slags program, så der bliver lagt nogle attraktive ting henede, som man kan gøre brug af og får tiltrukket nogle brugere på den måde" (Interview med Kurt, bilag 1.2. 22.03.17).

På INSP! finder vi således en mangfoldig og aktiv brugergruppe, som faciliterer forskelligheden, og der arbejdes bevidst med at skabe og opretholde en balance mellem disse. Det er vigtigt at have øje for værdien i forskelligheden, dog uden tvungen deltagelse i fællesskabet, sådan som man ser det i konceptuelle forløb i f.eks. kommunale tilbud.

På INSP! skabes et "mulighedsrum" for fællesskaber på tværs af segmenter. Evnen til at stå stærkt sammen indadtil og nedadtil øger evnen til at stå stærkt udadtil og opadtil, og kan få indflydelse på hverdagslivet på INSP! og på platformen INSP! som institution i samfundet.

"Vi arbejder med psykisk sårbare unges inklusion i almindelige fællesskaber, og der har vi lykket med en argumentation, der hedder: "platformen INSP! er for alle, vi styrker den så vi kan gøre noget bedre for de unge med psykisk sårbarhed", dvs. ved at investere i det almindelige fællesskab og aktiviteter, der overhovedet ikke handler om psykisk sårbarhed, så kan vi som en afledt effekt gøre deres vilkår bedre" (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

Dette kan ses som et eksempel på en kollektiv empowerment tilgang, som kan stå over for den individorienterede tilgang i det etablerede samfund. Værdien kan ligge i det, folk skaber sammen, men det kræver anerkendelse og accept af det enkelte menneske at kunne indgå i et skabende fællesskab. Anerkendende fællesskaber får betydning for den enkelte i forhold til såvel selvtillid som selvrespekt og selvværd og dermed det at blive til som menneske.

9.8 "Man kan komme som man er"

Med afsæt i fællesskabet opstår muligheden for at udfolde sig individuelt. Preben giver gennem interviewet eksempelvis udtryk for, at han har brug for det sociale fællesskab, da det bl.a. har givet ham mod til at bryde ud af systemet som arbejdsløs. Arbejdsløsheden har påvirket hans selvværd, hvilket ifølge Bech-Jørgensen (2001) kan forklares med, at arbejdsløse konstrueres som en mindreværdig social gruppe, og endda på en måde, så de også selv føler sig mindreværdige.

Preben siger:

"Man får en eller anden form for selvtillid af at gå at snakke med forskellige mennesker hernede og høre deres historie" og "ja, og så til sidst havde jeg været ude i noget jobprøvning, og så blev vi enige om - eller nok mere mig selv - at nu skal jeg ud af det her system" (Interview med Preben, bilag 1.4. 27.03.17).

Preben får således, med afsæt i et anerkendende fællesskab - den solidariske sfære, selvværd til at skabe en ny selvfortælling og får hermed ændret sin handlekapacitet og magter at forandre sin livssituation og blive arkitekt i eget liv. Dette bliver muligt som en afledt effekt af aktivitetsfællesskabet, fordi han anerkendes for den, han er, og ikke fordi han har et problem, som det vil være tilfældet i et problemfællesskab.

Ib opholder sig ofte ved brændeovnen og snakker med folk. Ib siger:

"der skal være sådan nogle pladser, hvor man kan sætte sig hen, hvor det bliver naturligt, at man sætter sig hen og måske får en kop kaffe eller sådan noget, og så kommer samtalen i gang, og så opdager man måske, at man har en hel del tilfælles, eller man har noget ud af at snakke med nogen, der har prøvet et helt andet liv end det, der svarer til ens eget" (Interview med Ib, bilag 1.0. 23.03.17).

Ved brændeovnen møder Ib en afrikansk pige med social angst, og deres møde på INSP! har gjort indtryk på dem begge:

"Der kommer en afrikansk pige, ja hun må have boet i Danmark al sin tid, for hun taler fuldstændig perfekt dansk, der er intet som helst i vejen. Men hun har altså også lidt social angst. Hun sagde,

da jeg talte med hende for en uges tid siden, så sagde hun helt af sig selv, at det var trygt, jeg sad her” (Interview med Ib, bilag 1.0. 23.03.17).

Ibs tilstedeværelse får værdi for pigen med social angst, da han uden pres og stress skaber en ro og giver hende en oplevelse af tryghed. Ib bliver “den konkrete anden”, som bidrager til at skabe en tryk atmosfære, og pigen med social angst får så meget selvtillid, at hun kontakter Ib og måske kan anvende denne nyerhvervede selvtillid til at udfordre sine sociale kompetencer.

Lilly fortæller, *“Jeg har været uheldig et par gange på nogle arbejdspladser, hvor jeg ikke har haft det særlig godt, så det var ikke lige så nemt”* (Interview med Lilly, bilag 1.4. 22.03.17).

Lilly udtrykker her en oplevelse af at have været udsat for en retslig krænkelse, idet hun ikke har følt sig anerkendt som ligeværdig på arbejdspladsen. Denne krænkelse har påvirket hendes evne til social integration i en negativ retning.

I starten var det lidt svært for Lilly at komme på INSP! og hun gik meget for sig selv, men hun er blevet socialiseret med andre brugere og har sin daglige gang på INSP!

“Folk er venlige og rare her, og man kan komme som man er, men ... man behøver ikke at kunne noget exceptionelt eller se ud på en speciel måde eller noget man kan bare komme, som man er” (Interview med Lilly, bilag 1.4. 22.03.17).

Dette har bevirket, at Lilly på eget initiativ har påtaget sig at arbejde med blomsterkasser. Det har en værdi for såvel Lilly som for stedet, at hun har påtaget sig dette arbejde. Lilly giver udtryk for, at hun føler sig set og respekteret, og hun træder nu frem som et fuldgældigt medlem af samfundet og har en værdi i fællesskabet. Lilly kan være et eksempel på, at fællesskaber på INSP! flytter fokus fra den lille minoritet, der er udenfor, til den store majoritet, der er indenfor (Ehlers et al., 2017).

Det vigtige for Lilly er ikke at være i store fællesskaber, men hun finder tryghed i at være omgivet af et anerkendende fællesskab, som ikke stiller krav til hende. Dette giver Lilly struktur i hverdagen og opblomstring i hendes hverdagsliv, hvilket Bech-Jørgensen beskriver med følgende ord:

“Upåagtede aktiviteter, vaner og rutiner skaber en vis kontinuitet og sikkerhed i hverdagslivet. Gentagelser hjælper med at integrere og bringe orden i de forskellige og modsatrettede krav vi møder hver dag. Bredt beskrevet handler vaner og rutiner om at finde sig tilrette med hverdagslivets betingelser” (Bech-Jørgensen, 2001 s. 17).

Det handler ifølge Bech-Jørgensen altså om, at det enkelte menneske må mobilisere dets ressourcer for at klare sig, sætte mål og vælge livsbane. Processer, der kan være reflekterede, men også mere eller mindre upåagtede (Bech-Jørgensen, 2001).

Med forståelsen af, at menneskers identitet skabes gennem de tre anerkendelsessfærer, er det interessant at se på, hvordan krænkelser af identiteten får betydning for evnen til at knytte sig til et fællesskab.

9.9 “Connecting people and creating sense of belonging”

Em har ikke været så mange gange på INSP! og giver udtryk for, at det er svært at finde sine ben i fællesskabet. Hun har svært ved samtalen og har brug for et fælles tredje, som eksempelvis en aktivitet, der kan lede til dialog.

“Altså det er meget sjovt det dér med, at der er aktiviteter, der styrker fællesskaber, synes jeg ... det har jeg tænkt over. Altså at det at snakke sammen ... det styrker ikke altid fællesskabet overhovedet” (Interview med Em, bilag 1.3. 28.03.17)

For Em er det en udfordring at komme ind i et fællesskab. Hun giver udtryk for, at hun tidligere har haft problemer med at indgå i fællesskabet og fortæller, at hun har følt, at tiden på gymnasiet har været svær og har hindret hende i det gode hverdagsliv:

“Jarhh gymnasiet i hvert fald... der var ikke så meget tid til at bevæge sig, og der var heller ikke sådan spontantid på den måde ... alting var planlagt “ (Interview med Em, bilag 1.3. 28.03.17)

og

“det var som om, der ikke var lyst til at lave et stort fællesskab ... der var sådan bitte små fællesskaber ... “ (ibid.).

Em har således oplevet krænkelse i fællesskabet, og hun giver udtryk for at have følt sig ekskluderet fra et fællesskab, som hun synes var sat for meget i rammer. Em svarer på spørgsmålet om, hvad et godt fællesskab er for hende:

“ øhmm at ingen bliver ekskluderet ... alle føler sig velkommen ... og alle respekterer forskelligheder ” (interview med Em, bilag 1.3. 28.03.17).

Em kan ses som værende i en identitetskabende læringsproces, hvor hun ønsker at føle sig inkluderet i det sociale liv og i et fællesskab med andre unge mennesker, som hun ellers ikke vil have mødt, og hvor hun kan genkende sig selv og blive anerkendt for den, hun er, og med de særlige egenskaber, hun besidder. Men Em drager sine erfaringer om eksklusion med sig fra tidligere sammenhænge og afviser samtale, som er en fællesnævner for fællesskaberne på INSP! som et middel til at styrke fællesskab og risikerer derved selv at blive ekskluderende og distanceskabende i denne nye sammenhæng. Dette knytter an til Benhabibs tanker om, at identitetsdannelsen hos de ekskluderede risikerer at blive selvforstærkende. Em har således ikke alene mistet selvværd, dvs. tro på sig selv, pga. et svigt i et tidligere socialt fællesskab, men hun har også mistet troen på andre.

Ifølge Dybbroe bygger sundhedsfremmearbejde på et fælles og socialt inkluderende fundament og er forbundet med læreprocesser, ikke kun formelle, men også uformelle, som skaber motivation for at forandre egne og andres sundhed (Dybbroe & Kappel, 2012).

Em giver udtryk for et paradoks, da hun på den ene side efterspørger en ramme, hvor der på forhånd er givet en fælles aktivitet - altså et fælles tredje. Samtidig mener hun, at det gode fællesskab bør være præget af spontanitet og rummelighed. På den måde peger hun på, at hun oplever, at fællesskabet kan opleves undefineret og uhåndgribeligt, når rammen ikke er sat på forhånd.

Ifølge Bech-Jørgensen er det kvalificerede hverdagsliv som det bedst mulige liv en utopi, da mennesket selv skaber deres hverdagsliv og gør det inden for de betingelser, der udgør den enkeltes livs muligheder og begrænsninger.

“Minimums-beskrivelsen af et godt liv kunne være at det handler om kvaliteten af de mellemmenneskelige forhold. Hvad der derudover er godt for mig, er ikke nødvendigvis godt for andre” (Bech-Jørgensen; 2001 s. 15).

Em har svært ved samtalen og det at indgå i et fællesskab, der ikke på forhånd er defineret. Dette kolliderer med fællesskabstanken på INSP! hvor ideen er at "skabe selv sammen".

INSP! er præget af flere fællesskaber, der ikke er fast definerede, ligesom rummene ikke er definerede til et bestemt formål, og det kan være svært at adskille brugere fra ansatte.

På denne måde adskiller INSP! sig som setting fra de fleste andre samlingssteder for social interaktion, hvilket særligt for nyankomne kan være en udfordring. Det kan for nogle virke uoverskueligt og kaotisk, hvorfor det kan være en proces at nå frem til at opnå ro og selvværd til at indgå i et fællesskab. INSP! har af samme årsag fokus på værtsrollen, hvor forskellige brugere dagligt er sociale værter, der byder nye velkommen og introducerer til stedet:

"Ja det vil være sådan en som mig i dag, og det er også vigtigt, at der er en der har tid til, ligesom at sige, hej du ser forvirret ud, og hvad er det for et rum, du er trådt indenfor, og en som altid præsenterer sig og ligesom, men det er egentligt sjovt, vi har en værtsrolle, fordi vi er jo allesammen værter ... du kommer jo ind ad døren, og så står vi her og snakker sammen ikke, så på den måde er der en rigtig god kultur med, at alle der kommer herop er en slags værter og siger hej og goddag i det omfang, man kan overskue det eller har lyst....." (Interview med Preben, bilag 1.4. NYA, 27.03.17).

Der er således en opmærksomhed på, at det er en proces at komme ind i et fællesskab, og at tid er en væsentlig faktor. Anni Ehlers siger:

"... det er et sindssygt travlt hus, men hvor folk oplever, at de har al den tid i verden. Så det er enormt modsætningsfyldt, men det er måske det, der skaber energi og griber folk, man kan godt sidde her, men jeg kan ikke sidde helt upåvirket af at se, der er gang i ting uden at få lyst til at være med på et tidspunkt" (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

I sociale settings er der ofte rammer og forventninger til at skulle præstere noget. På INSP! slapper folk af, og alle forventninger falder til jorden. Der er frihed til ikke at skulle noget bestemt, men der er mulighed for at deltage i fællesskaber i det omfang, man kan og vil. Som en form for fællesnævner for fællesskaberne på INSP! opstår der en følelse af hjemlighed. Det handler om "*connecting people and creating sense of belonging*" (Interview med Anni Ehlers, bilag 1.0. 05.10.16).

10.0 Metodediskussion:

I dette afsnit vil vi diskutere nogle af vores til- og fravalg i forbindelse med undersøgelsen, samt forelægge vores overvejelser i forhold til undersøgelsens kvalitet, styrker og begrænsninger.

Vi har i gruppen, som tidligere nævnt, vidt forskellige tilhørsforhold til INSP! Et af gruppens medlemmer har indgående kendskab til og er bruger af stedet, to har hørt om stedet, og to har intet kendskab til INSP!.

Vi har valgt at se vores forskellige relationer til INSP! som en styrke. Det har været nemt for os at få adgang på grund af det ene gruppemedlems tætte kontakt til både leder, ansatte og andre brugere. Vi har derved haft en gatekeeper, men også en, der i forvejen er dybt involveret i INSP! og således allerede har en række forestillinger om stedets sundhedsfremmende kvaliteter m.v. Men opvejet mod at "de ikke indfødte" gruppemedlemmer har haft mulighed for at benytte sig af en position som uvidende overfor f.eks. at forstå INSP! som en sundhedsfremmende setting, anser vi gruppens forskellige kendskab til INSP! som en styrke.

Vi har arbejdet med gruppens refleksivitet ved at anvende forskellige strategier for at etablere en distance til egne forforståelser, både fagligt og personligt. Dette har vi gjort ved indgående at diskutere interviewtransskriptioner, teori og forskellige fortolkningsmuligheder. Derudover har vi udnyttet gruppens størrelse til at gennemarbejde dele af analysen to og to.

Vores empiriske grundlag bestående af interviews, observationer og breve har givet os et grundlæggende indblik i INSP!'s hverdag og mulighed for at se stedet som en sundhedsfremmende setting. Brevene brugte vi bl.a. som inspiration til at komme nærmere ind på relevante temaer til vores interviews. Vores meget åbne spørgsmål til brevskriverne gjorde, at vi fik nogle meget korte og konkrete svar. Ved at være mere præcise i vores spørgsmål til brevskriverne, kunne vi måske have fået nogle mere uddybende svar, som vi kunne have anvendt mere i analysen, end det er tilfældet.

Både med hensyn til breve og interviews, har vi bevidst ikke skelnet mellem hverken køn, alder, etnicitet, sociale tilhørsforhold, eller andet. Vi har taget udgangspunkt i tilfældigt udvalgte informanternes personlige narrativ om deres syn på fællesskabets betydning og det gode hverdagsliv. Vores etnografiske arbejde har også været præget af tilfældigheder, idét vi ikke har valgt at observere specifikke aktiviteter, men mere har lagt vægt på at være til stede på forskellige tidspunkter i løbet af dagen. Vores åbne og eksplorative tilgang til undersøgelsesfeltet har givet os en lang række brugbare resultater på trods af vores løst strukturerede observationsarbejde. Vi er dermed bevidste om,

at vores empiriproduktion ikke er objektive sandheder og ikke kan generaliseres om til hverken køn, alder, diagnoser, etnicitet, sociale tilhørsforhold eller andet. Vi ser imidlertid vores åbne tilgang som en force, idét vi ligesom INSP! ønsker at se mennesket på tværs af køn, alder, diagnoser m.v. og i stedet fastholde fokus på fællesskaber og hverdagsliv. Vi har et bevidst ønske om en åben eksplorativ tilgang i modsætning til det, vi ofte oplever fra praksis, hvor mennesket opdeles i kategorier (Vallgård & Koch, 2013).

Troværdigheden af et studie afhænger af tilliden til "sandfærdigheden" af de indsamlede data og fortolkningen af dem. Det er derfor nødvendigt med transparens i forhold til at gennemskue og vurdere de forhold, hvorunder undersøgelsen er blevet til (Vallgård & Koch, 2013). Igennem afhandlingen har vi tilstræbt os at begrunde vores valg undervejs, både i forhold til teori, indsamling og bearbejdning af vores empiriske materiale.

Vi har benyttet os af metodekombination ved at anskue vores undersøgelsesfelt fra flere forskellige vinkler, jf. breve, interviews og etnografisk arbejde. Vi har i tråd med kritisk teori bestræbt os på at fortolke, hvordan udviklingen i samfundet forholder sig til idealet, i dette tilfælde fællesskaber på INSP! Vi har anvendt og diskuteret teori, og brugt dette i dialog med de erfaringer, vi har fået gennem vores feltarbejde. Vi er bevidste om, at enhver fortolkning er åben for diskussion, og at vi kun kan drage konklusioner og antagelser i forhold til den aktuelle kontekst, i hvilken undersøgelsen er foretaget. På trods af at kvalitative studier ikke som sådan tilstræber generaliserbarhed og repræsentativitet, bør vi som forskere alligevel overveje, om resultaterne kan overføres til andre sammenhænge eller grupper.

De resultater vi er nået frem til, vil altid være kontekstbundne og knytte sig til design, de aktuelle informanter og gruppens medlemmer. Vi mener, at vores resultat kan bibringe nye vinkler til at koble fællesskaber og sundhedsfremme i et hverdagsperspektiv og kan generere et beskedent, men kvalificeret studie til videre udvikling af arbejdet med sundhedsfremme og fællesskaber. Vi finder, at undersøgelsen kan bringe inspiration til sundhedsfremmearbejdet til glæde for os som fagprofessionelle, patienter, borgere og brugere.

11.0 Konklusion:

Denne afhandling er udarbejdet med henblik på at udforske, hvilken betydning anerkendende fællesskaber på INSP! har for det gode hverdagsliv, og hvordan vi kan forstå det som sundhedsfremme.

Ud fra vores samlede empiri kan vi konkludere, at fællesskaber på INSP! bidrager til øget handlekapacitet hos de af vores informanter, der er brugere på stedet. Den øgede handlekapacitet opstår som "afledte sidegevinster" til de fællesskaber, der etableres i forbindelse med f.eks. madlavning, kaffedrikning og arbejde i træværkstedet. Fællesskaberne opstår som spontane aktivitetsfællesskaber, hvor brugerne har en frihed til selv at vælge hvilken aktivitet, der er meningsgivende for den enkelte. Eksempelvis Preben, der vælger at lave kasser til LP'er, og Lilly, der arbejder med plantekasser. Vi finder, at denne mulighed for selv at vælge skaber et fundament for, at brugerne kan tage ejerskab til at skabe nye netværk og derved udvikle egen handlekapacitet. Dette sker på baggrund af en tillidsfuld og anerkendende tilgang. Deltagelsen i fællesskaber bliver både personlig og social og skaber derved en læring, der bliver identitetsskabende.

INSP! bidrager som setting med sin slidte arkitektur, genbrugsmøbler og uformelle atmosfære til en følelse af hjemlighed hos brugerne på stedet. Dette står i kontrast til moderne sundhedscentre og andre offentlige institutioner, hvor "sociale paladser" og "konceptuel ingeniørkunst" risikerer at få individet til at opleve sig som fremmedgjort. Vores empiri viser, at brugerne trives i INSP!'s uformelle rammer, hvor de ikke er en "del af systemet" som "borgere eller patienter". I traditionelle tilbud på f.eks. kommunale sundhedscentre, vil der ofte være et ønske om adfærdsændring og hermed en ulige magtfordeling. Denne magtfordeling er ikke til stede i samme form på INSP!, hvor der eksempelvis ikke udarbejdes målsætninger, handleplaner og evalueringer.

INSP! skaber en fornemmelse af hjemlighed hos vores informanter og giver således et islæt af hverdagsaktiviteter og fletter derved sundhed og hverdagsliv sammen. INSP! kan fremstå som en sundhedsfremmende setting, hvor sundheden skabes og leves af mennesker i hverdagslivets arenaer og sammenhænge. Konkluderende finder vi således, at vores informanter selv skaber og udvikler egne erfaringer gennem hverdagsaktiviteter på INSP!, og derved bliver sundhed, jf. Uffe Juul Jensens filosofiske sundhedsperspektiv, noget der opnås gennem levet erfaring. På INSP! er sundhedsfremme ikke på dagsordenen, men noget "der sker og gøres" uden krav om dokumentation og effektmåling. Vi konkluderer således, at sundhed også fremmes hos mennesker "når øjet holdes fra målet".

Vores masterafhandling viser, at koblingen mellem INSP! som en setting sammenholdt med empowermenttilgangen har et potentiale til at fremme vores informanters sundhed i et hverdagsperspektiv. I det etablerede sundhedsvæsen findes ofte en individfokuseret tilgang, som vi finder kan være

utilstrækkelig i forhold til at reducere ulighed i sundhed. Undersøgelser viser, at strategier som bygger på individet ikke har en stor effekt på uligheden i sundhed. Derfor konkluderer vi, at der er behov for nye sundhedsstrategier, som bygger på fællesskabstanken, og som integrerer i stedet for at specialisere og skabe afstand. De anerkendende kollektive og sociale dimensioner som tænkes ind på tværs af skel, uden et fastlagt mål, er centrale for, at dette lykkes. Denne form for kollektiv tilgang finder vi på INSP!

12.0 Perspektivering:

Velfærdsstaten har udviklet sig historisk og gennem samfundsmæssige forandringer. Med velfærdsstatens ekspansion er der skabt større materiel lighed i befolkningen, men også et større skel mellem rig og fattig. Samtidig ses nye betingelser for identitet og social inklusion, som har betydning for fællesskaber og menneskers muligheder for det gode hverdagsliv (Højlund & Juul, 2015).

Vi fødes som mennesker ind i fællesskaber, vi ikke selv har valgt, men som vi mennesker er dybt afhængige af. For hvor hører vi ellers til den dag hvor livet bliver svært, og hvad gør vi den dag, hvor vi ikke mere kan byde ind med noget til det "fælles bord"?

Da fællesskaber er afhængige af, at den enkelte bidrager til at skabe det, så opleves det ofte som et paradoks, når et menneske ikke kan eller vil bidrage til fællesskabet. Er mennesket så dømt ude? Og skal vedkommende så ekskluderes, hvilket ofte sker i samfundet?

Vi tænker, at så enkelt er det ikke.

Hvis samfundet skal lykkes i forhold til reducere af social ulighed, bør vi alle overveje, om den som ikke bidrager - ikke stadigvæk er velkommen. At tilhøre et fællesskab er eksistentielt betydningsfuldt for os alle, fordi vi er sociale væsener. Derfor har vi alle et ansvar. Fællesskaber skal holdes ved lige og udvikles, og det at indgå i fællesskaber skal læres, men mennesker kan ikke tvinges ind i tillidsfulde relationer.

Fællesskab og det gode hverdagsliv er et godt bud på, hvad sundhedsfremme egentlig er. Sundhedsfremme betragtes i dag som et vigtigt indsatsområde ved siden af behandling og sygdomme, og ses som et mangfoldigt og flertydigt begreb, der er præget af forskellige tænke- og handlemåder.

At begrebet sundhed og sundhedsfremme opfattes og tænkes ind forskelligt er en vigtig pointe i forhold til, at Danmark med afsæt i kommunalreformen fra 2007 har et ønske om at være blandt

verdens sundeste lande (Fredens et al., 2011). Hvis det at minimere antallet af syge i samfundet ved brug af KRAM er en succesfuld sundhedskurs, så er det i sig selv et vigtigt samfundsmål. Men hvis politikere og embedsfolk kun ser sundhed som fravær af sygdom, så finder vi, at myndighederne fastholder en forældet opfattelse. Vi ved, at sundhedsbegrebet i dag består af andre dimensioner som er væsentlige, især forhold som beskriver, hvordan sundhed kan fremmes.

En given sundheds- og sygdomsopfattelse kan ændres, og bevidstheden om, at der er forskellige opfattelser, har betydning for, hvordan borgeren tolker sin livssituation. Hvordan sundhedsbegrebet beskrives vil være afhængig af, hvilken videnskabsteoretisk position vi ser fra.

Sundhedsbegrebet består af tre videnskabsfelter, som fastholdes i et tredobbelt spændingsfelt; en samfundsvidenskabelig, en humanvidenskabelig og en naturvidenskabelig retning, men trækker ofte på sociologien med tråde fra filosofien, psykologien og pædagogikken (Fredens et al., 2011).

Vi er af den opfattelse, at ingen har patent på sandheden om sundhed og sundhedsfremme, men ser, at de forskellige videnskabsretninger kan bibringe med noget interessant ud fra hver deres forudsætning.

I fremtiden er det nødvendigt, at det offentlige sundhedsvæsen er i stand til at bryde de traditionelle faggrænser og samarbejde på tværs. Vi ved fra egen praksis, at det kan være svært at håndtere en tværfaglig og tværsektoriel sundhedsindsats, når der er forskellig opfattelse af sundhed og sundhedsfremme. Vi oplever i vores arbejdsliv, at der er gået inflation i sundhedsbegrebet, som i stigende grad præges af relativisme. Til gengæld tænker vi, at der er store og vigtige udviklingspotentialer for sundhedsfremme, men det kalder på en fælles referenceramme for at være mere kvalitativ og effektiv.

At kommunerne har overtaget en stor del af ansvaret for det sundhedsforebyggende og sundhedsfremmende arbejde (Vallgård, 2009a) ser vi som en mulighed for at indtænke sundhedsindsatsen i en større sammenhæng. Her vil det være muligt at udvikle fælles sundhedsfremmende metoder, som kan være empowerment forankret i sundhedsfremmende settings tæt på borgerens eget hverdagsliv.

Vi mener, at det er samfundets ansvar at tage vare på mennesker, især de mennesker, hvis liv ikke hænger sammen. Det må være et mål, at de mennesker har det lidt bedre i dag, end de havde i går.

I den forbindelse skal kvaliteten øges, og de strukturelle barrierer som hindrer menneskers mulighed for det gode liv ændres. Etablering af nye strukturer og samarbejdsflader som bygger på anerkendelse, hvor værdier og indhold giver mening og indtænkes i en sundhedstænkning, er nødvendig. På det strukturelle niveau kan etablering af nye strukturer og samarbejdsflader have betydning for social ulighed i sundhed. At sikre mennesker adgang til sundhedsydelser og sociale netværk menes at være en vigtig ressource, hvor det at miste eller blive afskåret fra socialt netværk modsat kan ses som den største og værste form for fattigdom (Fredens et al., 2011). Vi mener, at en inkluderende kollektiv tilgang til sundhedsfremme på et strukturelt niveau er en løsning. Frem for "rene" borgersyrede bottum-up strategier og "rene" forvaltnings- og professionsstyrede top-downstrategier bør der sættes på bottum-linked sundhedsfremmestrategier (Højlund & Juul, 2015). Dvs. strategier som baseres på dynamisk samspil og tætte forbindelser mellem på den ene side empowermentfaciliterende mødesteder på tværs af skel, forankret i anerkendende aktivitetsfællesskaber, og på den anden side netværk og organisering blandt borgere. Stærke empowermentstrategier som ikke nødvendigvis har et endeligt mål, indtænker vi som støtte til borgernes lyst til fællesskabet og dét at engagere professionelle og frivillige, der godt vil gøre en forskel.

Den store udfordring og hindring for velfærdspolitikken i dag er at skabe identitets- lærings- og deltagelsesmuligheder for alle, hvilket er vigtigt, fordi det er baggrunden for, at den enkelte kan udnytte medborgerlige rettigheder, som er kernen i en anerkendende velfærdspolitik. En anerkendende velfærdspolitik giver efter vores mening mennesker håb, tilhørsforhold og meningsfuldhed i det gode hverdagsliv.

Honneths teori om kamp for anerkendelse har lært os, at social værdsættelse af det liv, som vi lever, har betydning for selvværd, selvrealisering af det gode hverdagsliv og for en vellykket identitetsdannelse. Den sociale anerkendelse er værdsættelse af levemåder, der har værdi for et konkret fællesskab. Vi ser ofte, at visse livsformer og livsopfattelser nedværdiges eller opfattes som uacceptable, hvilket kan betyde disrespect fra andre (Honneth, 2006). Bevidstheden om anerkendelse eller disrespect i alle menneskelige relationer, mener vi, vil sætte sit præg på vores tænkemåder og på måden, vi taler om og med borgere. Anerkendelse ser vi som et fundament for socialt medborgerskab og retfærdighed.

Borgerrettigheder og inklusion i fællesskaber er ikke meget værd, hvis borgerne reelt ikke anerkendes som etiske og juridiske personer. Vi er enige med Benhabib som skriver, at fratagelse af borgerrettigheder vil føre til tab af selvagtelse og selvværd, hvilket gør det vanskeligt for den enkelte at forfølge drømme om det gode liv. At være arkitekt i eget liv forudsætter inklusion, deltagelse og reelle anerkendelsesmuligheder. Derfor må målet i samfundet være inklusion gennem anerkendelse og etisk autonomi.

Forestillingen om etisk autonomi betyder, at borgerens vision om menneskelig opblomstring og det gode hverdagsliv forudsætter gode menneskelige relationer til andre og "retfærdige" institutioner (Høilund & Juul, 2015). For os er idealet, at alle offentlige institutioner arbejder ud fra et grundlæggende og ukrænkeligt princip om anerkendelse af borgernes etiske autonomi.

Mens den traditionelle velfærdsstat tidligere var *kompenserende* og især satte sit sociale apparat i gang, når borgere ikke af egen drift kunne bidrage til fællesskabet, er politikken i konkurrencestaten i dag *investerende* og søger at knytte den enkelte til fællesskabet via vedkommendes arbejdsformen (Pedersen, 2008). Dermed er det skæve magtforhold i spil, hvor "hjælp" og myndighedsudøvelse er sammenblandet i et asymmetrisk forhold, samtidig med at velfærdsstaten drejer sig væk fra en faciliterende velfærdspolitik. Her tænkes på New Public Management og neoliberalisme, som har individualisme og individets frie valg i fokus, og som modsvares af fællesskabsfilosofier, herunder kommunitarisme som er opstået i USA i 1980'erne (Juul, 2012).

Velfærdsstatens udvikling i efterkrigstiden har delvist gjort ideen om socialt medborgerskab muligt. Hvor identitet og social inklusion tidligere var noget, der fulgte med medlemskabet af en afgrænset social klasse, er identitet i dag i stigende grad betinget af, at det enkelte menneske anerkendes for sine særlige egenskaber (Høilund & Juul, 2015). Velfærdsstatslige omfordelingspolitikker har dermed ikke skabt anerkendelsesmuligheder for alle, og på nogle områder har velfærdsstatslige ekspertsystemer gjort det vanskeligere for mange mennesker at opnå den anerkendelse, som er en betingelse for at udvikle en socialt velfungerende identitet.

INSP! er og har ikke været tænkt som en sundhedsfremmende setting, men har været set på som sådan fra mange sider. Empiri på INSP! har vist, at brugerne har mulighed for at genforhandle deres sociale identitet ved at omskrive betydningsindholdet af deres tidligere oplevelser ved at snakke

med andre. Det narrative element ser vi som et muligt redskab i andre sundhedsfremmende interventioner, hvor mennesker kan fortælle deres egne historier og forstå deres liv i en ny sammenhæng. Selvrealisering knytter sig til selvværd, selvtillid og selvagtelse, som atter er afhængig af anerkendelse. Det står i stærk kontrast til den underkendelse, vi oplever, at mange mennesker møder i deres hverdag.

For os er det fællesskab, som findes på INSP! et godt fundament for social læring, som kan fremme sundhed ved at få mennesker til at blomstre.

Vi har en tro på, at flere mødesteder som INSP! dukker op i horisonten og håber, at disse kan blive anerkendt i samfundet ved at tænke deltagelse på tværs af skel og indføres i lokalsamfund på nye måder som et alternativ til det etableret system.

*“Hvad nu hvis vi tænker, at der skabes tilbud, hvor der ikke stod værested, kulturhus, bibliotek eller mødelokale over døren, men steder som kunne rumme alle disse funktioner og flere endnu? Dermed kunne vi tiltrække en større mangfoldighed af mennesker, så folk med psykiatriske diagnoser f.eks. kunne møde andre mennesker fra lokalområdet. Vi kan nå langt, hvis vi bruger fællesskabet”
(Ehlers et al. Information, 22.04.17).*

Ovenstående citat viser nye tilgange til hvordan fællesskaber i fremtiden kan tænkes ind, hvis politikere, sundhedsprofessionelle, borgere og frivillige tør bevæge sig ud i nye eksperimenterende tiltag. Det kunne være et interessant tankeeksperiment.

Litteraturliste:

Andersen, J. (2012): *Sundhedsstrategier i et empowermentperspektiv*. I.B: Dybbroe, B. et al (red). Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv. Samfundslitteratur.

Arendt, H. (2008): *Eichmann i Jerusalem - en rapport om ondskabens banalitet*. (Red). Gyldendal.

Bech-Jørgensen, B. (1994): *Når hver dag bliver hverdag*. Akademisk Forlag, 2. oplag 1994.

Bech-Jørgensen, B. (2001): *Nye tider og usædvanlige fællesskaber*. Nordisk Forlag A/S, København. 1. udgave, 1. oplag 2001.

Benhabib, S. (2004): *The rights of Others - Aliens, Residents, and Citizens*. Cambridge University Press, s. 1-24.

Bildfelt, A. (2012): *Metodekombination med kritisk analyse*. I.B: Fuglsang, L. (red) Teknikker i samfundsvidenskaben. Roskilde Universitetsforlag.

Bjerrum, M (2005): *Fra problem til færdig opgave*. Akademisk Forlag. København.

Bowring, F. (2011): *Hannah Arendt, a critical introduction*. Pluto Press, London.

Brinkmann S. (2010): *Patologiseringsstenen: Diagnoser og patologier før og nu*. I.B: Det diagnostice-rede liv, sygdom uden grænser (red.). Forlaget KLIM.

Brinkmann S. (2017): Artikel I: folkekirken.dk: *Mister vi fællesskabet, mister vi os selv*. <http://www.folkekirken.dk/aarets-hoejtider/paaske/faellesskab/mister-vi-faellesskabet-mister-vi-os-selv>

Center for frivilligt socialt arbejde (2014): Rapport: *Den frivillige sociale indsats*. Frivilligrapport (2014).

Christensen et al. (2013): *Det kvalitative forskningsinterview*. I. B: Vallgård, S og Koch, L (red). Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Forlaget Munksgaard, København 2007.

Diderichsen, F. et al (2008): *Den tunge ende - Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed*. Dagensmedicinbøger.

Diderichsen, F. et al (2011): *Uligheder i sundhed - årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen. København.

Dooris, M. (2009): *Sundhedsfremmende settings*. I.B: Carlsson et al.: sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Aarhus universitetsforlag, s. 277-293.

Dybbroe, B (2016): *Mental sundhed, klasse og livshistorie - perspektiver til synliggørelse af socialt ulige erfaringer og identiteter*. I.B: Ulighed i sundhed - nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver. Frydenlund Academic.

Dybbroe, B & N.Kappel (2012): *Ulighed i sundhed - et sundhedsfremmeperspektiv på socialt udsatte*. I. B: Dybbroe, B. et al (red). Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv. Samfundslitteratur.

Døssing, L. (2004): *"Nye tider og usædvanlige fællesskaber"* I tidsskrift: Nordisk socialt arbeid, nr. 02 - 2004.

Ehlers, A et al (2017): *Kronik I: Information: Lokalt fællesskab og forbundethed er den bedste medicin*. 22.april 2017.

Fredens, K. et al (2011): *"Sundhedsfremme i hverdagen - få mennesker til at vokse"*. Munksgaard Danmark (red).

Forebyggelseskommissionen (2009): *Vi skal leve længere og sundere - Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. April 2009.

From, D. (2012): *De sunde overvægtige børn - sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn*. Ph.d. afhandling fra Forskerskolen i livslang læring. Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning. Roskilde Universitet.

From, D. & Kristensen, K. (2012): *Sundhedsfremmende pædagogik i hverdagskulturen. Et forsknings- og udviklingsprojekt*. CSUF. Roskilde Universitet.

Fuglsang, F. et al (2007): *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer*. 3. udg., 1. oplag. Samfundslitteratur.

Gannick, D. (2005): *"Social sygdomsteori - et situationelt perspektiv"*. Frederiksberg. Samfundslitteratur. Kap. 1+2.

Glasdam, S. (2009): *Folkesundhed - menneskehedens interesse par excellence*. I.B: Folkesundhed - i et kritisk perspektiv (red). Dansk sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Hastrup, K. (2010): *Ind i verden - En grundbog i antropologisk metode* (red.) 2. udgave. kap. 2. Hans Reitzels Forlag.

Henningsen, P. (2001): *Magt over tingene. Signild Vallgård - om politik, sundhed og sygdomsforebyggelse i historien*. I: Tidsskrift. Fortid og Nutid, 12/2001, s. 306-312.

Honneth, A. (2006): *Kamp om anerkendelse. Sociale konflikters moralske grammatik*. 1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag.

Honneth, A. (2015) *Behovet for anerkendelse*. Red. Rasmus Willig. 1 udgave, 7 oplag. Hans Reitzels Forlag.

Højlund, P & S. Juul (2015): *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. 2. udg. Hans Reitzels Forlag.

Illeris, K. (2016): *Læring*. Samfundslitteratur. 3. udg.

INSP.dk (2017): Web-side; INSP.dk

Jensen, B.B (2005): *Sundhedsfremme og forebyggelse to forskellige paradigmer? I*: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund. 3/2005.

Jensen, T.K & T.J. Johnsen (2006): *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Philosophia. 2. udg., 9. opl.

Jensen, U.J & P.F. Andersen (1994): *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Philosophia.

Jensen, U.J (2006): *Sygdom som fremmedlegeme eller erfaring? - Sundhed som individuel eller gensidig omsorg*. I.B: Akselsen et al (red). Sundhed, udvikling og læring- professionelle perspektiver på børn og unges sundhed. Billesø & Baltzer.

Jensen, U.J (2010): *Patologisering og kampen om sygdomsbegrebet*. I.B: Brinkmann, S. (red). Det diagnostiserede liv. Aarhus. Forlaget Klim.

Juel, K. & N.K. Rasmussen (2002): *"Danmark i internationalt perspektiv"* I.B: L. Iversen et al (red). Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom. Munksgaard, København s. 45-63.

Juul, S & Pedersen, K. Bransholm (2012): *Videnskabsteori - en indføring*. 1. udg. 2. oplag. Hans Reitzels Forlag.

Kamper-Jørgensen, F. og G. Almind (2005): *Forebyggende sundhedsarbejde* 4. udg. Munksgaard Danmark.

Kjøller, M et al (2007) red.: *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed. København.

Kvale, S. & S. Brinckmann (2009): *Interview: introduktion til et håndværk*. 2. udg. Hans Reitzels Forlag. København.

Land, B. & K. B. Pedersen (2010): Artikel. *Sundhed - et individuelt eller et samfundsmæssigt ansvar*. I: Social kritik, nr. 122/2010.

Lau, C. B. (2015): *Jeg vil bare ha' et fucking liv*. Ph.d. afhandling. Kap. 2. Center for sundhedsfremmeforskning. Institut for Psykologi og uddannelsesforskning. Roskilde Universitet.

Lau, C. B & B. Dybbroe (2012). *Kommunal sundhedsfremme i borgernes hverdag - ud fra en settings- og empowermenttilgang*, I. B: B.Dybbroe et al (red). Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv. Samfundslitteratur.

Lauritzen, J. (2010). *"Hannah Arendt - Tænkning, opdragelse og dannelse"*. Forlaget Kohl.

Lave, J. & I. Wenger (2003): *Situeret læring - og andre tekster*. Hans Reitzels Forlag. København.

Lehn-Christiansen, S et al (2016): *Hvorfor en ny bog om ulighed i sundhed? Bogens fokuseringer og tilgange. En indledning*. I.B: Ulighed i sundhed - nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver. S. 7-30. Frydenlund Academic.

Liveng, A. (2012): *Sundhedsfremme som livslang og "livsbred" læreproces*. I.B: Dybbroe B. et al (red). Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv. Samfundslitteratur.

Marmot, M. et al (2008): CSDH: *Closing the gap in af generation*. World Health Organisation. s. 8. WHO.

Mortensen, K.M (2003): *En introduktion til Hannah Arendts "The human condition"*. I: Tidsskrift: Religion. 2003/Nr. 4, s. 23-33.

Olsen, P.B og K. Pedersen (2014): *Problemorienteret projektarbejde - en værktøjsbog*. Roskilde Universitetsforlag, 3. udg.

Otto, L. (1998): *Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede*. København. Komiteen for sundhedsoplysning.

Otto, L. (2009): *Sundhed i praksis*. I.B: Folkesundhed - i et kritisk perspektiv (red) Glasdam, S., Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch.

Pedersen, K.B et al. (2012): *Behovet for teorier om sundhedsfremme*. I.B: Dybbroe, B. et al(red). Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv. Samfundslitteratur.

Socialvirksomhed.dk: Erhvervsministeriets vækstcenter for socialøkonomiske virksomheder. 2016.

Sundhedsloven: (2005). Lov nr. 546 af 24. juli 2005.

Sundhedsstyrelsen:

Social ulighed i sundhed: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesundhed/social> (12.02.1015).

Vallgård, S. (2009 a): *Hvad indebærer brugen af begrebet livsstilssygdomme*: Artikel. I: Kritisk debat 2009/10/29.

Vallgård, S. (2009 b): *Forebyggelse og sundhedsfremme - definitioner, historie og magtudøvelse*. I.B: Folkesundhed - i et kritisk perspektiv (red) Glasdam, S. Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Vallgård, S & Allan Krasnik (1999): *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik -en introduktion*. 2. udg. Munksgaard.

Vallgård, S. & Allan Krasnik (2016): *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. Munksgaard.

Vallgård, S og Lene Koch (2013): *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard, København.

Wenger, E. (2004): *Praksisfællesskaber - læring, mening og identitet*. Hans Reitzels Forlag. København.

WHO (1986): *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva. World Health Organisation.

Bilag:

1.0 Interview med Direktør Anni Ehlers, INSP!

1.1 Interview med Ib

1.2 Interview med Kurt

1.3 Interview med Em

1.4 Interview med Preben og Lilly og en nyankommen (NYA)

2.0 Deltagerobservation ved interview af Anni Ehlers

2.1 Deltagerobservation - folkekøkken

2.2 Deltagerobservation - rundvisning og folkekøkken

2.3 Deltagerobservation - interview med Kurt, Preben og Lilly

3.0 Breve - empiri

3.1 Anmodning om besvarelse af breve vedr. hverdagsliv

4.0 Projekt - og procesdagbog

5.0 Henrik Bjørnskov Madsen, 56009: Refleksion over læringsproces

5.1 Birgitte Ehlers, 56660: Refleksion over læringsproces

5.2 Christina Brinch Møller, 56662: Refleksion over læringsproces

5.3 Susan Krongaard Tanzer, 56663: Refleksion over læringsproces

5.4 Charlotte Berggreen Smidt, 56667: Refleksion over læringsproces