



Installation: Tine Rask Eriksen "SUK".



Af Heidi Myglegård Andersen

ULIGHED I SUNDHED

– hvordan skal det forstås og håndteres

Danmark har et problem med en voksende ulighed i sundhed. For at ændre på det, er det nødvendigt at forbedre de nuværende sundhedsstrategier og anskue sundhed i et bredere perspektiv, der inddrager sociale aspekter af et sundhedsbegreb.

Ulighed i sundhed har længe været på den politiske dagsorden, og alligevel eksisterer der både internationalt og i Danmark en voksende ulighed i sundhed. Dette bliver i store dele af den politiske verden og også af World Health Organisationen WHO beskrevet som et problem, der kræver handling. Den generelle ulighed i et samfund har ud over at have indflydelse på befolkningens sundhed også indflydelse på et lands økonomi og velstand (Bjørnskov, 2012; B. Christensen, 2012; Helliwell, Putnam, & Mattei., 1995). Diskussioner omkring policy-erklæringer og den videnskabelige tænknings betydning for udvikling af sundhedsfremmestrategier i praksisfeltet er løbende blevet debatteret, og problemstillingerne er fortsat aktuelle, da den internationale og den danske teoretiske tænkning på området kun i begrænset omfang har præget praksisfeltet. Der eksisterer altså i dag et gab mellem konceptudviklingen og praksisudviklingen inden for sundhedsfremmefeltet (Dean & McQueen, 1996; Diderichsen et al, 2011).

Denne artikel søger at bidrage med nye teoretiske og praktiske løsninger på fænomenet ulighed i sundhed, og kaster et blik dels på strukturelle barrierer med henblik på, i praksis, at fremme lighed i sundhed, og dels på den teoretiske sundhedsforståelse der ligger bag problemstillingerne med en voksende ulighed i sundhed. Der er i artiklen fokus på ulighed i sundhed for unge mennesker med dårligt psykisk helbred eller med en psykiatrisk diagnose, da denne gruppe er særligt udfordret. Selve fænomenet "ulighed i sundhed" ansues i et spændingsfelt mellem på den ene side en tilgang baseret på et individ- og risikoorienteret sundhedsperspektiv, med baggrund i epidemiologisk og biomedicinsk videnskabsteori, og på den anden side en tilgang med et relationelt og socialt sundhedsperspektiv hentet fra Ottawa-charteret, hvor sundhed defineres som en "*tilstand af komplet fysisk, socialt og mentalt velbefindende*" (WHO, 1986:1).

Psykiatrifonden (2013) anslår, at hver anden familie kommer i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. 200.000 danskere lider af depression, 200.000 lider af angst, og ca. 300.000 lider af misbrug. Dertil kommer de andre psykiatriske diagnoser som skizofreni, bipolar lidelse, psykoser og demens, og ikke mindst den voksende gruppe af socialt udsatte og unge hjemløse borgere (Andersen, 2015; Pedersen, 2013; Skovbo, 2015). En del af problemstillingerne kan henføres til udsatte borgeres vanskeligheder med at indpasse i de eksisterende sundhedstilbud, og oplevelser af ”dårlig kommunikation”, og til behandlingssystemets strukturelle vanskeligheder med tværgående håndtering af psykiatriske og komplekse problemstillinger (Skovbo, 2015).

I KORA rapporten ”Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom”, beskrives at forekomsten af psykiske lidelser har været stigende de seneste år, især når det handler om depression, angst og personlighedsforstyrrelser. Det antages, at mindst en halv million danskere lige nu er ramt af psykisk sygdom i lettere eller sværere grad, og at en del har mere end én diagnose (Skovbo, 2015). Derfor er der politisk også kommet et fokus på området både nationalt, regionalt og kommunalt.

I Region Syd har almen lægepraksis, kommuner og region udarbejdet ”Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse”. Et af elementerne i strategien er en kampagne, der sætter fokus på overdødeligheden blandt psykisk syge. I strategien anslås, at 60% af overdødeligheden kan forklares ved, at psykisk syge ikke i tilstrækkeligt omfang bliver behandlet for fysiske sygdomme – ofte livsstilssygdomme som hjertekarsygdomme, diabetes og luftvejsinfektioner. KORA rapporten peger endvidere på et omfattende problem med selvstigmatisering: ”Selvstigmatisering henviser til, når personer med psykisk sygdom internaliserer den negative forskelsbehandling, de måtte opleve, og sætter begrænsninger for sig selv ud fra en forventning om, at de ellers vil blive mødt af (yderligere) negativ forskelsbehandling og fordomme. Tre ud af fire deltagere angiver inden for det sidste år at have undladt at søge job grundet deres psykiske sygdom, og tilsvarende andel angiver at have undgået tætte relationer til andre mennesker inden for det sidste år. Flere respondenter beskriver i de åbne svar-kategorier, at de skjuler deres lidelser grundet dårlige erfaringer med at være åben og frygten for at blive negativt forskelsbehandlet” (Skovbo, 2015:7).

Det er i et uligheds perspektiv vigtigt at sætte fokus på stigmatisering, da det som beskrevet i citatet og i KORA rapporten har store konsekvenser for mennesker med psykisk sygdom. Rapporten, som er baseret på en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, beskriver meget tydeligt konsekvenserne af, men ikke årsagerne til, denne stigmatisering. Generelt har rapporten mest fokus på de fysiske konsekvenser af de psykiske problemstillinger. Endvidere beskrives stigmatiseringsproblematikken ud fra et individuelt og ikke som et socialt eller et samfundsmæssigt perspektiv.

I sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke omhandler mental sundhed beskrives, at ”Tegn på dårlig mental sundhed er blandt andet nedsat livskvalitet, ensomhed og et højt stressniveau” (Sundhedsstyrelsen, 2012:10), og det fremhæves, at ensomhed har vist sig at være på niveau med rygning og alkohol som risikofaktor for død (Sundhedsstyrelsen, 2012:6). Også andre undersøgelser har påvist en sammenhæng mellem ensomhed, mangel på sociale netværk og forekomst af fysisk sygdom (som hjerte kar sygdomme) og død (Kriegbaum, 2013; Lund & et al, 2014), alligevel er indsatser målrettet ensomhed eller årsager til stigmatisering ikke eksplisit prioriteret i de nuværende sundhedsstrategier.

Sammenfattende kan beskrives, at de forskellige forståelser af sundhed på et overordnet plan kommer til udtryk via et spændingsfelt mellem 1) de nationale sundhedsstrategier og de politiske og (eventuelt faglige) målsætninger om at reducere den voksende ulighed i sundhed, og 2) en tilgængelighedsproblematik forstået som ”lige adgang til sundhed”, som kommer til udtryk via på den ene side et universelt perspektiv om lige adgang til sundhedsbehandling og på den anden side en ulige anvendelse af de eksisterende sundhedstilbud (Andersen, 2015).

Praksisfeltets udfordringer

I denne artikel beskrives praksisfeltets muligheder og udfordringer via anvendelse af, dels empiri fra ph.d. afhandlingen ”Community health – sundhedsfremmestrategier og planlægning i lokalsamfund” med et empirisk nedslag i København NV (Andersen, 2015), og dels et empirisk nedslag i Lolland og Guldborgsund kommuner ”En håndholdt indsats – Praksisnære erfaringer fra Lolland-Falster – om potentialer og vanskeligheder ved indsatser, der understøtter sundhed, trivsel og udviklingsmuligheder i sårbare unges liv” (Lau, Delica, & Andersen, 2017)

under den regionale indsats målrettet lighed i sundhed ”Broen til bedre sundhed” (Fonnesbech, 2014). Der er i begge projekter tale om aktionsforskningsprojekter med fokus på forandringspotentialer for at forbedre ulighed i sundhed.

Ph.d. afhandlingens empiriske nedslag tog udgangspunkt i et tværfagligt planlægningsforløb af et sundhedsprojekt ”Lige adgang til sundhed” i et udsat boligområde. Københavns Kommune har en politisk målsætning om at reducere den voksende ulighed i sundhed (Andersen, 2015), og derfor er der igangsat byfornyelsesprojekter i flere udsatte boligområder, et af dem er Fuglekvarteret på Nørrebro. Fra start af projektet var der fokus på, at Forebyggelsescenter Nørrebro skulle flytte til Mimersgade, to km længere ind mod centrum. Dette medførte en diskussion om forståelsen af ”Lige adgang til sundhed” og om hvorvidt tilgængelighedsproblematikken skulle målrettes mod ”rekruttering af borgere” til det lokale forebyggelsescenter eller om forebyggelsescenteret skulle åbne sig op mod borgernes behov. Problemstillingen handler grundlæggende om, hvorvidt borgeren skal tilpasses systemet eller om systemet skal tilpasses borgeren. Det viste sig gennem aktionsforskningsprocessen, med involvering af et borger perspektiv, at borgernes sundhedsbehov ikke blev tilgodeset. Fra starten af projektet var perspektivet, ”at vi ved, hvad problemet er” med henvisning til KRAM faktorerne. Men på brugerniveau fremhæves spinkle netværk, ensomhed, stigmatisering og mødet mellem borgeren/systemet med manglende forståelse, som centrale sundhedsfaktorer (Andersen, 2015).

Fastsættelse af målet for sundhedsindsatsen (KRAM – fokus) medførte altså, at andre vigtige sundhedsproblemstillinger blev overset, også risikofaktorer der kan indeholdes i et biomedicinsk sundhedsperspektiv. Arly, en borger fra lokalområdet, fortæller for eksempel, at folk i lokalområdet bytter piller med hinanden og beskriver, at der findes ”pensionist-pushere”, som sælger piller, de har fået udskrevet af lægen. Han fortæller, at ”vi dør ikke af at ryge, vi dør af almindelige sygdomme, fordi for hvert lille symptom tager vi en pille mere”. Som løsningsforslag til dette foreslås en gadesygeplejerske eller lignende, som anses som et bedre alternativ end en læge, idet lægen bare udskriver flere piller, men en sygeplejerske kan give råd og vejledning og kan lave et tjek af de mange forskellige piller, der tages (Andersen, 2015). Et andet løsningsforslag var at hjælpe folk, når der sker brud i livet: ”Folk begynder at

komme på værtshuset, når de mister deres arbejde, deres kone eller mand. Det er der, man skal hjælpe dem” (Andersen, 2015:81).

I projekt ”Sårbare unge på Lolland Falster – Udfordringer for praksisforandringer” fremkom en anden type af målfastsættelse i form af et uddannelsesfokus for de unge mennesker. På lignende måde som et KRAM fokus har også et uddannelsesfokus sin berettigelse for en stor gruppe unge mennesker, men det kraftige fokus overskygger systematisk for andre muligheder og indsatser. I projektet blev der afholdt et seminar med forskellige praksisfolk¹⁾ der arbejder med udsatte unge mennesker på Lolland Falster. Her beskrev en medarbejder fra et jobcenter et forløb med en ung kvinde, der for fjerde gang er blevet henvist til et brobygningsforløb på en produktions-skole: ”*Hun styrer hele butikken hver gang hun kommer ind. Helt vildt. Alle der er i lokalet går fuldstændigt i stress mode når pigen er tilstede. Hun har nogle diagnoser der gør at hun kan sætte gang i gaden. Det giver sku nogle udfordringer – der er ingen steder at sende hende hen*” (mandlig deltager). En kvindelig seminar-deltager udtaler: ”*Hvis unge ikke kan indgå i et uddannelsesforløb er det svært. For den unge pige kunne det være behandling, men en anden mulighed kunne jo være en eller anden form for beskyttet beskæftigelse i nogle timer om ugen, – og så ved jeg godt at jeg rører ved det der med pension og sådan nogle ting, men der mangler altså ligesom en anden mulighed*” (kvindelig deltager). Citaterne beskriver dels fejlplacering af den unge pige, men beskriver også en trykket praksisfaglighed og manglende alternativer til et uddannelsesfokus. Den kvindelige deltager udtaler sig om ”faglighed og dokumentation” i forbindelse med en debat om komplekse borgerforløb: ”*Dokumentation – det er jo rigtigt fint, men er vi i virkeligheden i stand til at lave den dokumentation? Jeg må udtale mig om noget.... Og må ikke udtale mig om det her....hvis jeg kommer til at udtale mig om det her, så! – Det er faktisk en svær vej at bevæge sig på for os der arbejder i det her felt*” (kvindelig deltager). Debatten og citatet sætter dels fokus på faglig silotænkning som gør det vanskeligt at varetage komplekse problemstillinger, og dels beskrives også faglige vanskeligheder i forbindelse med den eksisterende lovgivning på området. For eksempel nævnes forløb med 2x13 ugers forløb. Det beskrives, at disse kortsigtede projekforløb ”*ikke kan redde 20 års problemer*”. Der peges endvidere på manglende opfølgning og koordinering på tværs af kommunerne: ”*Der er ikke nogen opfølgning. Hvad*

skal ske og hvem skal opfølgningen leveres til? Det får lov til at glide ud i sandet – ok så forsvinder denne her person fra vores radar – Det siger mig noget om at ressourcerne kan være spildt. Det er et godt eksempel på hvor mange ressourcer man er nødt til at bruge for at få nogle systemer til at tale sammen og imens så står den unge her ude på siden og bliver mere og mere skubbet hen mod kanten” (anden kvindelig deltager).

Disse problemstillinger i praksisfeltet har store konsekvenser, Rådet for Socialt Udsatte har udgivet rapporten *“Man føler sig som en tennisbold, der bliver kastet frem og tilbage i systemet”* (2013). Rapporten beskriver via samtaler med unge mennesker med psykiske problemstillinger at: *“De unge oplever en række problemer, som savner løsninger. Der er allerede mange gode initiativer rundt om i landet – men som de unges fortællinger viser, har intentionerne svært ved altid at blive omsat til reelle løsninger på de unges problemer. Det system, der er sat i verden for at hjælpe de unge, er det samme system, som de unge oplever, gør tilværelsen besværlig”* (Sjursen, 2013:1).

Ovenstående problemstillinger og citatet viser, at mødet med borgeren med psykiske eller psykiatriske problemstillinger er udfordret både i den primære og den sekundære sundhedssektor. Konsekvensen er, at mange udsatte borgere ikke søger hjælp i det etablerede sundhedssystem, med øget ulighed i sundhed til følge.

Dette er ikke ny viden og der er da også taget forskellige initiativer for at afhjælpe den voksende ulighed i sundhed. Blandt andet er der i kommunalt regi indført forskellige former for mentor ordninger for unge og i flere regioner er der lavet forsøg med indførelse af socialsygeplejersker (Johansen, 2015). En COWI rapport, der evaluerede social sygeplejerske-funktionen i København i 2013, konkluderede, at social sygeplejerskerne giver et kvalitetsløft til en meget udsat og syg patientgruppe og bidrager til at udligne den sociale ulighed i behandlingen af patienter på sygehuse (Johansen, 2015). Formanden for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen udtaler at *“der bør være socialsygeplejersker repræsenteret på hospitalerne i hele landet – behovet er der og intet tyder på, at det bliver mindre”* (Christensen, 2017:1).

I projektet *“Sårbare unge på Lolland Falster – Udfordringer for praksisforandringer”* peger de lokale aktører på andre alternativer og løsningsmulig-

heder. Der peges på forbedring af indsatser der støtter de unges udvikling og handlingskompetence, så de bliver bedre i stand til at tage mere ansvar og kontrol over eget liv. De foreslår indsatser med:

- Fokus på overgange i den unges liv (håndholdte indsatser og bedre lovgivning)
- Fokus på at understøtte etablering af sociale netværk i den unges liv
- Fokus på at skabe en tryk base for den unge (relationen til den unge, respekt/tillid)
- Almen viden om hvordan man begår sig i samfundet (Elsass, 1998).

Der kan sammenfattende argumenteres for, at det etablerede sundhedssystem udvider det traditionelle sundhedsperspektiv og inddrager et mere relationelt og en mindre stigmatiserende tilgang til de udsatte og psykiatrisk svage borgere.

Den teoretiske forståelse af sundhedsbegrebet

I en biomedicinsk sundhedsforståelse ses sygdomsbehandling som middel til det sunde liv, eller rettere til fravær af sygdom. Tilgangen har baggrund i en risikotænkning, hvor det drejer sig om at undgå faktorer, der forårsager sygdom, hvilket kan beskrives som et patogenetisk perspektiv. Salutogenese derimod stammer fra saluto = sundhed, genese = oprindelse og omhandler faktorer der forårsager sundhed. Beskrivelse af denne dikotomiske forståelse af sundhedsbegrebet skal ikke forstås som en afvisning af den biomedicinske tilgang til sundhed, der er snarere tale om en udvidet forståelse af sundhed som anses som nødvendig for at kunne pege på alternative tilgange til de nuværende sundhedsstrategier. Der er i litteraturen fremsat kritik af det positivistiske sundhedssyn blandt andet via psykologiske og sociale perspektiver på sundhed og sygdom, som er uløseligt knyttet til begreber som følelser og værdier. Psykologen Peter Elsass nævner aspekter som *“et liv i balance”* og har et fokus på det sunde liv, hvor sygdom opstår, når den enkelte ikke lever eller gives mulighed for at leve *“det gode liv”* (Elsass, P. & Lauritsen, 2006). Elsass peger endvidere på det samfundsmæssige, hvor ikke blot institutionelle rammer, men også det diskursive, dvs. måden vi overhovedet kan tale meningsfuldt om sundhed på, er medtænkt. Selve begrebet sundhedsfremme/health promotion stammer fra efterkrigstiden, hvor WHO (1948) intro-

ducerede begrebet for at modvirke de store uligheder i sundhed, der fulgte efter krigen. WHO's definition af sundhed forsøger at forene det fysiske sundhedsbegreb omhandlende "fravær af sygdom" med humanistiske og holistiske perspektiver på sundhed.

Endvidere sætter sundhedsfremmebegrebet fokus på de samfundsvidenskabelige, sociale og kollektive årsager og perspektiver på sundhed. Sundhedsperspektivet kan siges at være baseret på utopiske horisoner, idet der efterstræbes en "tilstand af komplet fysisk, socialt og mentalt velbefindende" (WHO, 1986:1). Den store udfordring ved dette utopiske sundhedsbegreb er, at der ikke er tale om et fast defineret mål for sundhed. Dermed er det vanskeligt at håndtere både teoretisk og praktisk. Sundhedsfremmeforskeren Signill Vallgård definere begrebet således: "I sundhedsfremme er målet først og fremmest at øge folks følelse af sammenhæng, dvs. følelsen af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed – eller med solide danske ord at styrke folks livsmod, livsglæde, handleevne og fornemmelse af overskud i hverdagen. Arbejdet er kort sagt baseret på mulighedstænkning, drevet af håb, domineret af nedefra-og-op-perspektiv, idet kun den enkelte borger kender sin egen følelse af sammenhæng. Sundhedsarbejdet er forankret i en dynamisk tænkning, hvor læreprocesser, erfaringer og følelse af sammenhæng (aktør-perspektivet) er ligeså vigtige som levekår og stressorer (strukturperspektivet)" (Signill Vallgård, 2005;19).

Citatets aktør- struktur perspektiv sætter fokus på borgerens stemme, opfattelse af mening, men også sociale faktorer som levekår. Aktør-struktur perspektivet kan endvidere videreføres til debatten om ansvar for sundhed. Er sundhed et samfundsmæssigt eller et individuelt ansvar eller hvorledes håndteres spændingen mellem dette i de nationale sundhedsstrategier? Faren er, at håndtering af stressorer kan tolkes, og bliver i praksis tolket, som en individuel belastning, og fokus lægges på, hvordan individet kan begribe og håndtere disse stressorer (Esping-Andersen, 1990). Der bliver i sidste instans tale om den enkeltes evne til at klare udfordringerne selv, hvilket kan medføre "victim blaming" hvis det ikke lykkes (Ferreira, Peragine, & Brunori, 2013).

WHO's sundhedsfremmeperspektiv har et empowerment perspektiv, og har et blik på både individets og gruppens handlekapacitet. Perspektivet inddrager dermed et fokus på dels netværk og på de betingelser og de mulighedsrum, der er til stede i indi-

videts omverden, og dels de sociale omstændigheder, som er en del af den hverdag, individet eller grupper af individer indgår i: "health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment" (WHO, 1986:2).

Forståelsen af sundhed har indflydelse på udførelse og implementering af sundhedsstrategier, derfor er en udvidelse af forståelsen vigtig for tilgangen til og håndteringen af ulighed i sundhed, både når det handler om udformning af sundhedsstrategier på nationalt plan, til håndtering i praksis og i uddannelsen af praksisfeltet.

De danske nationale sundhedsstrategier

Historisk set er Danmark et socialdemokratisk velfærdsregime (Esping-Andersen, 1990) med et universelt sundhedsvæsen, der implicerer et princip om "lige adgang" til sundhed. Samtidig er Danmark i et internationalt perspektiv et af de mest lige lande i verden målt på indkomst (Ferreira m.fl., 2013), og dermed er nogle vigtige aspekter af de sociale sundhedsdeterminanter understøttet. Alligevel er der en eksisterende og voksende ulighed i sundhed i Danmark (Diderichsen, Scheele, & Little, 2015).

Ifølge de nordiske sundhedsfremme forskere Signill Vallgård og Elisabeth Fosse, der begge uafhængigt af hinanden anvender Esping-Andersens velfærdsregime-terminologi til analyse af nationale sundheds dokumenter, er de danske nationale sundhedsstrategier, på trods af vores universelle velfærdsregime, udmøntet i et liberalt velfærdsregimes perspektiv, hvor der fokuseres på individets eget ansvar for sundhed og hvor de tilhørende sundhedsstrategier er fokuseret på adfærdsregulering (Fosse, 2011; Vallgård, 2008). Den individuelle ansvarsplacering kan resultere i "victim blaming" og efterfølgende stigmatiseringsprocesser (Almlund & Holm, 2015; Vallgård, 2011).

Vallgård pointerer, at filosofien bag de danske sundhedsstrategier er baseret på at staten yder relevant information og borgeren selv skal træffe livsstilvalg: "En vigtig forudsætning i det forebyggende arbejde er nemlig relevant information, så den enkelte kan træffe sine valg på et veloplyst grundlag. Afgørende er, at den enkeltes selvbestemmelse respekteres. Det offentlige skal ikke styre vores liv."

Og hun afslutter: ”Her kan det se ud som om den danske regering mener, at mennesker både kan og skal træffe deres egne frie valg. Som jeg vil vende tilbage til, gælder dette ikke helt for de udsatte grupper” (S.Vallgård, 2007:2). Ifølge Vallgård hænger årsagsforklaringerne bag stigmatiseringsprocesserne altså netop sammen med den individuelle ansvarsplacering. Vallgård beskriver endvidere, at de danske sundhedsstrategier har fastholdt samme grundlæggende neoliberalistiske politiske filosofi på trods af skiftende regeringer, der er altså tale om en sporafhængighed. Når de danske sundhedsstrategier er udformet i et neoliberalt perspektiv, og når årsagen til sygeligheden hovedsagelig ses som individuel adfærdsregulering og eget ansvar for sundhed, bliver et centralt spørgsmål om adfærden er et frit og uafhængigt valg eller ej.

Sammenfattende kan siges, at vi i Danmark har en problemstilling med en fortsat stigende ulighed i sundhed, og for at ændre på dette er det nødvendigt at vi forbedrer de nuværende sundhedsstrategier. De empiriske nedslag i artiklen peger på, at strategierne bør fokusere på dels relationer og handlekompetencer og dels på strukturelle barrierer og stigmatiseringsprocesser. Teoretisk har artiklen vist, at det er nødvendigt at anskue sundhed i et bredere perspektiv der inddrager et salutogenetisk sundhedsperspektiv og inddrager sociale aspekter af et sundhedsbegreb.

Ph.d. afhandlingen ”Community health sundhedsstrategier og planlægning i lokalsamfund” som omhandler ulighed i sundhed har vist, at i international sammenhæng og i WHO regi har der gennem årtier været fokus på helhedsorienterede perspektiver og ressourceorientering i sundhedsfremme (Brønnum-Hansen, Holm, Schnohr, & Diderichsen, 2013; Diderichsen, Nygaard, & Bonde, 2009; Diderichsen m.fl., 2011; Signild Vallgård, 2008). WHO fremhæver lokale initiativer tæt på borgerne, hvor ejerskab hos såvel borgere, lokale ressourcepersoner og den offentlige administration er væsentlige for at kunne håndtere ulighed i sundhed og de komplekse udfordringer, som dette indebærer (Brønnum-Hansen, Holm, Schnohr, & Diderichsen, 2013; Diderichsen, Nygaard, & Bonde, 2009; Diderichsen m.fl., 2011; Signild Vallgård, 2008). I modsætning til dette er de danske sundhedsstrategier mod ulighed i sundhed generelt adresseret gennem enstrengede sundhedstiltag baseret på en simpel årsags-virk-

ningsammenhæng (Andersen, 2011, 2015). Der er med andre ord tale om en risiko orientering og ikke ressource eller kapacitetsorientering som er indeholdt i et WHO sundhedsperspektiv. De danske sundhedsstrategier er endvidere målrettet individuel adfærdsændring, og ikke, som det i større omfang gør sig gældende i for eksempel Norge, på strukturelle og sociale faktorer (Andersen, 2011, 2015).

Der er epidemiologisk evidens for effekten af de enstrengede sundhedsindsatser, men denne tilgang har vist sig utilstrækkelig i forhold til at adressere den voksende ulighed i sundhed. Det mere komplicerede flerstrengede perspektiv fordrer inddragelse af forskellige sfærer, metoder og perspektiver, og dette kan ikke i samme omfang evidensbaseres, men kan vise sig mere effektivt i forhold til at adressere fænomenet ulighed i sundhed (Bjørnskov, 2012; Helliwell m.fl., 1995).

På trods af international evidens for effekt af en flerstrengt community health tilgang (Delica m.fl., 2017), er denne tilgang fortsat i sin vorden i Danmark. Community health-tilgangen, som er udviklet i en international sammenhæng, har behov for at blive udviklet i forhold til en dansk kontekst men det er nødvendigt at sundhed som et åbent, foranderligt, kontekstuel og socialt begreb, for at have effekt, integreres i de nationale og kommunale sundhedsforståelser og sundhedsfremmestrategier.

*Heidi Myglegård Andersen er Docent,
Professionshøjskolen Absalon.*

LITTERATURLISTE:

- Almlund, P., & Holm, J. (2015). Post Rio Communication Styles for Deliberation: between individualization and collective action. I *The Conference on Communication and Environment*.
- Andersen, H. L. (2011). Kollektiv Sundhedsfremme i et empowerment perspektiv. *Roskilde Universitetcenter, specialeafhandling*, 72.
- Andersen, H. L. (2015). *Community Health – Sundhedsfremmestrategier og planlægning i lokalsamfund*. København: Roskilde Universitet. Hentet fra <http://rudar.ruc.dk/handle/1800/27071>
- Bjørnskov, C. (2012). How Does Social Trust Affect Economic Growth? *Southern Economic Journal*, 78(4), 1346–1368. <https://doi.org/10.4284/0038-4038-78.4.1346>
- Brønnum-Hansen, H., Holm, A. L., Schnohr, C. W., & Diderichsen, F. (2013). Flere sunde leveår på Nørrebro og i Bispebjerg: Hvilke udfordringer er der? *Københavns Universitet. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, I, Afdeling for Social medicin, Institut for Folkesundhed*.
- Christensen, B. "Kapacitetsopbygning i Lokalsamfund". *Tidsskrift for Socialpolitisk Forening* 6 (2012): 32–38.
- Christensen, G. (2017). Socialsygeplejerske bør udbredes til hele Sjælland. *Sjællandske, Januar*.
- Dean, K., & McQueen, D. (1996). Theory in Health Promotion Introduction. *Health Promotion International*, 11(1), 7–10.
- Delica, K., Andersen, H. L., & Lau, C. B. (2017). Sårbare unge på Lolland Falster – Udfordringer for praksisforandringer. (*fortcoming*). *Roskilde Universitet*.
- Diderichsen, F., Gamrath Rasmussen, J., & Döllner, N. (2008). *Den tunge ende: sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed: debatbog*. Kbh.: Dagens Medicin Bøger.
- Diderichsen, F., Nygaard, E., & Bonde, A. (2009). *Samarbejde mellem forskning og praksis på forbyggelsesområdet*. Kbh.: Albertslund: Sundhedsstyrelsen; [eksp.] Schultz Grafisk.
- Diderichsen, F., Scheele, C. E., & Little, I. G. (2015). Tackling health inequalities locally: the scandinavian experience. Copenhagen: University of Copenhagen.
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i sundhed : årsager og indsatser : udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Finn Diderichsen, Ingelise Andersen og Celie Manuel*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Elsass, P. & Lauritsen, P. (2006). *Humanistisk sundhedsforskning*. Hans Reitzels Forlag.
- Elsass, P. (1998). *Sundhedspsykologi*. København: Gyldendal.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Ferreira, F. H. G., Peragine, V., & Brunori, P. (2013). Working Paper Series Inequality of Opportunity , Income Inequality and Economic Mobility : Some International Comparisons Paolo Brunori Inequality of Opportunity , Income Inequality and Economic Mobility : Some International Comparisons, (7155). Hentet fra <http://ftp.iza.org/dp7155.pdf>
- Fonnesbech, J. (2014). Lighed i sundhed. *Broen til bedre sundhed*, 22(3), 20–22.
- Fosse, E. (2011). Different Welfare States-Different Policies? An Analysis of the Substance of National Health Promotion Policies in Three European Countries. *International Journal of Health Services*, 41(2), 255–272. <https://doi.org/10.2190/HS.41.2.e>
- Helliwell, J. F., Putnam, R. D., & Mattei., F. E. E. (1995). *Economic growth and social capital in Italy*. Milano, Italy: Fondazione Eni Enrico Mattei.
- Johansen, H. W. (2015). Evaluering af Projekt Socialsygepleje – COWI. Hentet 13. januar 2017, fra <http://www.cowi.dk/menu/project/oekonomimanagementogplanlaegning/organisationsudviklingogvelfaerdsanalyser/sundhed/evaluering-af-projekt-socialsygepleje>
- Kriegbaum, M. (2013). Does the association between broken partnership and first time myocardial infarction vary with time after break-up? *International Journal of Epidemiology*, 42, 1811–1819. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt190>
- Lau, C. B., Delica, K., & Andersen, H. L. En håndholdt indsats Praksisnære erfaringer fra Lolland-Falster — om potentialer og vanskeligheder ved indsatser, der understøtter sundhed, trivsel og udviklingsmuligheder i sårbare unges liv. (2017). Hentet fra http://forskning.ruc.dk/site/files/60175424/RUC_En_ha_ndholdt_indsats_Endelig_version.pdf
- Lund, R., & et al. (2014). Stressful social relations and mortality: a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203675>
- Marmot, M. (2012). Health equity: the challenge. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(6), 513–514. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2012.00948.x>
- Pedersen, P. V. (2013). Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. *Rådet for Socialt Udsatte, Syddansk Universitet, Dansk Institut for Folkesundhed*.
- Povlsen, L., Karlsson, L. E., Regber, S., Sandstig, G., & Fosse, E. (2014). Are equity aspects communicated in Nordic public health documents? *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(December 2013), 235–241. <https://doi.org/10.1177/1403494813520358>
- Rasmussen, P. S., & Johansen, K. S. (2013). *Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom. En landsdækkende spørgeskemaundersøgelse som et led i evalueringen af kampagnen EN AF OS*. KORA Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Sjursen, J. ., Man føler sig som en tennisbold, der bliver kastet frem og tilbage i systemet .: Rådet for Socialt Udsatte (2013). Hentet fra ISBN 978-87-7546-417-3
- Skovbo, P. (2015). *Oplevet diskrimination og stigmatisering blandt mennesker med psykisk sygdom. Kora*. KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Vallgård, S. (2007). Social ulighed i sundhed – et mangetydigt fænomen. *Kritisk Debat*, 4. Hentet fra http://www.kritiskdebat.dk/articles.php?article_id=101
- Vallgård, S. (2008). Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 85(1), 71–82. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.004>
- Vallgård, S. (2011). Why the concept "lifestyle diseases" should be avoided. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), 773–775.
- WHO. (1986). *Ottawa Chartre for Health Promotion*. *Ottawa Chartre for Health Promotion*, 1–5. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

NOTE:

1. Der var tale om ledere og medarbejdere fra dels jobcenter, produktionskøler og andre kommunale tiltag (fx målrettet unge mødre) (WHO, 1986).