

Af Nicole Thualagant, Kirsten Bransholm Pedersen, Birgit Land & Erling Jelsø

HVORFOR SKABER SUNDHEDS- POLITIKKEN IKKE (MERE) SUNDHED

Bud fra samfundsvidenskaberne

I foråret 2018 blev den nye sundhedsprofil 2017 offentliggjort. Sundhedsstyrelsen har undersøgt danskernes sundhedsadfærd målt på en lang række parametre som styrelsen har opstillet som indikatorer på danskernes sundhed: rygning, alkoholindtagelse, kost, fysisk aktivitet, vægt, dårligt mentalt helbred, stress mv. (Sundhedsstyrelsen 2018). I undersøgelsen deltog godt 180.000 personer, og tallene er nedslående. På alle parametre på nær alkoholindtagelse, viser tallene, at danskernes adfærd i forhold til de opstillede mål er gået i den forkerte retning. Siden de sidste målinger i 2010 og 2013 er flere danskere blevet overvægtige, vi spiser mere usundt, bevæger os mindre, vi føler os mere stressede, flere unge ryger og flere unge kvinder har mentale helbredsproblemer. Undersøgelsen viser også, at den sociale ulighed i sundhed stadig er stor.

En anden udmelding fra myndighederne viser også, at det går i den forkerte retning. På et åbent samråd i Sundhedsudvalget i februar måned måtte sundhedsminister Ellen Trane Nørby fra Venstre melde ud, at det mål statsminister Lars Lykke Rasmussen i 2009 satte, om at danskernes middellevetid i 2020 skulle være blandt de ti højeste i verden, ikke ville kunne indfris. Sundhedsministeren konstaterede også på mødet, at danskernes middellevetid ikke er forøget i samme takt som vore nabolandes (Altinget, 28. feb. 2018).

Denne udmelding, og det billede sundhedsprofilen tegner af danskernes sundhedstilstand, har givet anledning til kommentarer, spørgsmål og kritik fra både politikere og organisationer. Det diskuteres om de forebyggelsestiltag, som har været taget i anvendelse, har været de rigtige, og om de er tilstrækkelige. Formanden for Danske Patienter (Camilla Hersom) udtaler, at det vi ser, er en falliterklæring for sundhedspolitikken, og peger bl.a. på, at der er behov for flere strukturelle tiltag og en opsøgende indsats i forhold til de grupper, som ikke tager sundhedsstyrelsens

budskaber til sig. Formanden for Vidensråd for Forebyggelse (Morten Grønnebæk) peger også på strukturelle tiltag i form af højere priser på cigaretter og at fjerne dem fra hylderne. Det har man haft gode resultater med i England og Norge udtaler han. (Altinget, 6. marts 2018). Den socialdemokratiske leder (Mette Frederiksen) har også været på banen, og har argumenteret for, at der skulle flyttes penge fra behandling til forebyggelsesområdet, men 'det er hulens svært at gøre ... hulens svært. Og jeg tror ikke, nogen af os rigtig har knækket, hvordan vi for alvor kommer i gang med at forebygge på den store dagsorden'. Hun mener det er en balancegang, for man skal ikke slå folk oven i hovedet med oplysningskampagner og sundhedspolitik (Altinget, 7. marts 2018). Den socialdemokratiske ordfører på sundhedsområdet (Flemming Møller Mortensen) fremfører, at der skal sættes ind overfor tobaksrygning, og mener ikke, at regeringen tager sagen alvorligt nok. Han henviser til, at forebyggelsesekspert peger på, at der skal fokuseres meget mere på tobaksområdet, og kritiserer regeringen for ikke at ville foreslå en afgiftsforhøjelse på tobak. Sundhedsministeren påpeger, at regeringen har gjort en indsats både på behandlingsområdet med kræftpakkerne og på forebyggelsesområdet med fokus på bl.a. kost og motionsvaner. Ministeren påpegede, at der er historiske grunde til, at danskernes middellevetid er lavere end i vore nabolande. Årsagen er, ifølge hende, at danske mænd og kvinder i 1960'erne og frem til 1990'erne havde nogle af verdens højeste rygeprævalenser, samt et højt alkoholforbrug, hvilket i dag viser sig som ekstra dødsfald som følge af kræft samt hjerte- og karsygdomme (Altinget, 6. marts 2018).

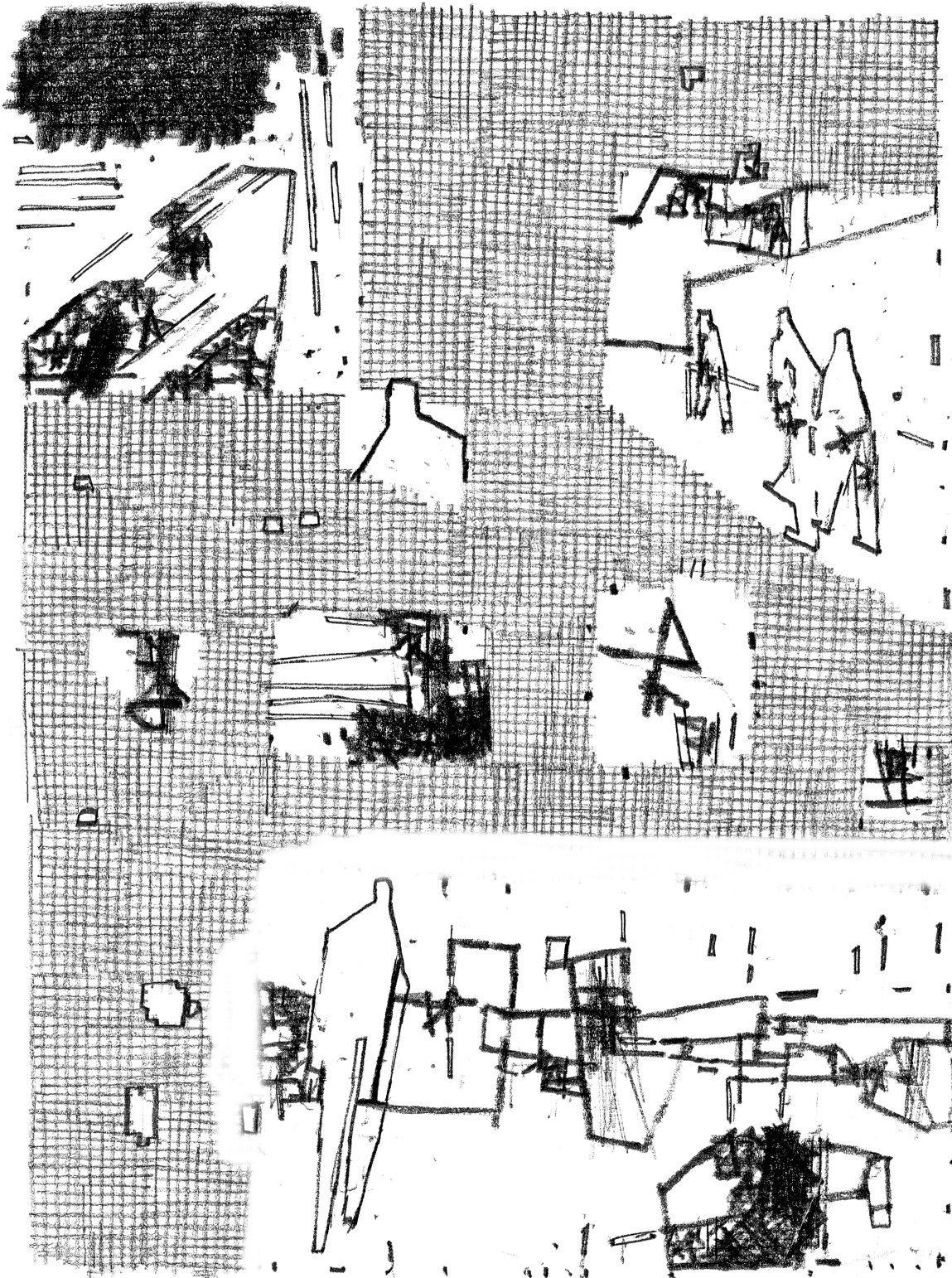
Vores overordnede kommentar og kritik af den danske sundhedspolitik og debatten om, hvordan danskernes sundhed kan fremmes er, at det perspektiv der lægges på problemstillingen er alt for snævert. Der argumenteres og handles ud fra et snævert individorienteret og kropsligt biomedicinsk perspektiv, og ikke ud fra et socialt og samfundsmæssigt perspektiv, som vi argumenterer for er nødvendigt, hvis befolkningens sundhedstilstand skal udvikle sig i en positiv retning. Også når de ovenstående aktører taler om strukturelle tiltag, som er fint, får det en snæver rækkevidde, fordi forslagene holder sig indenfor det biomedicinske perspektiv med fokus på den enkeltes adfærd. At fremme en befolknings

sundhed er en meget kompleks og mange-facetteret problemstilling. Hvis målene om at øge middellevetiden og reducere uligheden i sundhed skal nås, må sundhedspolitikken ind i en bredere samfundsmæssig rammeforståelse. Og det er der faktisk allerede givet nogle bud på indenfor sociologien og samfundsvidenskaberne. Vi står derfor både undrende og kritiske overfor, at den viden der findes ikke har fundet vej, eller er blevet nedprioriteret, i de politiske institutioner, som har magt til at ændre de sundhedspolitiske prioriteringer. I det følgende vil vi give et kort overblik over den forskning og den viden, som vi mener ville kunne have gjort en forskel. Også i den danske sundhedspolitik. Og nogle eksempler på aktuelle sundhedsmæssige problemstillinger, som der ikke kan findes løsninger på indenfor en snæver individorienteret livsstil diskurs.

HVAD KAN SAMFUNDSVIDENSKABEN BIDRAGE MED?

Kritikken af et snævert fokus på individet er ikke ny. Den individualiserende sundhedspædagogik som der politisk blev lagt op til i slut 70erne mødte allerede dengang stor kritik (Social -og Sundhedspolitisk gruppe 1979). Social Kritik har også haft fokus på problematikken i en længere årrække, bl.a. med artiklen 'Sundhed – et individuelt eller samfundsmæssigt ansvar?' (Land og Pedersen 2010) og artiklen 'Ulighed i sundhed – hvordan skal det forstås?' (Andersen 2017). I førstnævnte artikel blev der fremført en kritik af, at sundhedspolitikken begrebsligt og strategisk i alt overvejende grad var styret ud fra et biomedicinsk perspektiv, hvor fokus er rettet mod den enkeltes adfærd og livsstil. Og i forlængelse heraf på ansvarliggørelse af den enkelte borger, som i mange tilfælde ikke har haft adgang og magt til at ændre de sociale og samfundsmæssige forhold som producerer sundhedsproblemer. Der blev peget på behov for et perspektivskifte i sundhedspolitikken, men som den seneste sundhedsprofil og diskussionen af denne viser, er problemerne kun voksende og perspektivet er stadigvæk snævert rettet mod regulering af den enkeltes adfærd.

I det følgende afsnit vil vi give et indblik i, hvad der kan forstås som de væsentligste årsager til de negative tal vedrørende folkesundheden, som fremlægges i den nationale sundhedsprofil fra 2017. I afsnittet vil vi dels se på den konkrete viden og de begreber, der igennem en længere årrække er blevet



Tegning Gert Hansen

skabt med afsæt i politiske institutioners målsætning om mere, og mere lige fordelt, sundhed i befolkningen. Dels vil vi opridsede teoretisk centrale bud på, hvorfor den store viden fra praksisfeltet kun i ringe grad er blevet implementeret i den førte politik. I Danmark kan man med rimelighed sige, at vigtig viden næsten systematisk er blevet ignoreret i den konkrete sundhedspolitik. På baggrund heraf vil vi med udgangspunkt i forskellene imellem den førte sundhedspolitik i de skandinaviske lande eksemplificere, at det faktisk gør en forskel, at udvikle sundhedsstrategier ud fra et samfundsmæssigt perspektiv.

HVORFOR BLIVER "LIVSOMSTÆNDIGHEDER" ET SPØRGSMÅL OM LIVSSTIL?

At menneskers levevilkår på afgørende vis påvirker deres sundhed er en erkendelse, der har rødder tilbage til de tidlige faser i industrisamfundet. Dårlige sociale forhold og dermed forbundne sundhedsproblemer var således årsag til en række social- og sundhedspolitiske tiltag i perioden fra slutningen af 1800-tallet og frem til 2. verdenskrig. Men med opkomsten af velfærdsstaten efter 2. verdenskrig, som bl.a. førte til en kraftig opprioritering af sundhedsvæsenet, opstod der imidlertid en opfattelse af, at disse problemer ville blive løst (Diderichsen et al., 2011). En gryende debat om og studier af udviklingen i folkesundheden fra 1970'erne og med stigende vægt fra 1990'erne og frem har imidlertid demonstreret, at dårlige levevilkår stadig sætter deres præg på sundheden.

Ikke mindst i England kom der i 1980'erne fokus på den sociale ulighed i dødelighed, bl.a. med den såkaldte Black Report (Black et al., 1980). I Skandinavien blev problemet taget op i en række undersøgelser i første omgang især i Sverige (Dahlgren og Diderichsen, 1985). I Danmark kom der først for alvor opmærksomhed omkring spørgsmålet i løbet af 1990'erne, hvor Middellevetidsudvalget med en rapport i 1994 belyste, hvordan Danmark haltede bagefter en række andre lande, hvad angår gennemsnitlig levetid, men i den forbindelse også havde et fokus på den sociale ulighed i dødeligheden.

Politisk kom en bekymring for danskernes middellevetid og den sociale ulighed første gang til udtryk gennem Regeringens Folkesundhedsprogram i 1999. Her formuleredes en bekymring omkring danskernes kortere liv sammenlignet med de andre nordiske lande samt om ulighed i sundhed. Den davæ-

rende sundhedsminister Carsten Koch talte i et interview i forbindelse med programmets offentliggørelse om "livsomstændigheder" som et mere omfattende begreb end blot "livsstil" (Sundhedsstyrelsen, 1999: 4-5), og programmet slog til lyd for en bred tværgående indsats ("health in all policies") for forbedring af folkesundheden og mod ulighed i sundhed. Ikke desto mindre pegede mange af de initiativer, der blev foreslået, mod individuel livsstil, ikke mindst rygning, alkohol, kost og motion (Sundhedsstyrelsen, 1999: 7-9).

Dette gentog sig i de fleste henseender i en senere rapport fra den nyligt tiltrådte borgerlige regering "Sund hele livet" fra 2002, hvor der blev talt meget om det fælles ansvar for sundheden, om at skabe gode rammer for sundheden og om ansvaret for de svageste i samfundet. Men rapporten havde samtidig et stærkt fokus på risikofaktorer for sygdom og på individuel livsstil (Regeringen 2002). Det er da også karakteristisk, at da Regeringen syv år senere, da strukturreformen var gennemført, udsendte en ny såkaldt Sundhedspakke 2009, var det meget svært at få øje på sociale forhold eller levevilkår som medvirkende årsager til god eller dårlig sundhed (Regeringen, 2009).

Levevilkårenes påvirkning af sundheden kan imidlertid genfindes i næsten alle lande. Den voksende erkendelse heraf i international sammenhæng fik således i 2005 verdenssundhedsorganisationen WHO til at nedsætte den globale "Commission on Social Determinants of Health" (CSDH). Kommissionen, som havde engelske Michael Marmot som formand, barslede i 2008 med en omfattende rapport, som pegede på hvordan sundheden påvirkes af ulige vilkår i opvæksten, i beskæftigelse og arbejdsforhold, boligforhold og de miljømæssige omgivelser, mennesker lever i. Det samme er tilfældet, hvad angår adgangen til og udnyttelsen af sundhedsydelser. Men Kommissionen påpegede også, hvordan de ulige levevilkår hænger sammen med en ulig fordeling af magt, penge og ressourcer, hvilket igen hænger sammen med og skabes gennem sociale normer, politikker og praksisser. Den efterlyste en forstærket politisk indsats for at løse problemerne under inddragelse af mange forskellige parter både i det offentlige, civilsamfundet og en ansvarlig privat sektor (CSDH, 2008).

Rapporten fra WHO førte til initiativer i en række lande, ikke mindst i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og England (Marmot et al., 2010). Her i

Danmark iværksatte Sundhedsstyrelsen et arbejde vedrørende ulighed i sundhed i samarbejde med forskere ved Københavns Universitet, som resulterede i rapporten ”Ulighed i sundhed – årsager og indsatser” (Diderichsen et. al., 2011). Rapporten pegede på et omfattende sæt af samfundsmæssige determinanter, der indvirker på sundheden og forstærker uligheden i sundhed. Det gjaldt forhold i opvæksten, i den sociale position og uligheden vedrørende konsekvenser af sygdom. Og den skitserede en række samfundsmæssige indsatser, ikke mindst af strukturel karakter, mod ulighed i sundhed.

Men rapporten fik desværre ikke nævneværdig betydning for sundhedspolitikken i Danmark. I regeringens efterfølgende udspil ”Sundere liv for alle” fra 2014 indeholdende syv ”nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år” figurerede mindske af uligheden i sundhed ganske vist som et af målene, men som helhed fulgte målene og de indsatser, der blev lagt op til, kun i meget begrænset omfang op på de markante påvisninger af uligheden og dens årsager i rapporten fra 2011. Det mest betydningsfulde udsagn i det nye udspil syntes at være betoningen af individuelt ansvar for sundheden, ”hvis vi skal øge middellevetiden og sikre bedre leveår for alle, kræver det også, at den enkelte selv tager ansvar og er opmærksom på egen sundhed og har lyst og vilje til at ændre vaner” (Regeringen, 2014:21).

Der er således hen over de sidste 40 år på den ene side oparbejdet en stor videnskabelig indsigt vedrørende samfundsmæssige årsager til sundhedsproblemer både i Danmark og internationalt. Trods dette og trods en række markeringer af de sociale dimensioner af problemerne i de danske sundhedspolitiske programmer, er hovedtendensen i de danske indsatser forblevet stærkt individorienteret og rettet mod påvirkning af individuel livsstil.

Lars Iversen husker os på, med sit for nylig publicerede værk, at strukturelle forebyggelsesindsatser er de tiltag, som har virket bedst i ”Kampen for liv” (2018). Her fremhæves fem strukturelle indsatser som alle har været af stor betydning for skabelsen af forandringer i vores miljø, sociale strukturer, økonomi og adfærd. Kloakeringen i København fra 1850 til 1900, afgiftsforhøjelsen på stærk spiritus under 1. verdenskrig, indsatser for at sænke antallet af trafikulykker siden 1950erne, indsatsen mod vuggedød i 1990erne og de begyndende indsatser mod tobaksepidemien samt -industrien i 1950erne er alle eksempler på strukturelle tiltag, som har haft stor betyd-

ning for at redde liv og ikke mindst forbedre livskvaliteten. Værket kan bruges som ikke blot historisk bevis på effekten af strukturelle tiltag, men også som inspirationskilde til eksempelvis nogle af de sundhedsmæssige udfordringer, som nævnes i denne artikel baseret på rapporteringen af danskernes sundhedsprofil anno 2017.

I det følgende vil vi gøre rede for en bredere samfundsmæssig og teoretisk forståelsesramme vedrørende årsagerne til denne situation, og vi vil pege på, at de sundhedspolitiske indsatser (naturligvis) kunne have taget sig anderledes ud, hvilket ikke mindst udviklingen i de andre nordiske lande giver eksempler på.

SUNDHEDSPOLITIK UNDER DEN NEOLIBERALE ÆRA

Hvis strukturelle indsatser virker, hvorfor så et stort politisk fokus på de adfærdsmæssige udfordringer for befolkningens sundhed? Som bl.a. de canadiske forskere Bakah og Raphael peger på, fik Danmark først sent øje på uligheden i sundhed sammenlignet med de andre nordiske lande. Dertil, med forskel fra nabolandene, har fokus primært været rettet mod den enkeltes sundhedsadfærd fremfor offentlig politik problemstillinger (Bakah & Raphael, 2017: 805). Et faktum som også den danske forsker Signild Vallgård har behandlet og analyseret via distinktionen mellem den sociale gradient og den dikotomiske forståelse af ulighed i sundhed (2008). Dertil understreger Vallgårdas forskning, at Danmark set i et komparativt lys har ført den mest liberale sundhedspolitik sammenlignet med Norge, Sverige og Finland (Vallgård, 2011). Hvordan kan dette forklares i et samfundsteoretisk perspektiv?

Flere forskere har fundet forklaringskraft i henvisningen til en neoliberal æra, hvor helt særlige logikker, såsom en statslig appel til selvstyring, effektivisering og optimering, kommer til udtryk (eksempelvis Bakah & Raphael 2017, Lehn-Christiansen et. al. 2016). Neoliberalisme, som er blevet en samfundskritik i sig selv, kan identificeres ved fem karakteristika indeholdende en minimal statsintervention, en markedsfundamentalisme, en risikostyring, individuel ansvarlighed og social ulighed som konsekvens (Ayo 2012: 99). Mange forskere har de sidste årtier peget på en såkaldt neoliberal diskurs på baggrund af en kritisk gennemgang af eksempelvis en individuel ansvarliggørelse af mere og bedre sundhed (Ayo, 2012).

Neoliberalisme kan med rette anskues som en altomfattende og diffus kritik, som peger på omkostningsfulde konsekvenser for menneskers levevilkår. To sundhedsfremme forskere Bell og Green fremhæver i et forord til tidsskriftet "Critical Public Health" nødvendigheden af en mere refleksiv anvendelse af betegnelsen "neoliberalisme". Forfatterne anfægter den hyppige anvendelse af termen uden nogen videre præcisioner om, hvad betegnelsen indeholder (Bell & Green, 2016). Neoliberalisme kan og bør ikke anskues som en samfundskritik i sig selv, men skal bruges refleksivt som værktøj til at fremhæve de problematiske strukturelle vilkår i en forståelse af en særlig problemstilling. Tages der udgangspunkt i de ovennævnte fem karakteristika, synes et genkendeligt billede af en dansk velfærdspolitik forankret i et neoliberalt rationale at tegne sig.

Forskerne Bakah og Raphael fremlægger eksempelvis en række hypoteser, som angiveligt kan forklare den danske sundhedsproblematik. På baggrund af observationer af danskernes stigende problematiske sundhedsprofil i perioden fra 1970 til 2010 og en række danske forskeres betragtning af både velfærdsændringer i form af reformer og dalende sundhed, peger Bakah og Raphael på en række faktorer som alle kan siges at have ophav i eller bestyrkes af en omstrukturering i samfundet. Denne omstrukturering af økonomi og institutioner er bl.a. af det canadiske Fraser Institute blevet identificeret gennem et særligt indeks, som består i en måling af 'økonomisk frihed' (Gwartney et al., 1996), men kan også betragtes som en forandring, der hviler på neoliberale principper (Schrecker & Bamba, 2015). Det er karakteristisk, at Danmark rangerer relativt højt på dette indeks. Bakah og Raphael peger eksempelvis på den signifikante reform indenfor sundhedsvæsenet fra 1993 om det frie hospitalsvalg, men også reformer som har haft betydning for eksempelvis arbejdsliv. Her peges på velfærdssystemets forandring som bragte en ny og mere stram flexicurity model med sig og hermed nye arbejdsvilkår for danskerne. En model som i den grad kan sættes i relation til et stigende sygefravær, men også mentale sundhedsrelaterede problemer, da arbejdsmarkedets usikkerhed befordrer en ontologisk usikkerhed i hverdagslivet (Bakah & Raphael, 2017: 804). Behandlingen af ikke vestlige immigranter og særligt den skærpede adgang til velfærdsydelser for denne gruppe af befolkningen, nævnes også som en væsentlig faktor for befolkningens sundhed. I det hele taget har den sti-

gende økonomiske ulighed også forskernes bevågenhed, da den i aktuel forskning sættes i direkte relation til middellevetid i befolkningen. Sidst men ikke mindst peger forskerne Bakah og Raphael også på tobak- og alkoholindustriens rolle i forhold til danskernes sundhedstilstand. Danmark er det eneste nordiske land, som ikke har statsligt monopol på alkohol (Bakah & Raphael, 2017). Her fremhæves det eksempelvis at forskning betragter unge danskeres markante alkoholforbrug som dybt forankret i et klima af økonomisk, politisk og kulturel liberalisme (Bakah & Raphael, 2017).

Disse udpegede samfundsmæssige faktorer retter vores opmærksomhed hen imod en vigtig pointe, som desuden understøttes forskningsmæssigt. Netop at danskernes sundhedstilstand har rod i levevilkår, det vil sige strukturelle betingelser, og ikke primært i livsstil. Det er derfor problematisk, at debatten med sin snævre betragtning af ulighed i sundhed som havende primært rødder i et spørgsmål om livsstil eller individuel adfærd, bliver meget ensporet. Regeringens aktuelle indsatser med initiativer såsom nærhedsfinansiering og et mere generelt finanslovsudspil (2018) peger ikke hen imod mere tværgående indsatser. Den franske idehistoriker Michel Foucault udgav i henholdsvis 1976 og 1979 en idehistorisk gennemgang af sundhedspolitikens fødsel i det 18. århundrede. Her pegede Foucault på tilblivelsen af sundhedspolitikken via to akser: en akse som handlede om konstitueringen af det apparat, som skulle tage sig af de syge og en akse, som består i en organisering af systemer, som til sammen kan tage vare på en kontinuerlig observation, måling og forbedring af populationens sundhed. I denne akse udgør sygdom kun en af de mange faktorer som har betydning for "den sociale krop", dvs. kroppene i populationen (Foucault 1976 i Defert og Ewald, 2001, Lynch, 2014: 117). Betragtes den politiske debat samt regeringens aktuelle finanslovsudspil med foucauldianske briller er det tankevækkende at kun sundhedspolitikens ene akse, den der skal tage sig af de syge, styrkes, og kun med få penge ifølge lægeforeningen (Altinget, 31. august 2018). Hvor bliver investeringerne i befolkningens generelle sundhed af?

TILBAGE TIL DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2017

Som vi skrev i indledningen, var politikernes reaktion på den nationale sundhedsprofil næsten udelukkende fokuseret på risikofaktorer og borgernes

manglende evne eller vilje til at ændre deres adfærd, så risikofaktorerne kunne mindskes. Men sundhedsprofilen giver os også en anden viden om danskernes sundhed, som kalder på andre – strukturelle – løsningsmuligheder. Læser man rapporten 'på tværs' af alle risikosiloerne, viser der sig et klart og måske endnu mere nedslående billede af danskernes sundhed, nemlig at det vender den tunge ende nedad. Det er dem, som udelukkende har en grunduddannelse og dem som er udenfor arbejdsmarkedet (arbejdsløse, førtidspensionister og andre udenfor arbejdsmarkedet) som sundhedsmæssigt er allerværst ramt. Over halvdel af mennesker udenfor arbejdsmarkedet har et højt stressniveau (s. 26), en tredjedel af dem er meget generet af søvnbesvær og over halvdel har en langvarig sygdom (s. 30). Og det er ligeledes denne gruppe, der også boner højst ud hvad angår rygevaner, dårlige kostvaner, manglende motion og svær overvægt. Og ser man på den uddannelsesmæssige baggrund, tegner der sig et billede af, at de der udelukkende har en grunduddannelse også er dem, der er mest plaget af stress, søvnbesvær og langvarig sygdom, samtidig med at der også i denne gruppe er flest der ryger, har dårlige kost- og motionsvaner og er svært overvægtige. Sundhedsprofilen er designet som en tværsnitsundersøgelse, som giver et øjebliksbillede og dermed kan vise nogle sammenhænge, men kan ikke påvise, hvad der er årsag og hvad der er virkning. Men sammenhængene tegner i sig selv et meget tydeligt mønster mellem uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning og helbred og understreger Bakah og Raphaels (2017) pointe om, at ændringer i velfærdsreformer, som fx kortere dagpengeperiode, nedskæring af kontanthjælpstaksten, stramning af flexicuritymodellen alle har indflydelse på levevilkårene og den ontologiske sikkerhed for de mennesker, der bliver berørt af det og dermed også med stor sandsynlighed har betydning for helbredet.

Sundhedsprofilen viser også en anden alarmende og måske lidt overraskende udvikling, nemlig at 40% af unge kvinder i alderen 16-24 år oplever at have et højt stressniveau. De er altså i en alder, hvor man må antage, at de fleste af dem er under uddannelse. Det er mange både sammenlignet med mænd i samme alder (23%) og lidt ældre kvinder på 35-44 år (29%), som må formodes at være ude af uddannelsessystemet. Selvom

undersøgelsen igen ikke kan sige noget om årsagen til at så mange unge kvinder i uddannelsessystemet oplever at have et højt stressniveau, ville det ikke være helt misvisende at kigge nærmere på, hvilken betydning de seneste uddannelsesreformer – fremdriftsreformen og SU-reformen – har haft på de unges sundhed. Det kan dog ikke forklare forskellen i de unge kvinders og mænds stress niveau, men dette burde også undersøges nøjere. Der er også gymnasier, som har eksperimenteret med 'karakterfri klasser', som har vist sig at give en lavere fraværsprocent og et bedre studiemiljø (Gymnasieskolen 2016). Det kunne måske også give anledning til at se nærmere på adgangskravene til de videregående uddannelser, som næsten udelukkende bygger på karakterer og giver et pres tilbage i uddannelsessystemet.

Ovennævnte eksempler understreger tydeligt behovet for at udvikle sundhedsstrategier ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, hvor der tages udgangspunkt i den viden, der findes om konsekvenserne af fx de opstramninger, der er sket med velfærdsreformerne indenfor beskæftigelsesområdet og uddannelsesområdet. Og disse strukturelle sundhedsstrategier må nødvendigvis foregå på nationalt niveau, hvor ændringer i reformerne besluttet. Men som vi så i indledningen, bevæger politikerne sig helt udenom dette niveau, når de skal komme med forklaringer på, hvorfor danskernes sundhedstilstand går i den forkerte retning eller komme med bud på, hvordan sundheden kan forbedres for borgerne. Undladelsen af at bevæge sig på nationalt politisk niveau, når det gælder formuleringen af de strukturelle indsatser fastholdes også i den måde den danske sundhedspolitik er organiseret på, hvor det er kommunerne, der har ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse. På kommunalt niveau bliver de strukturelle indsatser begrænset til *rammer for og regulering og styring af* borgernes sundhed. *Rammerne* kan her fx handle om ændring af de fysiske omgivelser, som cykelstier, legepladser, adgang til kreative områder og idrætsanlæg. *Regulering* kan handle om borgernes handle- og valgmuligheder, fx rygning i arbejds- eller skoletid. Og *styring* som fx kan handle om organisatoriske tiltag, der skal være med til at skabe fokus på forskellige områder, fx kostpolitik på institutioner eller virksomhedsplaner, som indeholder mål om sundhedsfremme og forebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 2018). Alle disse tiltag kan hver især være gode initiativer, men hvis vi forholder det til de ovennævnte alvorlige og markante problemstillinger, som boner ud i Sundhedsprofilen, er det svært at få øje på, hvordan denne type strukturelle indsatser vil afhjælpe de stressramte unge kvinders problemer eller hvordan mennesker uden tilknytning til arbejdsmarkedet med deres markante sundhedsproblemer kan afhjælpes af dem.

Som vi har set igennem denne artikel, findes der meget viden og forskning, som kan underbygge en anden forståelse af sundhedsproblemerne karakter og løsningen på dem, end dem der umiddelbart bliver artikulert af politikerne og vi vil derfor erklære os enige med ulighedsforskningens grand old man, professor Sir Anthony Atkinson, når han siger: ”Vi kan mindske uligheden, hvis vi vil. Nogle vil tabe på det – skatterne vil stige – men det kan lade sig gøre..... Ulighed er ikke et produkt af udefrakommende kræfter, men et spørgsmål om politik. Derfor kan vi også ændre retning” (Information 2015). Det er altså et spørgsmål om prioritering og ikke om manglende viden.

*Nicole Thualagant er cand.scient.soc., Ph.d., lektor.
Kirsten Bransholm Pedersen er cand.techn.soc, lektor.
Birgit Land er cand.techn.soc, lektor emerita.
Erling Jelsøe er cand.polyt., lektor.
Alle forfattere er tilknyttet:
Center for sundhedsfremmeforskning, Institut for
Mennesker og Teknologi, Roskilde Universitet.*

REFERENCER:

- Altinget: Sundhed (28.2.2018), Minister: Vi når ikke Løkkens 2020-mål om middellevetid.
- Altinget: Sundhed (6.3.2018), Nye tal chokerer: Danskerne er blevet mere usunde.
- Altinget: Sundhed (7.3.2018), Mette Frederiksen: Vi skal ikke slå folk i hovedet med vores sundhedspolitik.
- Altinget: Sundhed (31.8.2018), Finanslov 2019: Her er reaktionerne fra sundhedsvæsenets aktører.
- Andersen, H. M. (2017). Ulighed i sundhed – hvordan skal det forstås? *Social Kritik*: nr. 151, november 2017, s. 54-61.
- Ayo, N. (2012) Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, vol. 22, issue 1, s. 99-105.
- Bakah, M & Raphael, D. (2017) New hypotheses regarding the Danish health puzzle. *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 45, issue 8, s. 799-808.
- Bell, K. & Green, J. (2016). On the perils of invoking neoliberalism in public health critique. *Critical Public Health* 26: 3, s.239-243.
- Black, D., Morris, J.N., Smith, C., Townsend, P., Blume, S., Fordick, A.J. et al. (1980). The Black Report. Inequalities and health. Department of Health and Social Security, UK.
- Dahlgren, G., Diderichsen, F. (1985). Sweden country paper, i: Köhler, L. og Martin, J. (eds.). Inequality in health and health care. Nordic School of Public Health. Report 1985:5.
- CSDH: Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Diderichsen, F., Andersen, I. og Manuel, C. (2011). Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen.
- Foucault, M. (1976) "La politique de la santé au XVIIIe siècle" i Defert, D. & Ewald, F. (2001) Michel Foucault. Dits et écrits. 1954-1988. II 1976-1988. Gallimard.
- Gwartney, J.D., Lawson, R. og Block, W. (1996). Economic freedom of the world, 1975-1995. Toronto: Fraser Institute.
- Gymnasieskolen (2016). Minister: karakterfrie klasser skal bremse perfektionskulturen. 23. november 2016.
- Information (2015). Ulighed er noget vi har valgt. www.information.dk/udland/2015/09/ulighed-valgt
- Iversen, L. (2018). Kampen for liv. Fem danske forebyggelsessucceser. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Land, B. og Pedersen, K. B. (2010), Sundhed – et individuelt eller samfundsmæssigt ansvar, *Social Kritik* nr. 122, s 44-59.
- Lehn- Christiansen, S., Liveng, A., Dybbroe, B., Holen, M., Thualagant, N., Aamann, I. C., Nordenhof, B. (2016). Ulighed i sundhed. Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver. Frydenlund.
- Lynch, R. A. (2004) Translation: The politics of health in the eighteenth century. *Foucault Studies*, no. 18, s 113-127.
- Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J., Black, C., Broadfoot, P, Cumberland, J. et al. (2010). Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post 2010.
- Regeringen (1999). Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. København.
- Regeringen (2002). Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København.
- Regeringen (2009). Sundhedspakke 2009. Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre. København.
- Regeringen (2014). Sundere liv for alle – Nationale mål for danskeres sundhed de næste 10 år. København, januar 2014.
- Schrecker, T. og Bamba, C. (2015). How politics makes us sick: Neoliberal epidemics. Houndsmill, UK: Palgrave Macmillan.
- Social- og Sundhedspolitisk Gruppe. (1979). *Pas dig selv! kritik af sundhedspædagogikken* (2. opl. ed.). Kbh: Eget forlag.
- Social- og Helsedirektoratet (2005): Gradientfordringen. Social- og Helsedirektoratets handlingsplan mot sociale ulikheter i helse. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet 1/2005.
- Sundhedsstyrelsen (1999). Vil fastholde det lange perspektiv. Interview med sundhedsminister Carsten Koch. *Vital: Tidsskrift om forebyggelse*, nr. 2, 1999.
- Sundhedsstyrelsen (2018). Kommunernes arbejde med forebyggelsespakkerne. København.
- Sundhedsstyrelsen (2018). Den Nationale Sundhedsprofil 2017, København.
- Vallgård, S. (2008). Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy*, vol. 85 (1), s. 71-82.
- Vallgård, S. (2011). Addressing individual behaviours and living conditions: Four Nordic public health policies. *Scandinavian journal of public health*, vol. 39, no 6, s. 6-10.