

SUNDHED

– et individuelt eller samfundsmæssigt ansvar?

Birgit Land &
Kirsten Bransholm Pedersen

Næsten hver dag kan man læse i avisen om livsstilrelaterede folkesundhedsproblemer som f.eks. stigning i antallet af overvægtige og fede eller stigning i alkoholindtaget i store dele af befolkningen. Problemstillingen har stor samfundsmæssig og mediemæssig bevågenhed og der findes næppe nogen dansker, der ikke ved, hvad der skal til for at leve sundt. Alligevel forværres problemet år efter år.

Livsstilrelaterede sundhedsproblemer er et problem for den enkelte med større risiko for følgesygdomme, som rygelunger, hjertekarsygdomme og diabetes II og med større vanskeligheder ved at leve "det gode liv". Disse sundhedsproblemer bliver også i stigende grad set som et samfundsmæssigt problem, hvor samfundsøkonomien belastes af voksende udgifter til sundhedssektoren, som følge af en stigning i disse livsstilssygdomme og af en potentiel reduktion i arbejdsstyrken. Det vurderes, at udgifter-

ne til forebyggelse og behandling af sygdomme relateret til svær overvægt beløber sig til 4-8% af de samlede offentlige sundhedsudgifter (Sundhedsstyrelsen 2003). Ansvar for løsning af problemet bliver oftest lagt på den enkelte, der opfordres til at ændre livsstil ved f.eks. at forandre kostvaner og motionere mere, for ikke at blive en samfundsmæssig byrde. Men, som vi vil argumentere for i denne artikel, er oplysning og formidling af problemerne nødvendige initiativer, men ikke tilstrækkelige – der kaldes på langt mere radikale forandringstiltag.

Problemstillingen er på én gang ganske enkel og vældig kompleks, hvilket kan illustreres ved, at det langt hen ad vejen er lykkedes at formidle budskabet om KRAM-faktorerne: kost, rygning, alkohol og motion – og på det seneste stress og dermed KRAMS – på en måde så stort set alle kender til den sundhedsmæssige betydning af disse faktorer, men det har imidlertid ikke betydet en tilstrækkelig *forandring* af dem i hverdagen. Det kan bl.a. ses ved, at det ikke er lykkedes at vende kurven for antallet af livsstilrelaterede sygdomme i Danmark og resten af den vestlige verden (Lægemedelindustriens Forskning 2008, Ernæringsrådet 2003). Samtidig har udbredelsen af livsstilbetingede sygdomme en



klar social slagside, hvilket indikerer, at alle ikke gives lige muligheder for at leve op til anbefalingerne og leve 'det sunde liv'. For den enkelte kan der være mange barrierer, der ligger i vejen for forandringer i den hverdagslige praksis.

For at forstå problemstillingens kompleksitet og for at kunne anskue nogle forandringspotentialer, hvor det ikke primært er den enkelte som gøres ansvarlig for befolkningens sundhedstilstand, vil vi i denne artikel for det første bidrage med et kritisk blik på det biomedicinske sundhedsbegreb, som overvejende er det, der bruges i debatten. Vi vil argumentere for, at der må inddrages et åbent og diskursivt sundhedsbegreb, som det er defineret indenfor nyere sundhedsforskning, hvor sundhed gøres til mere end blot fravær af sygdom. Med et sådant perspektiv gives der adgang til en forståelse af sundhed, sundhedsproblemer og sundhedsfremme på et både individuelt, et socialt og et samfundsmæssigt plan.

For yderligere at kvalificere forståelsen af vor tids sundhedsproblemer, og for at komme udover primært at se de livsstilbetingede sundhedsproblemer som individuelle og selvforskyldte, vil vi dernæst argumentere for at inddrage *hverdagslivsanalyserne*, som kan bidrage med en forstå-

else af den kompleksitet, som den enkeltes liv er spundet ind i. I relation til de livsstilrelaterede sundhedsproblemer bliver det centralt at skabe en teoretisk forståelse af de ændrede rammebetingelser det senmoderne samfund sætter omkring det levede liv samt den betydning livsstil, identitetsdannelse og strukturelle betingelser af økonomisk, social og kulturel karakter har for de valg, vi træffer i vores hverdag.

Hvad vil det sige at være sund?

Dette grundlæggende spørgsmål er man nødt til at forholde sig til, *før* man begynder at diskutere sundhedsstrategier.

I daglig tale bruges ordene sundhed og sygdom oftest med en forventning om, at vi alle har en fælles forståelse af, hvad der menes med disse ord. Men indenfor den videnskabelige verden er sundhed (og sygdom) begreber, som der kæmpes om at få lov til at definere. Når denne kamp foregår, skyldes det, at en definition af, hvad sundhed (og sygdom) er, også udstikker retningslinierne for, hvilken viden der skal produceres, og hvilke metoder, der tages i anvendelse i en analyse af et givet sundhedsproblem, og i forlængelse heraf for

hvor og hvorledes, der skal handles for at opnå sundhed (og undgå sygdom). Er det i hospitalsvæsenet, i det forebyggende sundhedsarbejde, på arbejdspladserne eller i familierne? Spørgsmålet om, hvordan man forstår sundhedsbegrebet, retter sig således mod både ansvarsfordeling og den institutionelle organisering af sundhedsarbejdet.

Centralt i definitionskampen står spørgsmålet om, i hvor høj grad sundhed og sygdom primært hænger sammen med det fysiske: med kroppen, med de fysiske omgivelser eller om vores oplevelse af at være sunde eller syge i lige så høj grad hænger sammen med de kulturelle og sociale billeder vi har skabt af, hvad det vil sige at være sund eller syg. Svarene på disse spørgsmål er i denne sammenhæng ikke interessante i sig selv, men bliver interessante og vigtige, fordi de skaber en legitimitetsbaggrund for spørgsmålet om, hvilken viden og hvilke metoder, der tages i anvendelse i en analyse af et givet sundhedsproblem. Dette vil vi illustrere via den følgende gennemgang af den diskussion, som historisk har udfoldet sig omkring forståelse af begrebet sundhed.

Sundhedsbegrebet – mellem en medicinsk og holistisk diskurs

I starten af den moderne velfærdsstat blev begrebet sygdom skiftet ud med sundhed for at give en bedre mulighed for at introducere et bredere menneskesyn på patienten og større mulighed for tværfaglig behandling (Elsass og Lauritsen, 2006:36). Fokus på sundhed i stedet for sygdom får indflydelse på de handlinger og de strategier, der opstilles i forhold til det givne fænomen. Der var tale om en bevidst strategisk overvejelse, om at målet, som jo hele tiden har været at 'skabe' sunde samfundsborgere, nødvendigvis gjorde at de strategier der skulle opstilles, måtte beskæftige sig med 'mere end' borgeren som en fysisk syg patient. Sygdom skyldes noget der rækker ud over det rent fysiologiske. Sociale og samfundsmæssige forhold, der havde forhindret mennesket i at holde sig sund skulle medtænkes. Strategien omfattede nu også

fremme af sundheden. Med dette skift i perspektiv var der åbnet en vej for øget fokus på forebyggelse og egentlige sundhedsfremmende tiltag. Men på trods af denne udvikling har kampen om, hvorledes sundhedsbegrebet efterfølgende skulle defineres, været til stadig diskussion indenfor og imellem de professioner, der har sundhed som deres fagområde. Også blandt forskere indenfor naturvidenskab, samfundsvidenskab og humaniora diskuteres sundhedsbegrebet. Naturvidenskabene er blevet og bliver fortsat kritiseret for at fastholde sundhedsbegrebet i en snæver biomedicinsk og sygdomsorienteret tankegang, som man fra samfundsvidenskabelig og humanistisk side mener i alt for høj grad har påvirket politikker og praksis på området.

Fokus på årsag til sygdom

Forskellene imellem de forskellige positioner kan systematiseres på forskellig måde. Elsass og Lauritsen opstiller i første omgang en skelnen mellem '*den etablerede*', naturvidenskabelige (biologiske/biomedicinske) tilgang, og '*den alternative*', som dækker over en bred vifte af forståelser, der spænder fra en sociologisk, en psykologisk og videre til en bio-psykosocial/holistisk, orientering (Elsass og Lauritsen 2006:38-39).

Den biomedicinske tilgang, hvor kausalitet, dvs. årsags-virknings sammenhænge, er et nøglebegreb, hviler på en positivistisk videnskabsteoretisk position. Årsagen til sygdomme søges i registrerbare forstyrrelser i den menneskelige organismes funktion. Sundhed bliver her et fravær af sygdom, som opnås ved at fjerne de forstyrrelser, der har forårsaget ubalance i kroppen.

Denne forståelse er af kritikere blevet kaldt for 'apparatfejlsmetoden'. Heri ligger der en kritik af, at den menneskelige organisme sammenlignes med en maskine som ved funktionsstop atter bliver funktionsduelig ved mekanisk at udskifte enkelte dele, eller ved at reparere på disse dele. Kritikerne, her repræsenteret ved de alternative sundhedsopfattelser, forstår

sundhed (og sygdom) i en bredere sammenhæng. Elsass og Lauritsen nævner, at et udgangspunkt f.eks. kan være 'det gode liv i balance med naturen'. Her er fokus rettet mod 'det sunde liv', og sygdom opstår, når den enkelte ikke lever eller gives mulighed for at leve 'det gode liv'.

De to forskellige retninger har ledt frem til to forskellige strategier. I den biomedicinske diskurs er primært *sygdomsbehandling* blevet set som middel til det sunde liv. Det sunde liv er blevet til et liv med fravær af sygdom. I de alternative diskurser ses sundhed ikke som det endelige mål, her ses 'det sunde liv' og *sundhedsfremme* som middel til at skabe 'det gode liv'. I det følgende vil vi uddybe forskellene imellem nogle af de centrale sundhedsforståelser indenfor den alternative tilgang.

Det brede sundhedsbegreb

Wackerhausen er en central repræsentant for 'den alternative' tilgang og skrev i 1994 en artikel, som er en af de mest refererede indenfor humanistisk sundhedsforskning. Heri defineres sundhed som '*subjektets kontekstuelle handlekapasitet, hvilket mere detaljeret er et udtryk for relationsforholdet mellem subjektets mål (værdier), subjektets livsbetingelser og dets 'kropsbundne (psykiske og fysiske) handlefærdigheder'*' (Wackerhausen 1994:43). I denne definition bliver sundhed et middel i forhold til mål under givne livsbetingelser.

Antonovsky har udviklet en teori, hvor der som hos Wackerhausen fokuseres på, hvad der holder mennesker raske, og ikke på, hvad der gør dem syge. Han fokuserer på en række generelle modstandsressourcer som penge, jeg-styrke, kulturel stabilitet, social støtte, der bevirker at nogle mennesker kan klare en relativ høj stressbelastning, mens andre bukker under overfor lignende belastninger. Denne tankegang, som fokuserer på kilderne til sundhed, kalder han for *den salutogenetiske idé*, som bygger på spørgsmålet om, hvad grunden er til, at nogle mennesker befinder sig i den positive ende af kontinuet 'godt helbred – dårligt helbred' (Antonovsky 2000). Vejen dertil er præget af en

begyndende bevidsthed om egenomsorg og en stigende interesse for betydningen af sociale faktorer for velbefindende. Sundhedsfremme strategier indebærer en dynamisk tænkning, hvor erfaringer, læreprocesser og følelse af sammenhæng er lige så vigtige som levevilkår og stressorer, påpeger Antonovsky.

Tones & Green, der begge gennem en lang årrække har forsket i sundhedsfremme, støtter op om Antonovskys centrale påpegning af, at *opfattelse af* verden som kaotisk og usikker er en afgørende forhindring for at mennesket kan handle sundhedsfremmende. Dette, siger de, kan der rådes bod på på to måder. Enten ved at ændre situationen så den bliver mindre kaotisk – eller ved at ændre folks opfattelse af og tiltro til situationen, så den bliver mere meningsfuld. *Men*, at omforme opfattelsen af verden uden at tilbyde redskaber, som kan ændre det kaotiske, er en risikabel strategi (Tones & Green 2006: 10). Ud fra et kritisk teoretisk perspektiv ser Tones & Green dette som led i en politisk proces og en politisk kamp om sundhed, og peger på *empowerment* som vejen til sundhed og resultatet af sundhedsfremme. Empowerment-perspektivet vender vi tilbage til i afsnittet om hverdagslivets rammer for at leve det sunde liv.

Filosof og sundhedsforsker Uffe Juul Jensen har med afsæt i sundhedsfilosofien anført, at sundhed ikke er et mål i sig selv, men et middel til eller en forudsætning for menneskets udfoldelse af et selvstændigt og godt liv, målt ud fra personens egne værdier (Juul Jensen 2006:26). Denne forståelse kaldes *det positive sundhedsbegreb*, da det prøver at løsrive sundhedsforståelsen fra den medicinske forståelse. En antagelse i dette perspektiv er, at et menneske på samme tid kan være både sygt og sundt. Et eksempel kunne være, at en person, der har fået stillet en diagnose som sukkersyge, og derfor må betragtes som syg, godt kan være sund samtidigt, hvis vedkommende har psykisk og socialt beredskab til at leve 'det gode liv'. Juul Jensen kritiserer endvidere den ovenstående definitions fokusering på den individuelle autonomi. Han anser dette udgangspunkt som vigtigt, men ikke til-



"sundhed vedrører medlemmernes indbyrdes omsorg for at sikre hver enkelt reproduktion og personlige forudsætninger for at deltage i samfundslivet" (Juul Jensen 2006: 28).

Kritik af det åbne sundhedsbegreb

Elsass og Lauritzen kalder under én hat de ovenstående begreber for 'det åbne sundhedsbegreb'. De påpeger det positive i at begrebsliggøre sundhed som mere og andet end fravær af sygdom, og fremhæver den respekt, der ligger for det enkelte subjekts værdiunivers og livsbetingelser. Samtidigt kritiserer de det åbne sundhedsbegreb for at være så bredt, at det vanskeligt kan være vejledende for praksis på området.

Elsass og Lauritzen advarer endelig mod faren for at sundhed bliver et meget normativt og moraliserende

begreb. I den forbindelse kan man f.eks. påpege det moraliserende i statens kampanjer for mere motion og sundere kost, der fortæller den enkelte borger, hvordan han eller hun *burde* leve.

Sundhed i et diskursteoretisk perspektiv

Da sundhedsidealere forandrer sig over tid og er samfundsmæssigt konstruerede størrelser, peger Elsass og Lauritzen på diskursanalysen som en metode og vidensteoretisk tilgang, der kan åbne vores øjne for hvorledes *sundhedsidealere* fungerer som æstetiske signaler for anerkendelse, og til at 'afsløre' og dekonstruere, at der bag idealerne ligger en interessevaretagelse. Som et eksempel nævner de, at dengang arbejderklassen ikke tjente tilstrækkeligt til at købe mad nok, og mange

strækkeligt, idet han kritiserer det for stadig at hvile på et 3. persons, interventionistisk perspektiv, et perspektiv, hvor sygdommen identificeres og søges håndteret gennem den udenforstående professionelle procedure. Nu er interventionsfeltet blot udvidet. "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 2006:26).

Alternativt peger Juul Jensen på en sundhedsforståelse, der tager sit udgangspunkt i *erfaringsperspektivet* og gensidig kollektiv omsorg. I erfaringsperspektivet er sygdom et udviklingsforløb, en vandrings, og den enkelte opnår på sin vandrings indsigter i begrænsninger og muligheder for at kontrollere sin omverden og sit eget liv. Sundhed ses som *en mulighed*, der kræver fælles omsorg for hinandens vilkår:

derfor var spinkle og tynde, blev det småfede, buttede udseende det eftertragtelserværdige. I dag er det omvendt i vores del af verden. Med den øgede velstand og adgang til billige fødevarer, signalerer man styrke og kontrol over krop og liv ved at holde sig slank og fit. Sundhedsideal kan således ses som et udtryk for, hvorledes bestemte samfundsgrupper prøver at gennem sætte sine interesser og distancere sig fra andre grupper.

Med diskurstænkningen introduceres en klar antiessentiell tankegang, når begrebet sundhed diskuteres. *"Diskurs henviser til, at et genstandsområde "i-talesættes"; området formes af og i talen og behøver ikke at have objektiv eksistens eller være et reelt fysisk forekommende objekt. I en videre forstand kan man derfor interessere sig for de betingelser, som talen bliver produceret i, den såkaldte diskursive praksis"* (Elsass og Lauritsen 2006:45). Med denne tilgang gives de samfundsmæssige interesser, måden budskabet om sund levevis kommunikerer på samt magtstrukturer en betydende plads i forståelse af, hvad vi opfatter som sundt, og har dermed en betydning for praksis på området.

Det situerede sygdoms- og sundhedsperspektiv

Som det sidste teoretiske bidrag vil vi inddrage sociolog og sundhedsforsker Dorthe E. Gannik, som giver et bud på en videreudvikling og operationalisering af de ovenstående perspektiver. Gannik peger på behovet for at se sundhed ud fra den enkeltes kontekst, og hvordan han eller hun reagerer på sygdom. Hun definerer sundhed som *"evnen til at reagere på ydre og indre påvirkninger, således at sygdom undgås, overvindes eller reguleres"* (Gannik 2005:27). Her forlades den realistiske opfattelse af sundhed og sygdom som noget, der har en essens og kan diagnosticeres af en 'udefrakommende professionel'. Sygdom i form af symptomer er en hverdagslig erfaring. Vi kan have symptomer som ligger under tærsklen for symptomopmærksomhed og vi kan have manifesterede symptomer, som når op på behandlersøg-

nings-tærsklen. Vi har hele tiden symptomer, der kommer fra kroppen, men hvorledes de påvirker vores opfattelse af at være syge eller sunde, er noget vi konstruerer i de *situationer* vi involverer os i gennem vort hverdagsliv. Sundhed og sygdom skal ses som skabt eller konstrueret i handlingsfeltet mellem personen og situationen. Dette skal forstås meget konkret: *"Handlingerne fremviser og former sygdommen i samme grad som sygdommen giver anledning til handlingerne"* (Gannik 2005:331). Dette perspektiv rummer en radikal forståelse af 'situationen'. Situationer 'producerer' symptomer, skriver Gannik. Et eksempel kunne være en person, der har mistet 10% af sin arbejds-evne. Vedkommende kan af 'situationen', arbejdsgiveren eller arbejdskammeraterne betragtes som en værdifuld 'normal' arbejdskraft. Personen er sund, men kan også blive anset som en, der ikke kan yde det hun skal og derfor ikke længere betragtes som en værdifuld arbejdskraft. Vedkommende fyres måske. Personen er nu af situationen konstrueret som syg, hvilket kan blive en del af vedkommendes identitet.

Sygdom betragtes af Gannik, som noget, der fødes ud af en social situation. Den viden det bliver relevant at frembringe for at forandre situationen, for at få personen til at føle sig sund, må derfor i høj grad relatere sig til situationen og til personens handlingsfelt i situationen, og ikke til personen som sygdomsbærer i sig selv. F.eks. har omfanget af arbejdsløsheden stor betydning for, hvad der betegnes som et helbredsproblem i en ansættelsessituation!

Regulering af situationer fører for Gannik direkte over i analysen af situationens rammer, der består af sygdomsopfattelser, af kropsbevidsthed og af handlinger, men også af den måde hvorpå samfundets strukturer indrammer og ordner dagligdagens situationer.

Gannik nævner arbejdslivet, som et af de stærkeste eksempler på, at strukturer i hverdagslivet indeholder nogle barrierer for handlingsrummet, og hendes analyse viser, at graden af 'fremmedbestemthed' i arbejdet har stor indflydelse på, om et symptom bliver registreret, og eventuelt

når over behandlersøgnings-tærsklen. Set i et perspektiv hvor sygdom (og sundhed) anses som født ud af sociale relationer og diskurser eller som tingsliggjorte sociale relationer, må disse ses som en vigtig samfundsmæssig barriere for udvikling af sundhedsfremmende situationer.

Fra sygdom til sundhed i kontekst

Sundhedsbegrebet har udviklet sig fra primært at være en medicinsk forståelse som fravær af sygdom, hvor kroppen og individets handlinger i forhold til sin krop er i centrum, til i højere grad også at handle om psykosociale betingelser samt de samfundsmæssige og sociale forhold, som skaber rammerne for, hvorvidt vi kan bevare og fremme vores sundhed og i det hele taget opfattes som syge eller sunde.

Wackerhausen betoner i sin definition individuel handlekapasitet, som han relaterer til livsbetingelserne og de kropsbundne handlefærdigheder. Antonovsky tilføjer en betoning af det psykologiske, kognitive aspekt med vægt på mulighedstænkning og følelse af sammenhæng.

Juul Jensen stiller sig kritisk overfor den store vægt, der ligger på det enkelte individ og dets handlekapasitet. Han argumenterer for, at kollektivet må være udgangspunktet i sundhedsdebatten og fokus er hos ham i højere grad på udvikling og styrkelse af sociale kollektive miljøer, der skal 'lære' at drage omsorg for den enkelte.

Elsass og Lauritsen peger på endnu et perspektiv i sundhedsfremmedebatten, nemlig det samfundsmæssige, hvor ikke blot de institutionelle rammer, som delvist er medtænkt hos de ovennævnte, men også det diskursive, som måden vi overhovedet kan tale meningsfuldt om sundhed på, er medtænkt.

At forske i sundhedsfremme indebærer en analytisk tilgang, der kritisk kan dekonstrueres ud fra hvilke forståelser og interesser, der i samfundet diskuteres som sundhedsfremme. Dette perspektiv er også Ganniks, men hun understreger i højere grad kontekstens betydning, herunder betydning af omsorg, og de konstruktioner af sygdom og sundhed, som finder sted i

disse kontekster eller situerede sammenhænge.

I det kommende afsnit vil vi se på hvilke sundhedsstrategier og sundhedsforståelser den statslige politik på sundhedsområdet aktuelt hviler på, for derefter at diskutere ansvarsfordeling, ulighed i sundhed samt hverdagslivets meningsdannelse og rammerne for at leve det sunde gode liv.

'Sund hele livet' – statens folkesundhedsprogram

På det statslige plan foregår der i dag sundhedsplanlægning på mange felter og niveauer, både indenfor selve sundhedssektoren og på det politiske niveau, som vedrører en forebyggende og sundhedsfremmende indsats. For at se på strategierne indenfor sidstnævnte område tager vi udgangspunkt i Regeringens sundhedsstrategiprogram 'Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10' (Regeringen 2002). Her vil vi først se på, hvilke bagvedliggende opfattelser af sundhed og sygdom, der danner grundlaget for dette program, og hvad disse opfattelser betyder for ansvarsplacering på hhv. individuelt og samfundsmæssigt niveau. Dernæst vil vi diskutere den særlige form for statslig styringsrationalitet, vi ser afspejlet i programmet. En styringsform, som vi vil argumentere for, i høj grad placerer ansvaret for folkesundheden hos den enkelte og som negativ konsekvens kan have, at nye sundhedsproblemer opstår.

Programmet er bygget op omkring fem temaer: Det fælles ansvar, risikofaktorer, folkesygdomme, målgrupper samt den fælles indsats. Der reflekteres ikke eksplicit over begreberne sygdom, sundhed, forebyggelse og sundhedsfremme. Generelt skrives der mest om forebyggelse og begrebet sundhedsfremme anvendes kun enkelte gange.

Fra sundhedsforståelse til sundhedsstrategi

Som det tidligere er pointeret, har den måde sundhed betragtes på stor betydning for de *strategier*, der lægges op til på områ-

det. I den biomedicinske model i forhold til sundhedsfremme vægtes netop forebyggelse højt. I den forebyggelsestankegang der afspejles i 'Sund hele livet', er det målet at holde folk raske ved at undgå sygdom, et *patogenetisk* perspektiv, hvor der skal gribes ind *før* folk bliver syge og behandlingskrævende. Det dominerende koncept er her risikohåndtering, hvor der oftest opereres med risici i en meget snæver forstand, som ignorerer de bredere sociale og miljømæssige faktorer, der virker ind på sundhed, hvorimod det individuelle ansvar for ikke at blive udsat for risici, er et vigtigt budskab i programmet. Betoningen af det individuelle ansvar placerer byrden/ansvaret hos den enkelte, som skal reducere sin risikobetonede adfærd og undgå kontakt med risici, som måtte være i omgivelserne.

På trods af at regeringen i den ovenstående formulering vedkender sig et ansvar, nedprioriteres koblingen til de bredere samfundsmæssige og miljømæssige faktorer, der virker ind på sundhed, når programmet videreføres til praktisk politik.

Et eksempel kan være afsnittet om kostens betydning for at fremme og bevare et godt helbred. Det sundhedspolitiske mål formuleres her som: *"Antallet af danskere, der spiser sundt, skal øges markant, og sunde kostvaner skal være en naturlig del af hverdagen"* (Sund hele livet: 2002: 16). Strategien for at nå disse mål er beskrevet i fire hovedpunkter: *Oplysning, motivation og rådgivning om sunde kostvaner; Større tilgængelighed af sund mad*, (i skoler, på institutioner og på arbejdspladser); *Regulering og initiativer, der fremmer sunde kostvaner* (sikre borgerne sunde fødevarer af en høj kvalitet og beskytte dem for vildledning); *En særlig indsats i forhold til ældre og syge*.

Vurderingen af, om disse tiltag har en effekt, søges dokumenteret gennem et indikatorprogram, som bl.a. måler gennemsnitligt fedtindtag, andel af befolkningen, der indtager mere end 40% fedt og indtaget af frugt og grøntsager. Indikatorprogrammet afspejler en tænkning, som ligger indenfor et biomedicinsk forebyggelsesparadigme. Et sundhedsbegreb med fokus på individet og fravær af sygdom, som i dette

tilfælde har givet anledning til kampagner, som f.eks. KRAM, anbefaler undgåelse af risikofaktorer som rygning og fed mad. Men programmet kommer netop ikke ud over at oplyse, informere og anbefale, og det er så op til den enkelte at følge rådene.¹⁾ Initiativet er imidlertid blevet kritiseret med henvisning til, at de økonomiske ressourcer, der er fulgt med initiativet, har været så begrænsede, at det langt fra er muligt at opfylde målsætningerne.

Hensigten er også at fokusere indsatsen i forhold til de ældre og svage, men det bliver ikke konkretiseret, hvordan det tænkes gjort. Hvis netop disse grupper skal kunne ændre levevis, må deres livsbetingelser forbedres, hvilket grænser over i andre politikområder, som det sociale område, arbejdsmarkedsområdet, boligpolitik mv.

Vi ser det som et positivt element i programmet, at der er fokus på det forebyggende frem for det behandlende arbejde. Men når det alligevel kan problematiseres, at sundhedsfremme reduceres til forebyggelse, må argumenterne hentes i den brede og i den diskursive sundhedsforståelse. Ved ikke at eksplicitere at den biomedicinske sundhedsforståelse danner udgangspunkt for den forebyggelsesstrategi, der er vægtet, kommer denne tilgang til at fremstå som den rigtige, den eneste eller *den naturlige* tilgang, når der skal formuleres strategier på sundhedsområdet. De løsningsforslag, der i forlængelse heraf peges på, så som KRAM sundhedskampagnen, har imidlertid i praksis vist sig at være utilstrækkelige for de fleste. At reducere sundhed til minus-syg afskærer os fra at forstå de handlingsmotiver og det strukturelle handlingsrum, som individerne agerer ud fra. I forhold til at fremme sunde kostvaner, ville planlægning med udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb i meget højere grad end det biomedicinske lægge vægt på borgernes egen oplevelse af, hvad sundhed er, hvorledes der tales om sundhed og handles i forhold til det i de sociale, økonomiske og kulturelle situationer mennesker lever og indgår i. Målet med en bredere tilgang kan bl.a. være at øge folks oplevelse af sammenhæng, jf. Antonovsky. At forfølge et empowerment perspektiv, og

hermed klarlægge rammerne for den enkeltes indsats, som Green & Tones ser som det helt centrale, eller bygge på Juul Jensens erfaringsperspektiv og bestræbelserne på at yde gensidig omsorg for at sikre den enkeltes reproduktion og forudsætninger for at deltage i det samfundsmæssige liv på en indholdsrig måde. Strategimæssigt lægger dette sundhedssyn op til at udvikle læreprocesser i familierne, i skolerne, i lokalsamfundet, på arbejdspladserne, i det politiske liv eller i andre sociokulturelle sammenhænge, hvor normer og praksisser udvikles (Jensen & Johnsen 2000:197).

Videre vil vi pege på, at det forebyggende kampagnearbejde med udpegning af risikofaktorer, som det principielt burde være muligt for den enkelte person at forandre, kan få en moralsk regulerende og normgivende funktion. Normer, som er indlejret i diskurser om, hvordan vi bør leve vores liv. Diskurser som kan lede frem til stigmatisering og marginalisering af de borgere, der ikke kan eller vil følge kampangerådene, eller til det Tones & Green kalder 'victim blaming', hvor den enkelte på trods af manglende indflydelse på de sociale, politiske og miljømæssige faktorer, der i virkeligheden skaber og indskrænker de valg, den enkelte har, gøres ansvarlig for egen og andres sundhed (Tones & Green 2004: 21-22). For eksempel er der stort set enighed blandt sundhedsforskere om, at bevægelse er vigtig for sundheden, men på trods heraf er antallet af bevægelsestimer i skolen reduceret, og det er ikke en beslutning, den enkelte elev har indflydelse på. Ligesom den teknologiske udvikling har medført mere stillesiddende arbejde, en udvikling den enkelte ansatte ikke har væsentlig indflydelse på.

Professor i Folkesundhedsvidenskab Signild Vallgård har lavet en sammenligning af de nordiske folkesundhedsprogrammer, hvor hun bl.a. ser på, hvilke konkrete årsager til sygelighed og sundhed de enkelte programmer peger på. Det danske program skiller sig ud fra det svenske og norske ved at lægge stor vægt på adfærdsrelaterede faktorer, de såkaldte livstilfaktorer, mens nordmændene og svenkerne også peger på 'det sociale eller fy-

siske miljø'. En stor forskel mellem landene er, at Norge og Sverige i deres problematisering inddrager mange flere forklaringer, således at adfærden ikke anses som den vigtigste forklaring, men som én af flere. Dette gælder både forklaringer på folkesundheden generelt og på den sociale ulighed i sundhed, at levevilkår spiller en større rolle (Vallgård 2009).

Styringsrationalitet – ansvar og magt

I 'Sund hele livet' betones det igen og igen, at det er *et fælles ansvar* at sundheden forbedres. I forordet kan man læse "... at vi alle vedkender os vores ansvar, og påtager os vores del af opgaverne." (Regeringen, 2002:4). Og to af kapitlerne er givet overskrifterne: '*Det fælles ansvar*' og '*Den fælles indsats*'. Det er vores *fælles* interesse at følge den strategi, der er fremlagt i 'Sund hele livet'. Individet skal være med til at tage ansvar for befolkningens generelle sundhed ligesom velfærdsstaten skal tage hånd om det enkelte individ. For at indfri denne forventning, må det enkelte menneske kontrollere sin adfærd og udøve kontrol og selvdisciplinering for at være en ansvarsbevidst borger. Det forventes, at den enkelte er i stand til at regulere sin adfærd på en rationel og ønskværdig måde. Som vi har påpeget, ligger der implicit i programmet en antagelse om, at 'vi' har en fælles forståelse af, hvad sundhed er, og hvorledes 'vi' skal bevæge os frem mod det ønskelige sunde liv.

Denne måde at 'styre' borgernes sundhedsadfærd på, er ifølge flere forskere ikke af ny dato, men tog sin begyndelse i 1700-tallet, som led i den oplyste enevældes måde at forvalte landets ressourcer på. Borgerne skulle være oplyste og sunde (Otto, 1994:79). Foucault har givet denne styringsform betegnelsen *governmentality*, hvor essensen er, at individet ikke skal opleve sig styret af en udefrakommende magt, men skal 'styres til selvstyring' i en bestemt retning (Foucault 1991, Foucault 1988). I denne mere subtile form for magt er ansvar og magt ofte skilt ad. Individet skal 'styre' sig selv til at vælge det sunde, *fordi* det sunde liv opfattes som 'det gode liv'.

I sin bog om begrebet *governmentality*

beskriver Mitchell Dean 'diæt' som en af de måder, det enkelte menneske forsøger at styre sin adfærd, så den stemmer overens med de gældende normer i samfundet og de politiske strategier:

"Tænk blot på den måde som mange mennesker problematiserer deres spisevaner og kropslige udformning indenfor den selvstyringspraksis, som kaldes diæt. Der er her tale om etiske spørgsmål, idet sådanne praksisser forudsætter, at det er godt at være slank og viril, at have kontrol over ens egen krop, at regulere ens indtag af fed mad, at reducere risikoen for bestemte sygdomme, at være sund og forøge ens chancer for et langt liv" (Dean 2006:47).

Sundhed er altså gjort til 'vores projekt', 'i den enkelte borgers egeninteresse', 'vores/den enkelte borgers ansvar' – men magten til at definere, hvad der er sundt, forstået som det gode liv, er frataget borgeren. Med denne subtile styringsform vil ethvert menneske med et BMI over det normale gerne tabe sig. Hvis ikke man gør det, betyder misbilligelse og stigmatisering, at man hurtigt får det som 'sin egen' livsplan at gå ned i vægt.

Er det muligt for den enkelte at løfte ansvaret for det sunde valg?

Der har været satset meget på at formidle budskabet om en sund livsstil, bl.a. gennem kampagner som KRAM, '6 om dagen' og 'spis mindre fedt'. Og budskaberne er også langt hen ad vejen blevet modtaget, dog uden at det har haft den store effekt på forandring af praksis i hverdagen. Vi vil i dette afsnit diskutere hvilke barrierer, der kan ligge i vejen for at den enkelte tager budskabet til sig, og hvorfor det kan være så svært at ændre sin praksis i hverdagen.

På det individuelle niveau er der forskellige adfærdspsykologiske teorier, der har bud på, hvordan en sundhedsfremmende adfærd kan understøttes. Vi vil her nævne nogle, som har været anvendt indenfor strategier til ændring af sundhedsadfærd. Den amerikanske psykolog

Bandura (her fra Britta Hørdam m.fl. 2003, Finn Kamper-Jørgensen 2005) tager udgangspunkt i to forhold, nemlig at mennesker og omgivelser gensidigt påvirker hinanden, og dels at det er det enkelte individs egen forventning til en given handling, der har betydning for, om man ændrer adfærd. Her kan forklaringerne søges i, at den enkelte ikke forventer en væsentlig sundhedsmæssig effekt af at skifte adfærd, altså ganske enkelt ikke synes at budskabet er troværdigt. En anden adfærdspsykologisk teori, som kaldes *health belief-modellen*, tager udgangspunkt i, at det der styrer et individs valg af sundhedsadfærd, er betinget af individets opfattelse af, hvor stor en risiko man løber ved at have en given adfærd, f.eks. at udvikle kronisk overvægt eller fedme (Hørdam 2003 og Kamper-Jørgensen 2003). Når den enkelte ikke ændrer adfærd på baggrund af kampagnerne, kan det altså indenfor denne forklaringsramme have at gøre med, at den enkelte ikke oplever en stor risiko ved at fortsætte den livsførelse, man har, 'der sker nok ikke det store ved, at jeg tager en øl eller et glas rødvin mere, i det mindste vil det tage 40 år inden skavankerne viser sig'. Endelig vil vi igen nævne Antonovsky, der som svar på det salutogenetiske spørgsmål har udviklet begrebet *oplevelse af sammenhæng* (OAS)²⁾. For at kunne besidde denne oplevelse af sammenhæng må man have en generel tilid til, at tilværelsen er *forståelig*, dvs. at de indre og ydre stressfaktorer, som man modtager virker fornuftige og er begribelige, at livet forekommer *håndterbart*, dvs. at det enkelte individ har ressourcer til at imødekomme de krav, der stilles til det, og at livet er *meningsfuldt*, dvs. at man oplever at have medindflydelse på de krav, der stilles til én (Antonovsky 2000). I denne sammenhæng kunne det tænkes, at kampagnerne budskaber bliver modtaget af de mennesker, der i forvejen er ovenpå og oplever deres tilværelse som forståelig, håndterbar og meningsfuld, men at de mennesker som *ikke* har disse ressourcer, og som opfatter verden som kaotisk og usikker, måske heller ikke har muligheden for at ændre ved de faktorer, som kunne gøre livet sundere.

De adfærdspsykologiske teorier beskæftiger sig med det enkelte individs ressourcer og begrænsninger for at ændre adfærd, hvilket kan give en forklaringsramme for, hvorfor nogle mennesker ikke lader sig påvirke af budskaberne om at leve livet sundere ved at kvitte rygning, begrænse alkoholforbruget, spise mindre fedt og sukker og motionere mere. Men denne forklaringsramme ser vi ikke som tilstrækkelig til at forstå barriererne for forandringer mod at leve et mere sundt liv. Når individet gøres ansvarlig for udsættelse for risici, og hvis det fejler og ikke agerer i overensstemmelse med det, der foreskrives, bliver det i bedste fald betragtet som ignorant og uduelig. I modsætning til sygerollen gives risikollen ingen rettigheder. Det kan resultere i, at det stempler dem, der *ikke kan* efterkomme formaningerne som afvigende, og gør dem personligt ansvarlige for konsekvenserne. Kategoriseringen af flere og flere af livets sfærer som værende sunde eller usunde skaber effektivt sit eget dogma om, hvorledes livet skal leves, og knyttes sammen med moralske sanktioner og misbilligelse, hvis der tages, hvad der opfattes som usunde valg (Tones & Green 2004, Petersen & Lupton 1996, Lupton 1996).

Ved at fokusere på det enkelte individs ressourcer og begrænsninger indfanges ikke den sociale og samfundsmæssige kontekst, som den enkelte må agere i, når livet skal navigeres og som spiller både direkte og indirekte ind på adfærden. Dette kan nærmere betyde en forøgelse end reduktion af uligheden i sundhed i samfundet, idet en forbedring af sundheden uundgåeligt vil blive størst for dem, der bedst er i stand til at gøre forandringer (ændre livsstil) i kraft af deres relativt privilegerede position.

Små og store valg i hverdagen

I bestræbelserne for at indfange den sociale og samfundsmæssige kontekst om den enkeltes sundhedspraksis, inddrager vi *hverdagslivsanalyserne*, som kan bidrage med en brugbar tilgang til at forstå den kompleksitet den enkeltes liv er indspun-

det i, idet de giver et særligt perspektiv på det sociale liv, hvor den komplekse sammenhæng mellem individniveau, det mellem menneskelige niveau og det samfundsmæssige niveau søges fastholdt og udgør en kontekstualitet om det enkelte menneskes sociale praksisser.

Et hverdagslivsanalytisk perspektiv kan beskrives gennem følgende tre dynamikker:

- De praktiske vilkår for organisering af arbejde og aktiviteter.
- De subjektive og kulturelle dannelser af erfaring og mening.
- Sociale samhandlinger og relationer.

Hverdagslivsperspektivet beskæftiger sig altså med, hvordan mennesker handler og fortolker i samspil med andre (Halkier 1999). Det er denne socialitet, som sundhedsvaner og rutiner indgår i, og som fænomen indgår sundhedsfremme praksisser i hele registeret af hverdags-dynamikker, som for eksempel hvordan tidspuslespillet mellem arbejde, husarbejde og fritid fungerer, hvilke betydninger vi lægger i det vi køber og bruger, hvordan vi mestrer et presset arbejdsliv og hvordan vi forsøger at indfri forventninger om social og praktisk støtte til f.eks. ældre slægtninge. Det enkelte menneske må træffe en række valg for, hvordan hun vil leve. Dette indebærer en række valg om, hvilket arbejde man gerne vil have, hvem man gerne vil bo sammen med, hvilke værdier og normer, der er vigtige i ens liv, hvilken mad man vil spise mv. Det er rækken af sådanne valg Giddens ser som en *rutineret praksis* og betegner som *livsstil*. Den tryghed og sikkerhed man tidligere kunne finde i traditionen, er ifølge Giddens i senmoderiteten blevet erstattet af en grundlæggende tvivl. Det er en tvivl, der trænger sig på i hverdagen, hvor der hele tiden skal træffes valg *"for selvet er en af de fundamentale komponenter ved hverdagens handlinger ganske enkelt valget"* (Giddens 1996:100). For at disse valg ikke hele tiden skal trænge sig på som en uoverskuelig række af muligheder, vælger vi en livsstil, som en slags orienteringshorisont: *"En livsstil omfatter en mængde af vaner og orienteringer og udgør derfor en vis enhed, hvilket*



er vigtigt for en vedvarende følelse af ontologisk sikkerhed, og kæder muligheder sammen i et mere eller mindre ordnet mønster” (Giddens 1996: 102). En sådan livs-tilsorientering indeholder uundgåeligt også en række moralske valg, som kræver en politisk stillingtagen, og som konsekvens af dette danner individet en *livspolitik*, som er livsstilens politik. En livspolitik er en politik, hvor individet foretager en række refleksive valg på baggrund af erfaringer og information. Disse valg kan alle have en mere eller mindre sundhedsfremmende betydning, men kan også i sig selv indebære *sundhedsfremmende strategier*, som man vælger at indlægge i sit liv. Det kan f.eks. være at indlægge fysiske aktiviteter i sin hverdag, at prioritere omsorgsudveksling i de sociale relationer, at spise sundt eller at lade være med at ryge.

Men ifølge Bourdieu er det frie valg ikke så frit endda. Social ulighed er stadig et uløst problem, også når det drejer sig om sundhedsfremme. Både materielle forhold som indkomst og boligforhold og ikke-materielle forhold som uddannelse, social støtte og psykosocial robusthed spiller en rolle. Ikke mindst er det dog ifølge Bour-

dieu vigtigt at have fokus på de kulturelle forhold, der sammenknytter sociale ressourcer, sociale strukturer og sundhed (Abel 2007). Bourdieu begrundet dette gennem sine begreber kapital, habitus og felt. Han taler om ’den biografiske illusion’, hvormed han mener, at individet ikke frit kan sammensætte og vælge sin egen identitet, men at identiteten er et produkt af habitus, der består af indgroede dispositioner, som danner rammen for, hvordan vi føler, handler og tænker (Bourdieu 1987, Bourdieu et al 1990). Bestemte handlinger, kostvaner eller kropsidealer kan opfattes som enten korrekte og naturlige eller det modsatte, mærkelige eller uacceptable indenfor et bestemt felt som f.eks. familien, arbejdspladsen, foreningen eller værtshuset. Om udfaldet bliver det ene eller det andet er i høj grad et spørgsmål om, hvem der har magten til at definere normer og interesser. I de sociale relationer individerne imellem vil den enkelte søge efter bekræftelse på valget af dispositioner og dermed undgå situationer, hvor ens selvopfattelse udfordres. Det kommer bl.a. til udtryk ved at individet generelt søger ligesindede i vennekredse, diskussioner, fritidsaktiviteter mv. Habitus

bliver herved bindeledet til at forstå forholdet mellem menneskets objektive sociale livsbetingelser, og dets konkrete praksis, herunder dets sundhedspraksis. Sundhedsrelateret praksis må således forstås som tæt knyttet til et bredere værdisystem og til magtforhold, hvor ulige sociale betingelser producerer ulighed i sundhed, som den enkelte gøres ansvarlig for, og på ofte konfliktfyldte og selvbebrejdende måder søger at leve op til.

Således mener Bourdieu ikke, at valgmulighederne i forhold til at vælge livsstil og identitet er uanede, men er stærkt knyttet til individets sociale baggrund og omgangskreds. Der vil være valgmuligheder, som ligger så langt fra vaner, rutiner og erfaringer, at de reelt ikke vil blive anset som reelle valgmuligheder. Derfor mener Bourdieu ikke, at identiteten er foranderlig og 'på valg' på samme måde som Giddens. Med habitusbegrebet afdækker Bourdieu altså nogle af de barrierer, der kan være medvirkende til at hæmme forandring. Dette kan illustreres gennem følgende citater fra en interviewundersøgelse af danske pars indtænkning af sundhed i forbindelse med madvaner: *"Sundhed, det tænker jeg ikke så meget på. Jo, jeg hører da indimellem på alle de her sundhedsråd og at rygning skader (sidder under interviewet og ryger på en cerut). Men ellers kan jeg ikke umiddelbart komme i tanke om nogle råd".* Manden nævner dog de skiftende råd: *"Nogle gange er det godt at spise kartofler, andre gange ikke. Det indretter vi ikke vores mad efter."*

Et andet par tænker sundhed ind ud fra en helt anden kontekst: *"Jo, jeg kan godt huske de generelle sundhedsråd: 600 gram frugt og grønt om dagen, et glas rødvin om dagen, spise fedtfattigt, olivenolie i stedet for smør, fibre er okay, ikke for meget brød. Jeg tænker da over sundheden til daglig, men vi spiser ikke seks stykker frugt og grønt hver dag, det gør vi ikke, men et glas rødvin om dagen, går det lidt bedre med. Men det skal også smage godt, ellers er det lige meget. Men i marts måned havde vi begge to en måned, hvor vi talte kalorier. Jeg tænker f.eks. sundhed, når vi får lækre grøntsager og lækker fisk med et til to glas vin."* (Legène et al 2004).

Med Bourdieus begreber kan vi sige, at om en sundhedspraksis i hverdagslivet accepteres afhænger ikke alene af hvem og hvordan budskabet kommunikerer, men om feltet bifalder et sådant type budskab. Pointen er, at analysen af om sundhedsrådet accepteres, ikke kan analyseres uafhængigt af sit felt, idet agenterne i feltet forstår sundhedsrådet indenfor feltets rammer. Sundhedsrådet afhænger ikke (alene) af, hvor veldokumenteret rådet er (ekspertbaseret viden), men forudsætter om feltet er modent til at indoptage denne type budskab. Hos det første par er budskabet om at lade være med at ryge blevet hørt, men ikke indoptaget som ændret praksis eller bare italesat ønske. Hos det andet par er glæden ved at spise fisk og grøntsager og få et glas vin blevet til en positiv hverdagspraksis, som er anerkendt og italesat blandt de øvrige agenter i feltet, og det er derfor ikke vanskeligt at indoptage dette sundhedsbudskab.

Strukturelle forandringer i hverdagslivet påvirker individets handlingsmuligheder

Af ovenstående perspektiv følger, at strukturelle forandringer i hverdagslivet i form af ændrede familiemønstre, arbejdsliv, økonomi, boligformer, mobilitetsmønstre, kvinders udearbejde, arbejdstider og udvidelser af fritidsaktiviteter også ændrer de såkaldte livsstilfaktorer som f.eks. madvaner og motionsmønstre. Udearbejde og fleksible arbejdsdage for de voksne og længere dage i skole og institutioner for børnene og flere fritidsaktiviteter udenfor hjemmet bryder rytmen med de traditionelle måltider omkring spisebordet og bliver i stigende grad erstattet af måltider på arbejdspladsen, i skolen, i institutionerne, i sportsklubberne eller på vejen fra en aktivitet til en anden – en burger fra en nærliggende burgerbar. Med et sådant fragmenteret måltidsmønster kan det blive sværere at fastholde sunde spisevaner. Ligeledes kan det være svært at indpasse holdsport, som foregår på faste tidspunkter, hvilket i nogle tilfælde bliver erstattet af en tur i fitnesscenteret – i værste fald kvittet. De strukturelle forandringer i

hverdagslivet kan altså parallelt med Ganniks (2005) forståelse af arbejdslivets strukturelle forandringer indeholde barrierer for handlingsrummet, i dette tilfælde frembringelsen og indtagelsen af fælles måltider eller udøvelsen af en kollektiv (og social!) sportsgren.

Hvordan kan barriererne brydes?

Et af de erklærede mål i empowerment tilgangen til sundhed er at fjerne forhindringerne for at kunne vælge sundheden. Tones & Green påpeger, at det i nogle tilfælde kan være let at fjerne disse forhindringer, f.eks. hvis det drejer sig om uvidenhed. Andre mere substantielle forhindringer kan det være vanskeligere at nedbryde. Der har de senere år været en øget opmærksomhed på, at det sociale, kulturelle og fysiske miljø både kan forringe helbredet og sætte grænser for, hvad individet og lokalsamfundet kan gøre for at fremme sundheden.

Det er åbenlyst, at visse katastrofer som hungersnød, klimaforandringer og krig kan forringe både sundhedstilstanden og mulighederne for at tage empowerment relaterede sundhedsbeslutninger. Også manglende adgang til billige sunde fødevarer må ses som et problem, og kan stort set nulstille effekten af kampagner og undervisning om sunde fødevarer.

Lidt mindre indlysende, men lige så vigtigt, er det at kultur, opdragelse og socialisering kan være effektive barrierer for at tage de 'rigtige' beslutninger. Som vi har anført, kan kulturelle værdier betyde at f.eks. bestemte fødevarer klassificeres som 'tabu', og at der derfor skabes moralsk forbud mod indtagelse af visse fødevarer, uafhængigt af det ernæringsmæssige indhold.

Hvis det er målet, at individerne træffer beslutning på baggrund af empowerment, så vil oplysning, anbefalinger og undervisning kun have begrænset effekt, med mindre der findes et støttende miljø. Det er vigtigt at støtte individer ved at give dem viden og informationer, ved at øge deres selvværd og ved at give dem hensigtsmæssige færdigheder, men der er en klar risiko for, at dette ender som en sminket udgave af 'victim-blaming', som Tones (2009:40)

skriver. Individuelle empowermentstrategier må derfor virke parallelt med udvikling af sundhedspolitiske tiltag. En empowermentmodel for sundhedsfremme vil derfor ikke kun være kendetegnet af empowerment for individer, men også af de fællesskaber, individerne tilhører.

Set i lyset af de mange psykologiske, miljømæssige, politiske og økonomiske (ulighedsmæssige) forhindringer for at den enkelte kan skabe et sundt liv, kan det ikke undre, at kravet om en 'sund offentlig politik' er blevet set som en alternativ strategi. Gennem økonomiske, miljømæssige tiltag og gennem lovgivning skal 'healthy public policy' gøre de sunde valg til lette valg. Empowerment funktionen er dog ikke alene at styrke samfundsborgernes mulighed for at handle sundhedsfremmende, men må også ses som en vigtig bidrager til *skabelse* af en 'healthy public policy' (Tones & Green 2006).

Fra KRAM til MUSIK og LOVE – konkluderende perspektiver

Vi stillede indledningsvist spørgsmålet, om sundhed er et individuelt eller samfundsmæssigt ansvar, og svaret må i al sin enkelthed være 'både og'. Det enkelte individ bør være eller gøres til forandringsaktør i sit eget liv, og det samfundsmæssige ansvar må dreje sig om at skabe bedre rammebetingelser for at alle kan leve 'det gode liv'. Langt de fleste mennesker har stor viden om, hvad det vil sige at leve sundt. Men denne viden bliver ikke altid omsat til handling, og vi mener ikke den KAN blive det uden et fokusskifte i sundhedsforståelsen og sundhedsdebatten.

Vi har i artiklen udfoldet en række diskussioner af forståelsen af sundhed og sundhedsstrategier, med det formål at illustrere, hvordan nye perspektiver og erkendelser må inddrages for at udvikle forståelsen af sundhed i et mere socialt, psykologisk og hverdagslivsorienteret perspektiv og dermed styrke sundhedsfremme strategierne med både viden og metoder. Fokus på sundhedsområdet har med udgangspunkt i den biomedicinske diskurs været præget af en kroporienteret indivi-

FOKUS OG STRATEGIER

Ud fra indsigt hentet i det brede og diskursive sundhedsbegreb står det klart,

- at den individualiserede og kropsorienterede KRAM-strategi (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) langt fra er tilstrækkelig, hvis

folkesundheden skal udvikle sig i en mere positiv retning

- til gavn for både økonomi, beskæftigelse og ikke mindst 'det gode liv', som vi ser som både middel og mål i denne debat.

Vi vil derfor bringe to nye ord ind i debatten:

MUSIK[®] OG LOVE

MUSIK

Musik skal pege på nogle af de forhold, vi på baggrund af denne artikel vil identificere som de strukturelle forhold der kan påvirke sundheden i befolkningen i en negativ retning og gøre det vanskeligt for det enkelte menneske selv at fremme sin sundhed:

M	for	MAGT
U	for	ULIGHED
S	for	STRESS
I	for	INDIVIDUALISERING
K	for	KAPITAL (markedet som ikke tilstrækkelig regulator)

LOVE

Love skal pege på nogle af de forhold, vi har argumenteret for der må sættes fokus på for at fremme sundheden:

L	for	LIVSBETINGELSER (modsat livsstil)
O	for	gensidig OMSORG
V	for	VELFÆRDSSTRATEGIER
E	for	EMPOWERMENT

duel tilgang til sundhedsproblemerne, med vægt på oplysning, anbefalinger og det enkelte individs ansvar for egen sundhed. Med udgangspunkt i det åbne, diskursive sundhedsbegreb, gives der imidlertid adgang til en forståelse af, at både den samfundsmæssige italesættelse og politikformulering omkring sundhed og sygdom samt de daglige institutionelle og mellem menneskelige forhandlinger om, hvad det vil sige at være sund, udgør rammebetingelserne for den enkeltes muligheder for at 'vælge' det sunde liv. Eksempelvist er der blevet introduceret mange sunde produkter og varianter på fødevaremarkedet i de senere år, men disse skal konkurrere med en lang række usunde produkter, der også markedsføres. Derfor må fødevareforbruget og madvarerne også forstås i sammenhæng med udviklingen i fødevaresystemet, politikformulering og hverdagslivet.

Vi har i artiklen skitseret, hvordan et hverdagslivsperspektiv kan være med til at skabe en forståelse for, hvorfor sundhedsrelaterede vaner ikke ændrer sig alene fordi der iværksættes oplysningskampanjer eller iværksættes sundhedspædagogiske interventioner, idet disse vaner og rutiner er spundet ind i et komplekst register af hverdags-dynamikker og strukturelle rammer, som den enkelte ikke umiddelbart kan ændre. Samtidig er hverdagens mange valg betinget af og stærkt knyttet til livsstil og identitet, som Bourdieu sammenfatter i habitusbegrebet og anfører som nogle af de barrierer, der kan være medvirkende til at hæmme forandring.

Social ulighed i sundhed er stadig et uløst problem, og for nogle er barriererne for at ændre livsstil og vaner langt større end for andre. Vi vil derfor argumentere for, at statens bestræbelser på at fremme befolkningens sundhed kun vil lykkes i ringe grad, hvis staten ikke samtidig vedkender sig ansvar som velfærdsstat, og trækker paralleller til de erfaringer der historisk er gjort med, at social lighed øger velfærdsniveauet for alle.

Noter:

1. På området *skolebespisning* er der taget et konkret initiativ for at forbedre elevernes ernæringsmæssige tilstand og indlæringssevne.
2. Antonovskys term er *sense of coherenc*, forkortet SOC.
3. At diskutere sundhedsfremme i lyset af MUSIK i stedet for KRAM, var først italesat af professor i sociologi John Andersen. Tanken var også her at flytte fokus fra det individuelle ansvar til samfundsmæssige strukturelle forhold. Vi har på baggrund af vores artikel tilladt os at bringe et lidt andet indhold ind i nogle af bogstaverne.

Litteratur:

- Abel, T. (2007): *Cultural Capital in Health Promotion*, I McQueen, David V. og Ilona Kickbusch, *Health and Modernity*, Springer, New York.
- Antonovsky, A. (2000, engelsk udgave 1987): *Helbredets mysterium*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Bourdieu, P. (1986): *The forms of capital*. In Richardson, J.G. (Ed): *Handbook of theory and research for the sociology of education*. CT: Greenwood Press.
- Bourdieu, P. and Passeron, J.C. (1990): *Reproduction of education, society and culture*. London, Sage Publications.
- Dean, M. (2006): *Governmentality, magt og styring i det moderne samfund*, Frederiksberg, Forlaget Sociologi.
- Elsass, P. og Lauritsen, P. (2006): *Humanistisk sundhedsforskning*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Ernæringsrådet (2003): *Den danske fedmeepidemi – oplæg til en forebyggelsesindsats*, publikation nr. 30.
- Foucault, M. (1988): *Technologies of the self*, i L.H. Martins, H. Gutman og P.H. Hutton (red.): *Technologies of the Self*, London, Tavistock.
- Foucault, M. (1991): *Governmentality*, I G. Burchell, C. Gordon og P. Miller (red.): *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London, Harvester, Wheatsheaf.
- Gannik, D. E. (2005): *Social sygdomsteori – et situeret perspektiv*, Samfundslitteratur.
- Giddens, A. (1996): *Modernitet og selvidentitet – selv et under senmoderniteten*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Halkier, B. (1999): *Miljø til dagligt brug*, Forlaget Sociologi, Frederiksberg.
- Hastrup, K. (2007): *Forord i: Pierre Bourdieu: Den praktiske sans*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Hørdam, B., Træden, U.I., Overgaard, D., Bendix, A. F. (2003): *Folkesundhed – en introduktion til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse*, Samfundslitteratur.
- Jensen, T. K. og Johnsen, T. J. (2000): *Sundhedsfremme i teori og praksis*, Forlaget Philosophia, Aarhus.
- Juul Jensen, U. (2006): *Sygdom som fremmedlegeme eller erfaring?*, i Akselsen og Koch: *Sundhed, udvikling og læring*. Billesø & Baltzer Forlagene, Værløse.
- Kamper-Jørgensen, F. og Almind, G. (2005): *Forebyggende sundhedsarbejde*, Munksgaard, Danmark.
- Legène, E.M., Nielsen, L., Bendtsen, P. og Krogsgaard, L. (2004): *Madvaner, identitet og forandring – stegt flæsk eller sushi?* Projektrapport SAM-BAS, RUC.
- Lupton, D. (1996): *Food, the body and the self*, Sage, London.
- Lægemedelindustriens Forskning (2008): *Nyhedsbrev 13.maj 2008: Døren på klem for et helbredstjek*.
- Otto, L. (1994): *Et robust helbred eller et lykkeligt liv*, i Jensen, Uffe Juul og Peter Andersen: *Sundhedsbegreber – Filosofi og praksis*. Philosophia, Aarhus.
- Petersen, A. and Lupton, D. (1996): *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. London, Sage.
- Regeringen (2002): *Sund hele livet (2002) – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen (2003): *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt*.
- Tones, K. and Green, J. (2006 første oplag 2004): *Health Promotion*, Sage, London.
- Tones, K. (2009): *Værdier, ideologi og sundhedsfremme* i: Carlsson, M., Simovska, V. og Jensen, B.B. (red): *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme, Teori, forskning og praksis*, Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, S. (2009): *Sundhedspolitik i de skandinaviske lande* i: Glasdam, S. (red): *Folkesundhed – et kritisk perspektiv*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Wackerhausen, S. (1994): *Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme*, i Jensen, U.J., og Andersen, P.F. (eds.) *Sundhedsbegreber. Filosofi og Praksis*. Philosophia, Århus.

Birgit Land er lektor, Inst. f. Miljø, Teknologi og Samfund, Roskilde Universitet.

Kirsten Bransholm Pedersen er lektor, Inst. f. Miljø, Samfund og Rumlig Forandring, Roskilde Universitet.

Fotos: Kirsten Bransholm Pedersen