Sund By Netværket

LIGHED I SUNDHED

Artikelsamling om lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund

LIGHED I SUNDHED

Artikelsamling om lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund

Sund By Netværket, 2011
1. udgave, 1. oplag, 2011

ISBN (trykt version): 978-87-994369-0-3
ISBN (elektronisk version): 978-87-994369-3-4

Manuskript
Finn Diderichsen, Københavns Universitet, Institut for folkesundhedsvidenskab
Helle Stuart, projekt Røgfrihed for alle
Karen Pedersen, projekt Røgfrihed for alle
Kathrine Jensen, praktikant Region Nordjylland
Maria Aabel Koch, Sundhedsstyrelsen
Morten Hulvej Rod, Statens Institut for Folkesundhed
Niels Sandø, Sundhedsstyrelsen
Signild Vallgårda, Københavns Universitet, Institut for folkesundhedsvidenskab
Susanne Friis, Gladsaxe Kommune (fra 1.02.2011 specialkonsulent i Sund By Sekretariatet)

Fagredaktion
Anne Rytter Asferg, Sundhedsfremmekonsulent, Region Nordjylland
Charlotte lisager Petersen, konsulent, Sund By Sekretariatet
Morten Bundgaard, næstformand i temagruppen Lighed i sundhed, sundhedskonsulent, Holbæk Kommune
Nanette Borges, formand for temagruppen Lighed i sundhed, Leder af SundhedsCentret, Hvidovre Kommune

Grafisk tilrettelæggelse
Karin Friis Hansen, Kontur-design

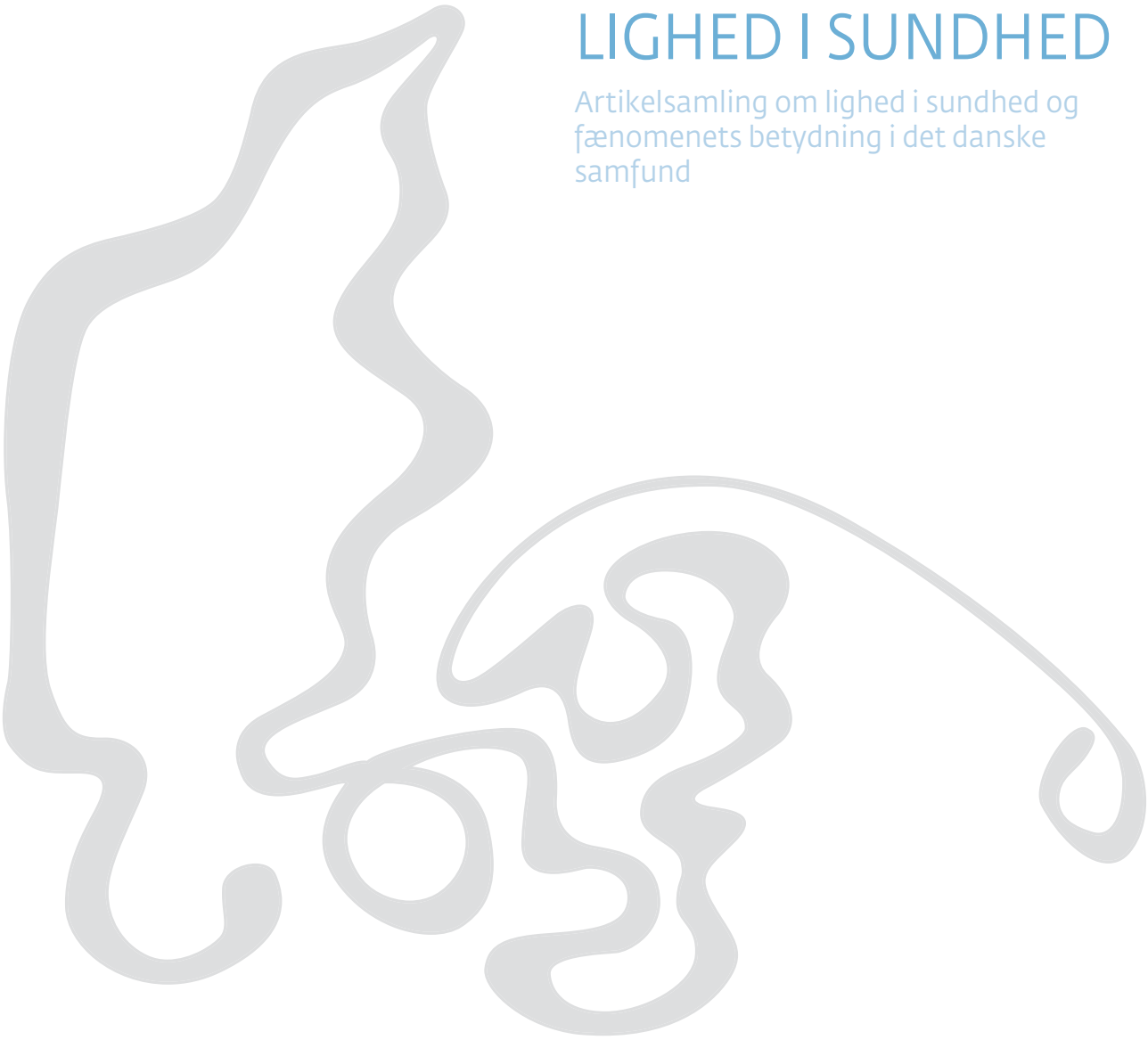
Illustrationer
iStockphoto (forsidebillede)
Colourbox
Gladsaxe Kommunes sundhedsformidlere

Trykkeri
Scanprint

Udgivet af
Sund By Netværket 2011

LIGHED I SUNDHED

Artikelsamling om lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund



Forord

WHO formulerede for 30 år siden målet om sundhed for alle i år 2000. Danmark tilsluttede sig, og der er – i princippet – lige adgang for alle til sundhedsvæsenet, gratis uddannelse og en flexicurity model på arbejdsmarkedet. Alligevel er der en voksende ulighed i sundhed, hvilket sætter sit præg i form af en polarisering i befolkningens sundhedstilstand og middellevetid – samt på de offentlige sundhedsudgifter.

Det er derfor vigtigt med et styrket fokus på, hvad der skal til for at fremme lighed i sundhed – på tværs af forvaltninger, sektorer og fagområder. Sund By Netværkets temagruppe "Lighed i sundhed" har drøftet forskellige oplægsholderes perspektiver på væsentlige indfaldsvinkler til emnet lighed i sundhed, og det er en del af disse vinkler, der beskrives i denne publikation.

Sund By Netværkets fokusområde i 2011 er, i overensstemmelse med WHOs 2009-2013 mål "Sundhed og social lighed i sundhed i alle lokalpolitikker", at arbejde med lighed i sundhed og implementering af sundhed på tværs. Det er vigtigt at få sat sundhed på dagsordenen, og emnet skal tages op i alle forvaltninger.

Der er et stort potentiale i at arbejde med lighed i sundhed i mange forskellige former og på flere forskellige niveauer. Publikationen giver netop et billede af, hvordan forskere og praktikere arbejder med lighed i sundhed, og kan give ideer til at gribe emnet an på en nytænkende og anderledes måde.

Tak til bidragsyderne for såvel de teoretiske som de praktiske bidrag og til redaktionsgruppen. Sund By Netværksdagene 2011 er dedikeret til temaet om at styrke lighed i sundhed, og det håber vi, der kommer et styrket fokus på området ud af. Sund By Netværkets temagruppe for lighed i sundhed fortsætter sit arbejde med at styrke udviklingen af viden og indsatser, og interesserede har mulighed for at deltage i arbejdet eller følge det på netværkets hjemmeside.

Christine Kousholt
Formand for Sund By Netværket
Februar 2011

Indhold

1. Læsevejledning ■ 6

2. Fænomenet Ulighed i sundhed – hverken nyt eller dansk
Af Finn Diderichsen, Københavns Universitet ■ *8*

3. Social ulighed i sundhed som politisk problem
Af Signild Vallgårda, Københavns Universitet ■ *14*

4. Sundhed på tværs i kommunen
Af Niels Sandø og Maria Aabel Koch, Sundhedsstyrelsen ■ *18*

5. "Hvordan bør man leve?" – en ramme for etisk refleksivitet i forebyggende arbejde
Af Morten Hulvej Rod, Statens Institut for Folkesundhed ■ *24*

6. Røgfrihed – også for socialt udsatte
Af Helle Stuart, Røgfrihed for alle ■ *34*

7. Flere veje til rygestop i Thisted
Af Karen Pedersen, Røgfrihed for alle ■ *39*

8. Svær overvægt og social ulighed
Af Kathrine Jensen, Region Nordjylland ■ *44*

9. Gladsaxe i bevægelse
Af Susanne Friis, Gladsaxe Kommune ■ *56*

Læsevejledning

Temagruppen om lighed i sundhed har det sidste år haft både forskere og praktikere til at fortælle om deres arbejde med lighed i sundhed, og artikelsamlingen afspejler en del af temagruppens vidensindsamling. Hver artikel forholder sig – så vidt muligt – til et enkelt begreb eller fokusområde under paraplyen "lighed i sundhed".

Den overvejende del af artiklerne er desuden suppleret med en litteraturliste, således at den nysgerrige læser kan fordybe sig i skribentens fokusområde efter eget ønske. Fire forskere samt fire praktikere giver et billede af lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund.

Artikelsamlingens **første artikel** "Fænomenet ulighed i sundhed – hverken nyt eller dansk" beskriver den historiske udvikling af begrebet (u)lighed i sundhed, hvor Finn Diderichsen fra Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab, er dykket ned i litteraturen og beskriver udviklingen fra 1800-tallet og frem til i dag.

Anden artikel "Social ulighed i sundhed som politisk problem" af Signild Vallgårda fra Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab beskriver, at uligheden kan ses som en dikotomi, hvor fokus er på udsatte eller ressourcesvage grupper, hvor den enkeltes adfærd påvirker dennes sundhedstilstand, *eller* som en gradient hvor fokus er på samfundsforhold hvormed et større ansvar for befolkningens sundhedstilstand ligger hos politikerne.

Niels Sandø og Maria Aabel Koch fra Sundhedsstyrelsen er forfatterne bag artikelsamlingens **tredje artikel** "Sundhed på tværs i kommunen", hvor nødvendigheden af at arbejde med sundhed på tværs sættes i fokus for at øge lighed i sundhed.

"Hvordan bør man leve?" spørger Morten Hulvej Rod fra Statens Institut for Folkesundhed i **fjerde artikel** og giver en ramme for etisk refleksion af lighed i det forebyggende sundhedsarbejde. Artiklen eksemplificerer etisk refleksivitet i forhold til forældremøder om unges alkoholdebut ud fra en tredeling af spørgsmålet i forhold til teknikker, værdier og målgruppe.

Projekt "Røgfrihed for alle" illustrerer udfordringen med at skabe rammer for røgfrie miljøer også for socialt udsatte. Denne **femte artikel** er skrevet af Helle Stuart og Karen Pedersen fra

Røgfrihed for alle og er to artikler i én. Indledningsvis beskriver "Røgfrihed – også for socialt udsatte" rammerne for projektet, mens "Flere veje til rygestop i Thisted" beskriver en del af Misbrugscenter Thys arbejde med rygestop kurser blandt centerets brugere.

"Svær overvægt og social ulighed" er titlen på den **sjette artikel** af Kathrine Jensen, sociologistuderende og praktikant fra Region Nordjylland. Ud fra data fra undersøgelsen "Hvordan har du det? 2010" fortæller regionens Sundhedsprofil om sammenhængen mellem overvægt og social ulighed blandt borgerne. Artiklen giver et billede af, hvad undersøgelsen bl.a. kan give os svar på.

Syvende og sidste artikel "Gladsaxe i bevægelse" handler om Gladsaxe Kommunes uddannelse af bevægelsesformidlere og er skrevet af Susanne Friis tidl. projektleder på projektet. Med uddannelsen af i alt 60 etniske minoritets kvinder har kommunen fået gang i kvinderne og deres netværk og samtidig fået ekstra fokus på at øge ligheden i sundhed.

Rigtig god læselyst!

Fænomenet Ulighed i sundhed – hverken nyt eller dansk

Af Finn Diderichsen, Københavns Universitet

Den stærke association mellem menneskers sociale vilkår og deres helbred er ikke på nogen måde et nyt fænomen. Det har en lang historie både som epidemiologisk faktum og som politisk ufordring. Forholdene blev, om ikke før, meget tydelige, da indflytningen til byerne tog fart, og der i 1850erne blev sat fokus på boligforholdenes ødelæggende indvirkning på de fattiges helbred, og de første initiativer for at forbedre forholdene blev taget. Da den første velfærdslovgivning i Danmark så dagens lys i 1891-92 handlede det om økonomisk støtte til handikappede og om tilskud til de mange private sygekasser, som garanterede medlemmerne fri lægehjælp og sygedagpenge. Senere kom i 1898 loven om ulykkesforsikring og i 1921 Invalideforsikringsloven. Alt dette handlede om at reducere de katastrofale sociale og økonomiske konsekvenser, som sygdom og ulykker havde haft for de ramte og deres familier. I 1930erne bekymrede man sig om de stagnerende folketal og dermed om børnefamiliernes materielle vilkår, fødselstallene og børnenes høje og socialt skævt fordelte dødelighed. Det ledte til lovgivning om sundhedsplejersker og mødrehjælp. Så allerede inden velfærdsstaten var skabt, havde sociale årsager til - og konsekvenser af - sygdom været et centralt politisk tema i Danmark og i mange andre europæiske lande.

Efterkrigstiden – mindsket økonomisk ulighed og flere hospitaler

Efter 2. verdenskrig fandtes der en stærk tro på at lægevidenskaben og et udbygget lettilgængeligt sundhedsvæsen og etablering af sygesikring, ville løse problemerne med den sociale ulighed i sundhed. Ikke mindst stod denne ambition højt på dagsordenen i den store social- og sundhedspolitiske satsning som etableringen af det engelske National Health Service var. Det gav den engelske befolkning, som havde ofret meget under krigen, adgang til et veludbygget sundhedsvæsen uden brugerafgifter. For et anglosaksisk land som ikke var vant til brede statslige socialpolitiske reformer var – og forblev det - en enestående satsning.

I de første 30 år efter 2. verdenskrig oplevede man i England såvel som i Skandinavien en voldsom økonomisk vækst, samtidig med at den øko-

nomiske ulighed mindskedes. Sygehusvæsenet blev i denne periode udbygget kraftigt. Der fandtes en implicit antagelse om at denne udvikling også ville reducere den sociale ulighed i sundhed. Enkelte studier pegede dog på de sociale forholds store betydning som f.eks. Vagn Christensen afhandling fra 1953 om boligforhold og børnesygelighed. Omkring 1970 intensiveredes den politiske interesse for ulighederne i samfundet som f.eks. i Mogens Lykketofts bog *Kravet om lighed* fra 1973. Der tilsattes lavindkomstudredninger og gennemførtes levekårsundersøgelser i både Sverige, Norge og Danmark, som beskrev en række ressourceområder inkl. uddannelse, indkomster og helbred. Men de politiske konklusioner kom mere til at handle om socialpolitik end om sundhedspolitik.

Hverken et lettilgængeligt sundhedsvæsen eller en nordisk velfærdsstat løste problemet – hvad så?

På baggrund af den store satsning på et offentligt lettilgængeligt sundhedsvæsen i England, var det ikke mærkeligt, at alvoren var ekstra stor, da man i den såkaldte "Black Report" i 1980 kunne konstatere, at den sociale ulighed i dødelighed

faktisk var steget betydeligt siden 1930erne. En vigtig årsag var, som Michael Marmot og Geoffrey Rose kunne vise i 1981, at en stigning i hjertedødelighed, som var sket siden 1950, næsten helt var koncentreret til faglærte og ufaglærte arbejdere. Man vendte blikket mod de skandinaviske landes meget mindre ulighed i bl.a. børnedødelighed og foreslog en lang række socialpolitiske initiativer for at reducere børnefattigdom, forbedre boligstøtten til unge lavindkomst familier, sundhedsplejerskeordninger mm. Selvom det politiske klima i England da var skiftet til betydeligt mindre ambitiøse socialpolitiske ambitioner under Margaret Thatcher, vakte rapporten stor interesse uden for England. Ikke mindst i de nordiske lande, og særligt i Sverige begyndte man at interessere sig for, hvordan den sociale ulighed i sundhed havde udviklet sig der (Dahlgren & Diderichsen 1985). Det viste sig nu, at også i de nordiske lande var uligheden i dødelighed steget siden 1970erne og det udløste siden en omfangsrig forskning i mange lande om hvad årsagerne så kunne være, når hverken en veludbygget lettilgængelig sundhedstjeneste eller en nordisk velfærdsstat åbenbart kunne garantere en tydelig reduktion i de sociale helbredsskel. I Danmark var interessen forståeligt nok fokuseret på stagnationen i middellevetidsudviklingen, men Middellevetidsudvalget (1994) behandlede også social ulighed i dødelighed, og havde med tanke på den høje arbejdsløshed da, særlig fokus på dødelighed blandt de som stod udenfor arbejdsmarkedet. Også Forebyggelseskommission (2008) koncentrerede sig om indsatser for at forbedre den stadigvæk relativt korte middellevetid, og behandlede ikke særligt indsatser mod ulighed i sundhed.

Den globale udfordring – at investere i sundhed

På den globale scene havde ikke mindst 1980ernes HIV-epidemi gjort det meget tydeligt, at økonomisk udvikling ikke kun var en vigtig forudsætning for en god sundhedsudvikling i lavindkomstlandene, men at også det modsatte forhold var gældende: at en problematisk sundhedsudvikling kunne lægge hindringer i vejen for en stærk økonomisk udvikling. Verdensbanken talte i sin årlige rapport i 1993 om "*Investing in Health*" og i det såkaldte *Global Health Equity Initative* tog en gruppe forskere fat i det forhold at ulighed i sundhed var et mindst ligeså stort problem i lav- og mellemindkomstlande (Evans, Diderichsen, Whitehead 2001). WHO nedsatte under Harvard økonomen Jeffrey Sachs kommission om *Macroeconomics and Health* (2003), som lagde linjerne for hvilke sundhedspolitiske konsekvenser denne indsigt om sundhedspolitikkens betydning for den økonomiske udvikling burde få globalt.

I Europa var man blevet mere optaget af den kommende mangel på arbejdskraft, som den demografiske udvikling medførte, og de mange som forlod arbejdsmarkedet med forskellige typer af helbredsbetingede overførselsindkomster. Man så det arbejdsmarkedspolitiske potentiale der kunne findes i at forbedre folkesundheden og reducere ulighed i sundhed. EU kommissionen og

flere forskere har gennemført studier som søger at vurdere, hvor meget der kan spares, om alle havde samme lave dødelighed, sygefravær og høje tilbagetrækningsalder som de mest veluddannede 20%. De potentielle besparelser i form mindsket produktionsbortfald og udgifter til sundhedsvæsen og overførselsindkomster svarer til knapt 6% af BNP i hele EU. Denne type af beregninger er naturligvis behæftet med enorm usikkerhed, og EU-tallene er stærkt påvirkede af at uligheden i Østeuropa har en størrelsesorden, som er det dobbelte af, hvad vi finder i Vesteuropa.

Problemet har dog længe haft en størrelsesorden, som har gjort det naturligt, at der i Vesteuropa nu i mange år er blevet taget en række initiativer for at indsamle viden, med det formål at pege på indsatser, som kan reducere uligheden i sundhed. England kom i 1999 med den såkaldte Acheson Report, i Sverige fremlagde den daværende Folkhälsokommitté "Hälsa på lika Villkor" i 2001, og Norge publicerede i 2005 "Gradientutfordringen". Alle ledte til en række politiske initiativer i de tre lande.

Marmotkommisssionerne

Samtidig nedsatte WHO i 2005 en global *Commission on Social Determinants of Health (CSDH)* med Michael Marmot som formand, og som i 2008 publicerede sin slutrapport som på ret detaljeret niveau pegede på en lang række indsatser indenfor socialpolitik, arbejdsliv, miljøpolitik og sundhedspolitik som man med dagens videnskabelige viden kunne forvente ville reducere uligheden i sundhed i både rige og fattige lande. Den blev i 2009 fulgt af en resolution i World Health Assembly som, bl.a. støttet af den danske regering, opfordrer alle WHOs medlemslande til at gennemføre en national analyse af de specifikke årsager, og deraf prioriterede politiske indsatser for at angribe den sociale ulighed i sundhed. Allerede i 2010 publicerede en engelsk kommission, også under ledelse af Michael Marmot sine specifikke forslag for England – *Fair Society, Healthy Lives – a Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. WHOs Europa-region har også igangsat et reviewarbejde, og flere europæiske storbyer inkl. Malmö er gået i gang. Sundhedsstyrelsen i Danmark publicerer i maj 2011 et dansk review om årsager til og mulige indsatser mod ulighed i sundhed.

Det danske udgangspunkt

Danmark har ligesom de fleste andre lande formuleret sine sundhedspolitiske mål i termer af at forbedre folkesundheden totalt og at reducere den sociale ulighed i sundhed. I **Sund hele livet** (Regeringen 2002) blev det formuleret i tre mål – to om gennemsnittet og et om uligheden: "- Middellevetiden skal øges markant, - Antallet af år med god livskvalitet skal øges, og - Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres". I **Sundhedspakke 2009** (Regeringen 2009) blev der fokuseret på ét mål om at frem til 2020 forlænge middellevetiden med 3 år. Handlingsplanen inkluderer i forhold til ulighed forslag til 1) at bruge satspuljemidler til projekter for at styrke den forebyggende indsats over for mindre ressourcestærke

grupper samt udsatte børn og unge. Desuden vil man 2) udsende vejledningsmateriale om rekruttering og motivation af mindre ressourcestærke grupper til livsstilsændringer, herunder rygestop. Tabellen på side 13 illustrerer problemets størrelsesorden i Danmark sammenlignet med et antal

andre europæiske lande, hvor vi har data af god kvalitet. Vi ser her de seneste data fra 1990erne i forskel i dødelighed, mellem de som har den korteste og den længste uddannelse. Vi har også i tabellen indført mål på indkomstulighed og velfærdspolitikkens dækningsgrad og generositet (decommodification) i forhold til ældre, arbejdsløse og syge.

Uligheden i dødelighed er klart lavest i de to sydeuropæiske lande Italien og Spanien samt i Sverige. Størst blandt de vesteuropæiske lande er den i Finland, men i Polen og andre Østeuropæiske lande er den voldsomt meget større. For lande er den de øvrige lande som Danmark, Norge, England, Belgien, Schweiz og Frankrig er mønstrene ret lige. Danmark har i denne gruppe relativ høj ulighed i dødelighed for kvinder, men lav for mænd. Mønstret i tabellen stemmer ikke med, hvad man umiddelbart kunne forvente, når man ser på de to kolonner til højre i tabellen. Italien, Spanien og England har store indkomstuligheder, og England har en betydelig mindre generøs velfærdspolitik end landene på kontinentet, og i særdeleshed sammenlignet med de nordiske lande. Alligevel er den sociale ulighed i dødelighed af samme størrelsesorden i denne gruppe af lande.

Tallene for ulighed i dødelighed i tabellen afspejler nettoeffekten af et meget kompliceret samspil af faktorer, men det kan konstateres, at en universel og generøs velfærdspolitik med små indkomstuligheder, ikke ser ud til at være en tilstrækkelig forudsætning for små sociale uligheder i dødelighed, hvilket også bekræftes af

Ulighed mellem uddannelsesgrupper i dødelighed (Mackenbach: NEJM 2008:358:2468-81), indkomstulighed (OECD 2008) samt decommodification indeks (Bambra: J Eur Soc Policy 2006;16:73-80). Data fra 1990-2000.

	Ulighed i dødelighed (per 100.000) mellem korteste og længste uddannelse*		Indkomst-ulighed: Gini-koefficient *100	Decommodification indeks
	Mænd	*Kvinder*		
Danmark	**828**	**511**	**23,2**	**29,0**
Finland	1255	483	26,9	34,6
Norge	980	518	27,6	34,0
Sverige	625	381	23,4	34,7
England & Wales	862	462	33,5	15,4
Polen	2192	750	37,2	-
Belgien	915	417	27,1	31,9
Schweiz	1012	337	27,6	29,7
Frankrig	1044	375	28,1	31,5
Italien (Turin)	639	197	35,1	27,6
Spanien (Barcelona)	662	236	31,9	-

**Ulighed er målt som et "slope index of inequality", som måler den absolutte forskel i dødelighed per 100.000 mellem den højeste og laveste uddannelsesniveau.*

en lang række mere systematiske analyser. Den påfaldende lave sundhedsulighed i de sydeuropæiske lande har man tolket som et resultat af, at de er i en tidligere fase af tobaksepidemien, hvor tobaksrygningen endnu ikke i samme grad er koncentreret til befolkningsgrupper med kort uddannelse, som det er i de nordvesteuropæiske lande.

Dertil kommer at uligheden i dødelighed i mange år er blevet gradvis større. I Danmark begyndte det i 1970erne. Mens den økonomiske ulighed stadigvæk var faldende, begyndte den sociale ulighed i dødelighed at vokse. Uanset om vi måler ulighed efter uddannelse eller efter indkomst er forskellen i middellevetid mellem den bedst og dårligst stillede fjerdedel af befolkningen næsten fordoblet siden midten af 1980erne. Mange europæiske lande har i 1980erne og 1990erne vist samme tendens til stigning i den absolutte ulighed, samtidig som middellevetiden for hele befolkningen udvikler sig positivt. Indebærer det, at den politik som skal til for at reducere uligheden, er en helt anden end den som er god for udviklingen "i gennemsnit"? Det vil Sundhedsstyrelsens review give svar på.

Social ulighed i sundhed som politisk problem

Af Signild Vallgårda, Københavns Universitet

Når man taler om ulighed i sundhed, har de fleste en intuitiv opfattelse af, hvad det handler om. Ser man nærmere på, hvordan politikere fra forskellige ståsteder og lande, og forskellige forskere definerer social ulighed i sundhed, viser det sig imidlertid, at det kan ske på mange forskellige måder. Det fænomen, som kaldes social ulighed i sundhed, forstås forskelligt.

Den proces, gennem hvilken noget formes som et politisk problem, kan kaldes problematisering. I problematiseringen defineres fænomener og deres årsager og de gøres dermed tilgængelige for politisk handling. Enhver problematisering indebærer valg og fravalg. En måde at se er samtidig en måde ikke at se.

Samtidig er det ofte sådan, at man er mere tilbøjelig til at se problemer, som man mener, at man har løsninger på. Eller man definerer problemerne, sådan at de passer til de vante løsninger. Når man som i Danmark i forebyggelsespolitikken generelt har lagt stor vægt på den indsats, der kan finde sted i sundhedsvæsenet, og når påvirkningen af den enkeltes adfærd har været central, bliver det mere nærliggende for politikere og myndigheder at se adfærdsformer, fx rygning og kostvaner, som årsager til den sociale ulighed i sundhed. Og den direkte påvirkning i form af rygestopkurser og individuel rådgivning bliver en metode til at løse problemet. Hvis folkesundhedspolitikken derimod som i Norge også i høj grad handler om at forandre menneskers levekår, arbejdsforhold, boligforhold, økonomiske tryghed osv., er det sandsynligt, at disse forhold også ses som årsager til uligheden i sundhed. Det fokus, folkesundhedspolitikken generelt har, former dermed også valget af indsatsen over for den sociale ulighed i sundhed. Som Mark Twain skrev: „Hvis ens eneste værktøj er en hammer, får ens problemer en tilbøjelighed til at ligne søm."

Hvad er problemet: dikotomi eller gradient?

I Danmark omtales ulighed i sundhed almindeligvis, som det forhold, at de udsatte, eller med en nyere begreb, de ressourcesvage, har en meget ringere sundhed end resten af befolkningen. I 1990'erne talte man om 80/20-samfundet. Dvs. at befolkningen opdeles i to grupper, og problemet fremstår som en dikotomi mellem dem med god sundhed, flertallet, og dem med dårlig, et mindretal.

En anden måde at beskrive social ulighed i sundhed på, er at tale om uligheden som en gradient. Det vil sige, at sundheden gradvis forringes med faldende indtægt, uddannelse osv. Ifølge den måde at se fænomenet på, er det også et problem, man skal forholde sig til, at skolelæreren har bedre sundhed end håndværkeren, som har en bedre sundhed end den ufaglærte, gennemsnitligt set.

Det er ikke sådan, at man kan sige, at den ene måde at se på er rigtigere end den anden, man ser bare forskellige ting. Hvis man ser uligheden som dikotomi, og vil gøre noget ved den, handler det om at gøre noget for de svageste, mens de som ser uligheden som en gradient, vil gøre noget ved forskellene mellem grupper i hele befolkningen.

Det kan også få betydning for opfattelsen af fænomenet og de politiske tiltag, som foreslås, om man inddeler befolkningen efter f.eks. indkomst eller uddannelse. For det første er det forskellige personer, som havner i henholdsvis den højeste og den laveste gruppe. Hvis man opdeler efter indkomst, vil en håndværksmester og en departementschef kunne havne i samme gruppe, mens hvis man opdeler efter uddannelse, vil departementschefen havne i gruppe med undervisningsassistenten. Kategorierne bidrager til, at nogle forskelle bliver tydelige og andre forsvinder

og billedet af den sociale ulighed i sundhed vil være forskelligt, afhængig af, hvem som grupperes i samme kategori. For det andet vil kategoriseringen medvirke til at pege på årsager. Inddeler man efter indtægt, er det ofte ud fra en forestilling om, at materielle forhold har betydning for sundheden, og det kan bidrage til en forestilling om, at man gennem at forbedre menneskers økonomiske vilkår også vil forbedre deres sundhed. Inddeler man derimod efter uddannelse, vil det være nærliggende at se uddannelse og information, som midler til at forbedre de lavtuddannedes sundhed. Man kan sige, at kategorien tenderer til at blive årsagen. Tilsvarende vil man finde forskellige mønstre og årsager, hvis man inddeler befolkningen efter etnicitet, køn, geografisk tilhørssted mv.

Hvad er årsagerne?

Ligesom fænomenet kan ses forskelligt, er der også forskellige forklaringer på uligheden. Når uligheden ses som en dikotomi, er det oplagt at finde årsager hos dem, som tilhører de udsatte eller ressourcesvage grupper. Det kan være deres sociale vilkår, men oftest er det deres adfærd, eller livsstil som det også kaldes, som ses som den væsentligste årsag til den ringe sundhed. Det vil sige, at det er fordi de udsatte ryger og drikker for meget, spiser usundt og bevæger sig for lidt, at de har ringere sundhed end resten af befolkningen. Der er dog også forklaringer på dikotomien, som handler om de udsattes levekår, at de bor i områder med dårlige boliger, i utrygge omgivelser, at de har dårlig adgang til rekreative områder og ringe indkøbsmuligheder. Selv udsatheden, diskriminering o.l. ses af visse også som årsager til den ringere sundhed hos de udsatte. Hvis det er den enkeltes adfærd, som ses som årsagen, bliver den enkelte også ofte set som ansvarlig for sin adfærd og dermed sundhedstilstand.

Når uligheden ses som en gradient, vil det være sådan, at forklaringerne på forskellen almindeligvis søges i strukturelle forhold, Dels sådan, at det er forskelle i levekår som psykisk og fysisk arbejdsmiljø, økonomiske muligheder, boligforhold mv. som er årsag til forskelle i sundhed, og dels at disse sociale forhold og normer i forskellige grupper, er medvirkende til, at adfærden er forskellig i forskellige socialgrupper. Det indebærer, at de som ser uligheden som en gradient, er mere tilbøjelige til at finde årsager til uligheden i samfundsforhold, som den enkelte ikke har så meget indflydelse på, og dermed lægger de et større ansvar for uligheden på politikere.

Løsninger på problemet

Af gode grunde hænger løsningerne sammen med årsagsforklaringerne, selv om det som sagt i indledningen godt kan være, at de løsninger man er vant til at bruge, er med til at gøre visse årsager mere synlige end andre.

Hvis adfærden ses som årsag til sundheden eller sygeligheden, og hvis man mener, at den enkelte selv suverænt kan vælge sin adfærd, vil løsninger være oplysning og i tilbud om behandling. Det sidste gælder især i de tilfælde, hvor det handler om fysisk afhængighed, som ved rygning, alkoholstorforbrug og stort kalorieind-

tag. De som ser uligheden som en dikotomi, men som ikke mener, at det især handler om valg, men om vilkår, vil foreslå indsatser, som forbedrer de udsattes eller ressourcesvages levekår. Man kan kalde det en højrisikostrategi, hvis indsatsen rettes mod dem, som er i særlig risiko. Det indebærer også, at man ikke gør så meget ved årsagen til, at nogle havner i situationen, især ikke hvis tiltagene handler om at få dem, som har en sundhedsskadelig adfærd til at vælge at handle anderledes. Med en højrisikostrategi bruges ressourcerne på dem, som har mest brug for hjælp.
Hvis levekårene ses som årsag til uligheden, og hvis uligheden ses som en gradient, bliver opgaven at sikre bedre og mere lige vilkår for befolkningen. Hvor man sætter ind, afhænger af, hvor man ser årsagerne til den ringe sundhed. Det kan være arbejdsforhold, materielle vilkår, uddannelse, diskriminering mv. Dem, der taler for at indsatsen skal rette sig mod hele befolkningen, begrunder også ofte deres politik med, at det kan virke udpegende eller stigmatiserende over for de svage, hvis kun de bliver genstand for de forskellige tiltag. Hvis indsatsen rettes mod levekår og mod at reducere forskelle mellem alle grupper i befolkningen, placeres ansvaret for at reducere uligheden i sundhed nødvendigvis hos politikerne.

Sammenfatning

Man kan sige, at der er to idealtypiske måder at opfatte ulighed i sundhed:

- Den ene er, at det er de udsatte eller ressourcesvages ringe sundhed, som udgør problemet med uligheden i sundhed, årsagen er at finde i deres usunde adfærd, og løsningen er at hjælpe med oplysning og behandling, sådan at de vælger at leve sundere.
- Den anden er, at uligheden går gennem hele befolkningen som en gradient, med ringere sundhed jo lavere social placeret man er, årsagerne er især at finde i forskellige levekår og det er politikernes ansvar at gøre noget ved uligheden.

I praktisk politik ser man for det meste forskellige mellemformer eller måske rettere kombinationer af disse idealtyper.

Mere læsning, hvor der også er referencer til andres artikler

Vallgårda S. Tackling social inequalities in health in the Nordic countries: targeting a residuum or the whole population? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010;64(6):495-6.

Vallgårda S. Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematisations in national public health programmes. *Health policy*. 2008;85:71–82.

Vallgårda S. Health inequalities – political problematisations in Denmark and Sweden. *Critical Public Health*. 2007;17(1): 45-56.

Vallgårda S. When are health inequalities a political problem? *European Journal of Public Health*. 2006;16:615-616.

Vallgårda S. Hvad er social ulighed i sundhed? Om kategoriseringers betydning. I Vallgårda S, Koch L. (red) *Forskel og lighed i sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, 2006:15-28.

Sundhed på tværs i kommunen

Af Niels Sandø og Maria Aabel Koch, Sundhedsstyrelsen

Det er nødvendigt, at arbejdet med sundhed ses som en tværgående indsats i kommunen, og flere kommuner har da også allerede fokus på dette. Men det er langt fra problemfrit at arbejde på tværs af forvaltningsområderne – det er nogle af de udfordringer, men også muligheder der vil fokuseres på i denne artikel.

I udgangspunktet er det væsentligt at slå fast, at befolkningens sundhedstilstand langt overvejende skabes af de betingelser og rammer som de forskellige forvaltningsområder i kommunen sikrer som en del af deres kerneydelser. De rammer og betingelser som er med til at skabe sundhed fordeler sig på mange forskellige kommunale forvaltningsområder. Uddannelse, sociale forhold, arbejdsmarkedstilknytning og miljø spiller en afgørende rolle for den enkeltes sundhed, og det samme gælder trafikforhold og muligheder for fritidsudfoldelser. Det er således i høj grad andre forvaltningsområder end sundhedsområdet i kommunen, der i forbindelse med deres myndighedsudøvelse skaber rammerne for borgernes sundhed.

Det der desuden er vigtigt at have sig for øje er, at:

- Sundhedsindsatsen er kommunalbestyrelsens ansvar, og bør være helhedstænkende. Opgaven kan ikke løses af en sundhedsafdeling alene.
- Borgernes sundhedstilstand og sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter kan være et middel til at opnå målsætninger inden for andre forvaltningsområder.
- Det tværsektorielle arbejde med sundhed forudsætter opbakning og styring fra kommunens øverste ledelse og fra ledelsen i de forskellige forvaltningsområder.

For nogle forvaltningsområder har borgernes sundhedstilstand betydning for efterspørgslen efter de ydelser som de leverer til borgerne, det gælder fx pleje- og omsorgsområdet. Netop efterspørgslen efter pleje og omsorg forventes at stige ganske betragteligt i de kommende år på grund af den demografiske udvikling, hvor der kommer flere ældre medborgere. Ved at have fokus på bl.a. ældre medborgeres sundhedstilstand kan behovet for pleje og omsorg reduceres, da erfaringer peger på at de i højere grad vil kunne forblive selvhjulpne.

Et sådant eksempel er Fredericia Kommune, hvor der er opnået besparelser på 15 millioner kroner i hjemmeplejen ved at træne ældre, der tidligere har modtaget hjælp af kommunen, så de er blevet i stand til at klare sig selv. 156 af 338 borgere er blevet selvhjulpne, og 133 modtager mindre hjælp end først efterspurgt. 49 borgere har ikke oplevet nogen ændring

Sundhed som mål eller middel

Samarbejde om sundhed på tværs af kommunens forvaltningsområder har ikke kun det sigte at opnå en bedre sundhed blandt borgerne. Sundhed og sundhedsfremmende aktiviteter bør i høj grad ses som et **middel** til at opnå andre forvaltningsområders egne målsætninger. Fx kan aktiviteter, der fremmer sund kost og fysisk aktivitet være et middel i sociale indsatser til at forbedre udsatte borgeres sociale relationer og netværk. De kan endvidere benyttes i beskæftigelsesindsatser til at styrke deltagernes tro på, at de selv kan skabe noget, eller til at hjælpe med at opnå de krav til fysik, som kræves i nogle job.

Tværsektorielle og strukturelle indsatser

Et tværgående samarbejde forudsætter, at der er klarhed over fordelingen af roller og ansvarsområder mellem forvaltningsområderne, ligesom det forudsætter at den øverste politiske og administrative ledelse prioriterer udarbejdelsen af politikker som kan bruges som grundlag herfor, samt sikrer løbende opfølgning heraf. Gennemførelse af indsatser inden for de enkelte forvaltningsområder skal entydigt placeres hos de enkelte forvaltninger. Med andre ord, er det ikke sundhedsafdelingens opgave. Den vil primært have til opgave at koordinere indsatsen – samt kvalitetssikre og monitorere den.

Når udgangspunktet er, at sundhedsindsatser skal bruges til at løfte de enkelte forvaltningers

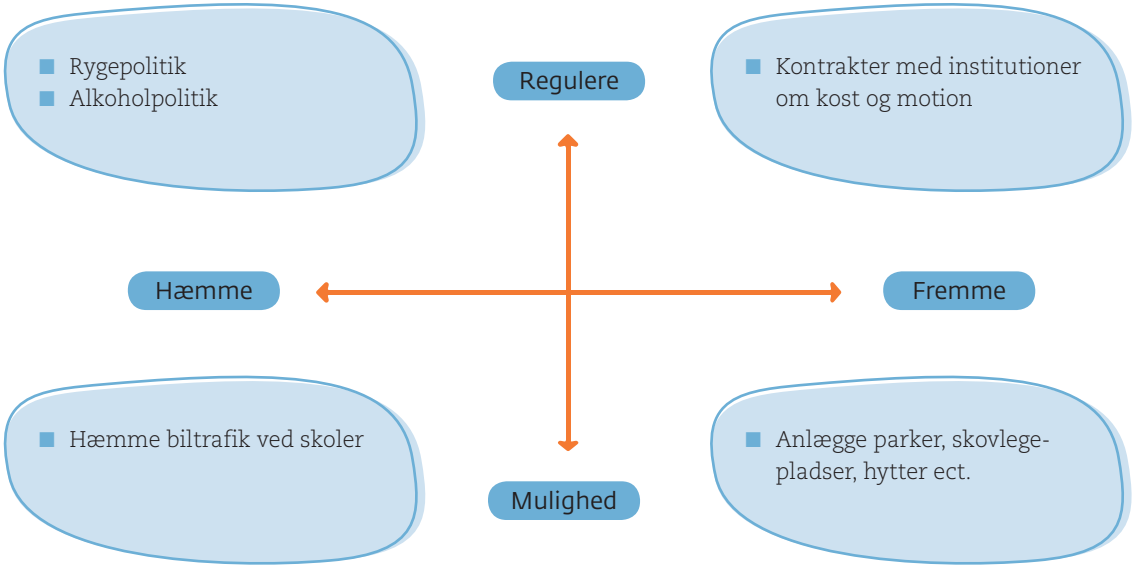
kerneopgaver og at ansvaret for gennemførelsen placeres hos de enkelte forvaltninger, vil et naturligt udgangspunkt være at se på hvilke lovbestemte opgaver de enkelte forvaltninger er forpligtet til at tilbyde borgerne, og se på hvordan sundhedsfremmende tiltag kan bidrage til at sikre borgerne disse ydelser – samtidigt med at de opnår en bedre sundhedstilstand. Når der er fokus på de lovbestemte opgaver, vil indsatserne ofte relatere sig til styring, regulering og/eller rammesættende indsatser.

Med dette udgangspunkt vil der med andre ord være tale om, at der etableres strukturelle indsatser, som gør "det sunde valg let". Strukturelle indsatser kendetegnes ofte ved, at der ikke nødvendigvis er fokus på at sikre borgerne nogle ekstra ydelser, men derimod at have fokus på at sikre, at de ydelser, der alligevel skal leveres, leveres på en måde, så vi samtidig får øget sundhed ud af det.

Strukturel forebyggelse kan for overskuelighedens skyld illustreres ved to akser, hvor man på den ene side enten fremmer eller hæmmer en bestemt adfærd, og på den anden side enten kan øge mulighederne for sundere adfærd, eller regulere mod usund adfærd (Se figur 1).

Strukturelle forebyggelsesindsatser har den fordel, at de – netop fordi de er strukturelle – både kan nå de ressourcestærke og ressourcesvage borgere, mens individrettede sundhedstilbud har en tendens til mest at blive brugt af de mere ressourcestærke borgere. De strukturelle indsatser kan derudover målrettes, så der bliver særligt fokus på boligområder, uddannelser,

FIGUR 1



erhverv mv., hvor der er en overrepræsentation af ressourcesvage borgere. Der er i de seneste år bl.a. gennemført en række indsatser i forhold til arbejdsløse og kontanthjælpsmodtagere.

Styringsudfordringen i kommunerne

På trods af fordelene ved – og behovet for – at indarbejde sundhed på tværs af hele kommunens organisation, er det ikke desto mindre en meget stor udfordring. En undersøgelse som Sundhedsstyrelsen har fået foretaget[1], peger på, at det kan hænge sammen med de enkelte forvaltningsområder i deres daglige arbejde har rigeligt at gøre med at sikre, at borgerne får de lovpligtige ydelser, hvorfor der ikke umiddelbart er fokus på indarbejdelse af sundhed i forvaltningens arbejde[2]. Derudover peges der ofte på udfordringerne med at gøre sundhed til en reel politisk og ledelsesmæssig prioritering.

Tværgående sundhedsindsatser, som har en strukturel karakter, vil ofte forudsætte, at der er et politisk og ledelsesmæssigt fokus på styringsaspektet for at sikre implementeringen af indsatserne.

Sundhed i de forskellige hierarkiske niveauer i organisationen

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens undersøgelse af udfordringer og erfaringer med at arbejde på tværs af den kommunale organisation med fokus på sundhed, kom det frem, at sundhed og tværgående samarbejde i realiteten ofte er ganske fremtrædende.

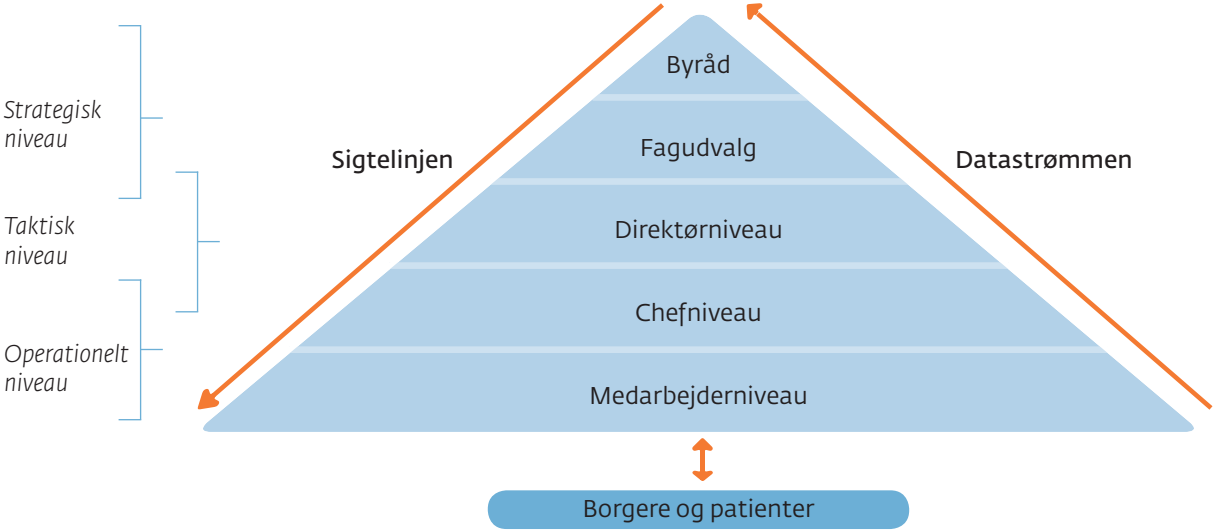
Således er der i langt de fleste af landets kommuner udarbejdet sundhedspolitikker, og mange kommuner pointerer desuden i deres politikker nødvendigheden af at arbejde på tværs af kommunens organisation. Tilsvarende oplever mange medarbejdere i deres daglige arbejde, at der arbejdes med sundhed, og at der etableres samarbejder på tværs af forvaltningsområdet.

Problemet er blot, at der langt fra altid er en sammenhæng mellem de målsætninger og prioriteringer, der udstikkes af den politiske ledelse og direktionen, og så de indsatser, der faktisk gennemføres. Ligeledes er der heller ikke altid en overordnet sammenhæng mellem de indsatser, der gennemføres i de forskellige forvaltningsregier.

Med udgangspunkt i figur 2 på næste side, kan en del af baggrunden for disse forhold illustreres. Figuren illustrerer en klassisk organisationsopbygning – i dette tilfælde kommunen. I toppen af organisationen sidder den politiske ledelse, mens menige medarbejdere er nederst i organisationsdiagrammet. Ideelt set skulle politiske beslutninger om eksempelvis indarbejdelse af strukturelle forebyggelsesindsatser, forstås og implementeres hele vejen igennem organisationen, da den politiske beslutning udgør sigtelinjen for organisationens arbejde. Tilsvarende vil medarbejdere i hele

1) "Gør det sunde valg let – muligheder for strukturelle indsatser i kommunerne", udafbejdet af Rambøll for Sundhedsstyrelsen.
2) "Gør det sunde valg let – muligheder for strukturelle indsatser i kommunerne", udafbejdet af Rambøll for Sundhedsstyrelsen.

FIGUR 2



organisationen sikre løbende tilbagemelding og opfølgning på de vedtagne beslutninger.

Problemet opstår, når sundhedspolitikker og handleplaner ikke i tilstrækkelig grad indeholder præcise målsætninger og ikke entydigt placerer ansvaret for gennemførelsen, samt løbende følger op på implementeringen. Der vil så – i mange tilfælde – opstå situationer, hvor sundhedsindsatser er prioriteret af direktionen, og hvor der etableres mange lokale samarbejdsrelationer med fokus på sundhed. Imidlertid er der på chefniveauet – det der i modellen kaldes det taktiske niveau – langt overvejende fokus på at sikre leverancen af kerneydelser, hvor sundhed sjældent tænkes ind eller prioriteres. Man kan altså sige, at styringskæden "knækker", så der ikke er en samlet retning og prioritering for hele organisationen. Hvis ikke der sikres sammenhæng mellem det strategiske niveau og det operationelle niveau (dvs. medarbejderne), kan nogle af konsekvenserne være:

- At der sker en skævvridning af indsatsen i forhold til den prioritering, som sundhedspolitikken indebærer. I sin yderste konsekvens med det resultat, at der på givne forvaltningsområder ikke indtænkes sundhedsfremme og forebyggelse, hvor det ellers ville være til alles bedste.
- At der gennemføres indsatser, som kunne have været gennemført mere hensigtsmæssigt i et samarbejde på tværs af forvaltninger.
- At der gennemføres ukoordinerede indsatser, overlappende indsatser eller unødige gentagelser i indsatsen.
- At borgerne oplever manglende sammenhæng i indsatsen, hvilket ofte vil være et problem for de mest ressourcesvage og dermed bidrage til at øge ulighed i sundhed.

- At man bliver unødigt afhængige af personlige netværk, hvorved den organisatoriske robusthed for udskiftninger mindskes drastisk.
- At man i kommunerne ikke får skabt den nødvendige balance mellem decentral handlefrihed og central styring.

Indsatser for at styrke styring og prioritering af samarbejder

Der findes ingen hurtige løsninger, som kan sikre, at sundhed reelt bliver indarbejdet på tværs af kommunens forvaltninger, men undersøgelser og erfaringer peger på, at der er behov for:

- Klare og målbare målsætninger for de enkelte forvaltninger og på de forskellige niveauer i organisationerne indarbejdet i sundhedspolitikken, og at der løbende følges op på implementeringen af disse, såvel ledelsesmæssigt som politisk. Dette er en væsentlig forudsætning for at sikre, at lederne på det taktiske niveau kan prioritere sundhed som en tværgående indsats.
- At der ledelsesmæssigt følges op på de politiske målsætninger. Det vil sige, at de enkelte chefer bl.a. vil blive evalueret på deres evne til at indarbejde ledelsens tværgående prioriteringer.
- At synliggøre, at sundhed kan være et middel for det enkelte forvaltningsområde, på linje med de midler eller indsatser, de i forvejen benytter sig af.
- At sikre, at alle forvaltninger opnår ejerskab og tager ansvar i forhold til at indarbejde sundhed i forvaltningernes arbejde, ved at sikre sig en forståelse for, at sundhed er en tværsektoriel opgave, som trænger sig på i de kommunale prioriteringer, og sikre at de enkelte forvaltninger er involveret i udarbejdelsen af planer og strategier.

De kommunale sundhedsafdelinger vil have en væsentlig opgave i at sikre, at de ovennævnte forhold er til stede, at arbejde for at skabe en forståelse af nødvendigheden af at arbejde med sundhed på tværs af den kommunale organisation, at sikre adgang til metoder og viden om implementering af sundhed i andre forvaltningsområder osv. Sundhedsafdelingens rolle vil i mindre omfang være at stå for selve aktiviteterne på de andre forvaltningsområder, da ansvaret for opgaveløsningen ligger hos de enkelte forvaltningsområder, og ikke hos sundhedsafdelingen. Sundhedsafdelingens rolle vil således i vid udstrækning være faciliterende og monitorerende.

Rapporten "Gør det sunde valg let – muligheder for strukturelle indsatser i kommunerne" og inspirationsmaterialet "Sundhed på tværs" kan downloades på www.sst.dk/tvaers, ligesom inspirationsmateriale og en pjece der kort præsenterer potentialet i, og mulighederne for, at arbejde på tværs af forvaltningsområdet kan rekvireres på 70 26 26 36, eller på www.sundhed.schultz.dk.

”Hvordan bør man leve?”

- en ramme for etisk refleksivitet i forebyggende arbejde

AF Morten Hulvej Rod, Statens Institut for Folkesundhed

De etiske aspekter af forebyggelsesarbejdet bliver sjældent gjort til genstand for diskussion i de kommunale forvaltninger, endsige i de forskningsmiljøer, der beskæftiger sig med forebyggelse. Ofte fokuseres der på den tekniske side af sagen: Diskussionerne handler om, hvordan forebyggelsen bedst opfylder sit sundhedsmæssige formål, og om de praktiske udfordringer, der knytter sig til eksempelvis at få bestemte målgrupper i tale.

Denne artikel vil vise, hvordan de tekniske og praktiske aspekter af forebyggelsesarbejdet knytter sig tæt til nogle etiske spørgsmål, og artiklen skitserer en begrebslig ramme, der kan anspore forebyggelsespraktikere og -forskere til at tænke over og debattere forebyggelse som et etisk, mellemmenneskeligt anliggende. Gennem eksempler, der handler om kommunale indsatser over for unges brug af alkohol, vil jeg med artiklen illustrere, hvordan forebyggelse ikke alene retter sig mod nogle bestemte sundhedsmæssige mål, men også afføder implicitte moralske værdisætninger. Hvad enten det er meningen eller ej, indebærer konkrete forebyggelsesinitiativer nemlig en form for besvarelse af spørgsmålet ”Hvordan bør man leve?” Artiklens hovedbudskab er, at det er bedre at gøre denne etiske dimension af forebyggelsen til genstand for systematisk refleksion, end at lade som om den ikke eksisterer.

Etisk refleksivitet – hvad er det?

Begrebet ”etisk” bruges af og til som et værdiladet tillægsord – fx hvis det diskuteres, hvorvidt det er ”etisk” eller ”uetisk” at begrænse individets frihed i folkesundhedens interesse. Når jeg i denne artikel bruger begrebet etik – og etisk refleksivitet – er det i en lidt anden betydning. Det handler nemlig ikke om at fastslå, *hvorvidt* konkrete forebyggelsestiltag er etiske (i betydningen ”etisk forsvarlige”), men om at overveje, *hvordan* forebyggelsen – i kraft af at være et mellemmenneskeligt anliggende – forbinder sig med og aktualiserer en række etiske spørgsmål.

Etiske spørgsmål vedrører det, der konkret foregår i det mellemmenneskelige domæne, hvor forebyggelsen udøves, og de retter vores opmærksomhed mod de værdisætninger og værdikonflikter, der opstår i mellemmenneskelig interaktion. I visse professioner, hvor mellemmenneskelige relationer spiller en central rolle i

udførelsen af arbejdet, har man en form for etisk kodeks, som man som medlem er forpligtet til at overholde. Dette gør sig ikke gældende i forebyggelse, der som bekendt er et tværfagligt felt, hvor der næppe kan siges at herske enighed om et grundlæggende værdisæt. I alkoholforebyggelsen hersker der eksempelvis en vis spænding mellem sundhedsfaglige rationaler om at udskyde og mindske unges brug af alkohol (hvor afholdenhed bliver en central værdi) og sundhedspædagogiske ideer om at øge unges handlekompetencer i en social verden, hvor alkohol spiller en central rolle, og hvor afholdenhed måske ikke ses som et realistisk eller for den sags skyld ønskværdigt mål.

Målet med den etiske refleksivitet, som jeg med denne artikel gør mig til fortaler for, er ikke at etablere konsensus om et fælles værdisæt eller for den sags skyld at opstille et etisk kodeks for forebyggelse. Det handler derimod om at

indføre løbende overvejelser over de etiske konsekvenser af konkrete forebyggelsestiltag og om at forholde sig refleksivt (og måske endda kritisk) til ens egen praksis. Det kan man gøre som en integreret del af sit professionelle hverdagsliv som individuel praktiker eller forsker, men man kan også gøre det kollektivt – fx når man foretager evalueringer. Inden for den nuværende evalueringskultur er sundhedseffekten blevet det væsentligste kriterium for at vurdere, hvorvidt et forebyggelsestiltag er godt eller skidt. Man kan imidlertid overveje, om ikke det burde høre med til vurderingen og evalueringen af ethvert tiltag at reflektere over, hvilke værdier der implicit promoveres, og hvilke konsekvenser (positive såvel som negative) det i bred forstand kan have, når bestemte mennesker gøres til målgruppe for et forebyggende tiltag.

"Hvordan bør man leve?" – ét spørgsmål, tre etiske dimensioner

Spørgsmålet "Hvordan bør man leve?" kan fungere som udgangspunkt for etiske refleksioner over konkrete forebyggelsestiltag. I praksis indebærer forebyggelse en implicit besvarelse af dette spørgsmål, idet ethvert forebyggelsestiltag fremmer nogle bestemte forestillinger om, hvad der er det gode liv og vejen til at opnå det. Disse forestillinger bliver imidlertid sjældent ekspliciteret og gjort til genstand for diskussion.

Spørgsmålet rummer tre dimensioner eller underspørgsmål: Der er for det første en praktisk og teknisk del, der handler om, *hvordan* noget opnås. Dernæst er der en normativ dimension, som afspejlet i det lille ord *bør*, der retter vores fokus mod forebyggelsens implicitte værdisætninger. Endelig henviser spørgsmålet til subjektet *man*, og den etiske refleksivitet kommer dermed til at omfatte en opmærksomhed på, hvordan målgrupper i konkrete tiltag konstrueres og afgrænses. Disse tre underspørgsmål er naturligvis indbyrdes forbundne og kan være vanskelige at adskille, men ikke desto mindre kan det være en nyttig øvelse at forsøge at gøre det.

I det følgende vil jeg gennemgå disse tre dimensioner hver for sig. For at være meningsfuld må etisk refleksivitet forholde sig til konkrete tiltag og specifikke situationer, og derfor vil jeg illustrere hver enkelt af de tre dimensioner ved at diskutere et forebyggelsestiltag, der sigter mod at udskyde unges alkoholdebut: I mange kommuner er man, som supplement til sundhedspædagogiske tiltag over for de unge selv, begyndt

at afholde forældremøder i folkeskolens ældste klasser, hvor målet er at få forældrene til at nå til en form for enighed eller aftale om at medvirke til at udskyde deres børns alkoholdebut. Det specifikke format og formål med disse møder varierer fra kommune til kommune (og fra skole til skole); her baserer jeg diskussionen på etnografiske observationer af forældremøder i Esbjerg og København.

Hvordan? Teknikker og redskaber

I evalueringer af forebyggelsestiltag – og ikke mindst i evidensoversigter og lignende – fokuseres der som nævnt ofte på at identificere de mest effektive teknikker til at opnå nogle bestemte sundhedsmæssige mål. De metoder og strategier, der bliver brugt i forebyggelse, er imidlertid ikke værdi-neutrale redskaber, men de rummer i sig selv kimen til nogle bestemte værdisætninger, sådan som vi skal se det eksemplificeret i det følgende.

Ved føromtalte forældremøder blev forældrene præsenteret for udvalgte forskningsresultater, der understøtter det budskab, at det er skadeligt for børn at begynde at drikke for tidligt, og at forældrene kan medvirke til at udskyde deres børns alkoholdebut ved at undlade at servere alkohol for dem i hjemmet. Det foregik typisk på den måde, at en SSP-instruktør viste en række overheads med procentsatser og figurer, der henviste til videnskabelige undersøgelser, kommunale sundhedsprofiler og lignende. På den måde var *viden* et centralt redskab for forebyggerne. I de diskussioner, der opstod mellem forældrene indbyrdes, kom denne viden ofte til at spille en central rolle. Ved et møde i en ottende klasse var der eksempelvis en far, der fastholdt, at han gerne ville lære sit barn at drikke derhjemme og i øvrigt mente, at det var den rene puritanisme, at unge ikke måtte drikke alkohol. Det fik andre forældre til at henvise til den viden, de var blevet præsenteret for i begyndelsen af mødet og sige: "Når nu vi får at vide, hvor skadeligt det kan være for dem at drikke, hvordan kan du så bare stå fast på dit?" Det var dog relativt sjældent, at der opstod direkte konfrontationer ved de møder, som jeg overværede – generelt blev den fremlagte viden modtaget positivt af forældrene, der udtrykte tilfredshed med at få "fakta på bordet".

Et andet redskab der blev bragt i anvendelse i det konkrete tiltag var *enighed* eller endnu bedre set fra arrangørernes synspunkt *en forældreaftale*. Selvom mange instruktører lagde vægt på, at forældrene gennem indbyrdes diskussioner (som i eksemplet ovenfor) blev klar over, hvor de havde hinanden, var det formelle formål med møderne, at forældrene blev enige om at arbejde for at udskyde deres børns alkoholdebut. Enkelte steder arbejdede man sågar med en form for kontrakt, som forældrene mere eller mindre formelt skulle tilslutte sig. I praksis viste det sig imidlertid at være vanskeligt at opnå enighed blandt forældrene – ikke mindst fordi det sjældent var alle forældre der var mødt op – og som nogle af instruktørerne gjorde mig opmærksom på, stod der altid et åbent spørgsmål tilbage: Hvad gør vi, når enigheden brister, eller aftalerne træder ud af kraft?

Man kan naturligvis identificere flere teknikker og redskaber, der blev bragt i anvendelse i dette konkrete tiltag. Her vil jeg nøjes med at pege på, at etiske refleksioner med fordel kan begynde med en identifikation af de redskaber, som man bruger i forebyggelsen: *Hvordan* søger vi egentlig at opnå vores formål? Og *hvad sker der helt konkret*, når vi bruger disse teknikker? I eksemplet her, men også mere generelt i forebyggelsen, fremlægges en særlig form for viden, og det antages, at denne viden i sig selv rummer svaret på, hvad der er det rigtige og det forkerte at gøre. At dette ikke er en helt uproblematisk antagelse, bliver tydeligt, hvis man interesserer sig for de værdikonflikter, der opstår i kølvandet på præsentationen af fakta af den type, der blev

præsenteret ved forældremøderne, og som vi skal se nærmere på nedenfor.

Bør? Værdisætninger og værdikonflikter

Selvom det tiltag, som jeg her bruger som eksempel, ikke havde noget ekspliciteret og på forhånd defineret værdigrundlag, skete der i anvendelsen af de ovenfor nævnte teknikker (viden og enighed/aftaler) nogle implicitte værdisætninger. Af og til opstod der deciderede værdikonflikter. Værdier er ikke nødvendigvis noget, man definerer på forhånd og bringer med sig – det kan lige så vel være noget, der opstår som en form for biprodukt af de ting, man foretager sig, og uden at man nødvendigvis er klar over det. Etisk refleksivitet kan imidlertid være med til at synliggøre sådanne implicitte værdisætninger og rette vores opmærksomhed mod de værdikonflikter, der opstår i forebyggende arbejde.

En af de implicitte værdisætninger, der opstod ved forældremøderne, var, at forældrene burde basere deres forældreskab på de fakta, som blev fremlagt. Helt konkret handlede det om, at de videnskabelige undersøgelser pegede i retning af, at det kunne have negative virkninger for børnene, hvis deres forældre serverede alkohol for dem i hjemmet, og dermed blev budskabet, at forældre ikke burde servere alkohol for deres børn. Dette budskab blev imidlertid mødt med en vis ambivalens. Forældrene ville gerne gøre det bedste for deres børn og var som oftest lydhøre over for den viden, der blev præsenteret for dem. Samtidig var det tydeligt, at der i forældrenes indbyrdes diskussioner var mere end blot de unges alkoholdebut på spil: Det handlede grundlæggende om forældrenes forhold til deres børn og om det skift i forældre-barn-relationen, der foregår i teenageårene. Her lagde mange forældre vægt på at udvise tillid til deres børn og give dem gradvist større autonomi, og i den sammenhæng passede en restriktiv holdning over for alkohol ikke nødvendigvis ind. På den måde opstod en værdikonflikt mellem forebyggelsens budskab om, at forældrene skulle udøve deres ansvar på en bestemt måde og mange forældres vægtning af tillid og autonomi.

På samme måde som viden og fakta bar kimen til nogle bestemte værdisætninger i forhold til forældrenes ansvar, indebar brugen af enighed og aftaler som redskaber til opnåelse af forebyggelsens formål også en implicit normativitet. I den forbindelse var det ikke helt uden betydning, hvorvidt møderne sigtede mod at opnå enighed, indgå mere eller mindre formaliserede aftaler eller blot at lade forældrene diskutere med hinanden og derigennem lære hinandens synspunkter at kende:

- Formelle aftaler mellem forældrene kan siges at lede i retning af en kontraktliggørelse af deres indbyrdes relationer, og det kan fx gøre det aktuelt at sanktionere "aftalebrud".
- Enighed som redskab bygger på en implicit forestilling om, at konsensus er af det gode. Spørgsmålet er naturligvis, om det er muligt at etablere konsensus om noget så intimt som børneopdragelse i en gruppe af mennesker, der ikke nødvendigvis har andet til fælles, end

at de har børn i samme skoleklasse.

- Endelig hænger det mere åbne formål, at forældrene skal have lejlighed til at diskutere med hinanden, sammen med en værdisætning af udvekslingen af holdninger og erfaringer og en mere dialogisk tilgang til forebyggelse.

I praksis vil de tre forskellige tilgange, som jeg her har skitseret – den kontraktliggørende, den konsensussøgende og den dialogiske – blive kombineret på kryds og tværs. Generelt i forebyggelsen vil forskellige strategier af denne type indgå, ligesom den værdimæssige spænding mellem tillid og ansvar også har en mere generel relevans. I den forbindelse handler den etiske refleksivitet om at synliggøre, hvilke værdisætninger der vægtes i specifikke sammenhænge. Selvom man som forebyggelsespraktiker og -forsker gør sig umage for at tale ud fra et sikkert vidensgrundlag, kan de værdier, som man implicit promoverer, godt gøres til genstand for diskussion.

Man? Målgrupper og mennesker

Den tredje dimension af spørgsmålet "Hvordan bør man leve?" handler om, hvordan målgrupper konstrueres og afgrænses. Spørgsmålet er: Hvem er "man" egentlig?

Ved forældremøderne kan der trækkes en direkte linje fra målet om at etablere enighed til en forestilling om, at mennesker der har børn i samme klasse udgør en "forældregruppe" med et kollektivt moralsk ansvar for deres børns brug af alkohol. Møderne medvirkede til, at disse mennesker kom til at indgå i en gruppe med netop hinanden, og i den forbindelse pegede mange af de involverede praktikere på, at der var et behov for at revitalisere de forældregrupper, der typisk udviser stort engagement og sammenhængskraft i folkeskolens yngste klasser, men undervejs i børnenes skoletid har tendens til at miste gejsten. På den måde er forebyggelsen med til at skabe bestemte grupper og gruppetilhørsforhold – eller forsøger i det mindste på det.

En anden problematik, der knytter sig til denne dimension af den etiske refleksivitet, handler om de kategorier af mennesker, som et tiltag opererer med. Den viden, som forældrene blev præsenteret for ved møderne, fokuserede på "den store gruppe af helt almindelige teenagere", og det lå planlæggerne bag forældremøderne på sinde, at der ikke skulle fokuseres på unge med et begyndende misbrug eller tilsvarende risikogrupper. På den måde kom møderne til at operere med "Teenageren" som en kategori, der var konstrueret med udgangspunkt i blandt andet statistiske opgørelser over den gennemsnitlige alkoholdebutalder og lignende. Budskabet (at forældrene skulle undlade at servere alkohol for deres børn i hjemmet) rettede sig først og fremmest mod denne gennemsnitlige figur, "Teenageren". Det skabte imidlertid rum for et helt centralt dilemma for forældrene: Hvordan skulle de omsætte viden om, hvad der er rigtigt at gøre i forhold til en gennemsnitlig teenager, til konkrete handlinger og holdninger i forhold til deres egne børn?

Målgrupper er ikke givet på forhånd, men i konkrete tiltag defineres og afgrænses nogle

bestemte mennesker som enten tilhørende eller ikke-tilhørende målgruppen. Endvidere må forebyggelsen nødvendigvis operere med nogle bestemte forestillinger om de mekanismer, som styrer deres målgruppes handlinger – ellers er det alt andet lige vanskeligt at ændre disse. Af den grund er det vigtigt at gøre sig bevidst, hvordan man med bestemte tiltag er med til at etablere nogle sociale skillelinjer og forskelle. Som eksemplet med forældremøderne viser, er det et centralt dilemma, hvordan man i forebyggelsen omsætter generaliseret viden om "gennemsnitlige" sammenhænge på befolkningsniveau til handleanvisninger over for enkelte mennesker, der sjældent er at betragte som gennemsnitlige. Forebyggelsens svar på spørgsmålet "Hvordan bør man leve?" vil altid være midlertidige og utilstrækkelige for det enkelte menneske (og gudskelov for det).

Afrunding

Jeg har i det ovenstående brugt et tiltag baseret på forældremøder i folkeskolen til at illustrere, hvordan etisk refleksivitet med udgangspunkt i de tre dimensioner af spørgsmålet "Hvordan bør man leve?" kan være med til at udvide vores forståelse af et specifikt forebyggelsestiltag. Tredelingen med fokus på henholdsvis teknikker, værdier og målgrupper kan bruges som skabelon for refleksioner over andre forebyggelsestiltag, og på den måde give mulighed for at vurdere og diskutere forebyggelsens grundlag på en måde, der ikke udelukkende fokuserer på opnåelsen af sundhedsmæssige gevinster.

Den form for etisk refleksivitet, som jeg her har præsenteret, begynder med en opmærksomhed omkring selve de teknikker, som bliver bragt i anvendelse i forebyggende tiltag. Formålet er at skabe en bevidsthed om, hvordan de helt konkrete metoder og redskaber, som forebyggelsespraktikere bringer i anvendelse over for deres målgrupper, sætter forskellige former for mellemmenneskelige processer i gang. Her kan den etiske refleksivitet være med til at belyse andre former for virkninger end forebyggelsens sundhedsmæssige formål.

Det næste niveau af den etiske refleksivitet handler om at identificere de implicitte værdisætninger, som anvendelsen af specifikke teknikker bringer med sig. Når der skal træffes beslutninger vedrørende forebyggelse, handler det ikke blot om at vælge den tilgang, der med størst sandsynlighed giver det bedste resultat på den sundhedsmæssige bundlinje, men også om at

tilrettelægge sit arbejde, så det er i overensstemmelse med nogle værdier, man ønsker at fremme. På dette punkt kan en øget etisk refleksivitet give forebyggelsespraktikere et godt grundlag for indgå i en nuanceret dialog med eksempelvis de kommunale politikere.

Det tredje niveau forholder sig til den måde, hvorpå målgrupper konstrueres og afgrænses. Pointen er, at enhver målgruppebeskrivelse er en form for konstruktion og indebærer nogle bestemte afgrænsninger. Dette har konsekvenser for den måde, hvorpå man som forebyggelsespraktiker møder og tiltaler de mennesker, hvis handlinger man gerne vil påvirke i en bestemt retning. Der vil i mødet mellem forebyggelsespraktikere og målgrupper altid opstå etiske dilemmaer, fordi vores ideer om målgruppen og de mekanismer, den er underlagt, aldrig helt kan indfange den kompleksitet, der præger ethvert menneskeliv.

Formålet med en refleksivitet, der tager udgangspunkt i spørgsmålet "Hvordan bør man leve?", er altså ikke at fremkomme med endegyldige svar på etiske spørgsmål, der af natur er komplekse og situationsbundne. Til gengæld må refleksionerne være tæt knyttet til det praktiske forebyggelsesarbejde og de udfordringer, det indebærer: Hvad gør vi egentlig, hvordan og med hvilke konsekvenser? Hvilke værdier promoverer vi – og hvilke dilemmaer og værdikonflikter kan det afføde? Og hvilke forestillinger gør vi os i grunden om de mennesker, vi gerne vil forandre i en bestemt retning?

Forslag til videre læsning:

Rod, M. H. (2010a). Forebyggelsens momenter. En antropologisk analyse af evidens og etik i tiltag rettet mod unges brug af alkohol. Ph.d.-række 59. Institut for Antropologi, Københavns Universitet. (Afhandlingen kan downloades her: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/forebyggelsens_momenter.pdf)

Rod, M. H. (2010b). Hvordan man taler om det sociale. Flertalsmisforståelser og gruppepres i klasselokalet. I M.U.Pedersen & T. Kolind (red.), Unge, rusmidler og sociale netværk (pp. 109-127). Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.

Artiklen trækker i øvrigt på følgende inspirationskilder:

Hastrup, K. (2009). Refleksiv etik. Antropologiens sociale engagement. I K. Hastrup (red.), Mellem mennesker. Grundbog i antropologisk forskningsetik. (pp. 297-318). København: Hans Reitzels Forlag.

Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S., & Nielsen, M. E. J. (2009). Etik i forebyggelse og sundhedsfremme København: Sundhedsstyrelsen.

Jöhncke, S., Svendsen, M. N., & Whyte, S. R. (2004). Løsningsmodeller. Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. I K. Hastrup (red.), Viden om verden (pp. 385-407). København: Hans Reitzels Forlag.

Lakoff, A. & Collier, S. J. (2004). Ethics and the anthropology of modern reason. Anthropological Theory, 4, 419-434.

Røgfrihed – også for socialt udsatte

Socialt udsatte mennesker ryger langt mere end gennemsnittet, og det har alvorlige konsekvenser både for den enkeltes helbred og for den sociale ulighed i sundhed.

Af Helle Stuart, projektleder, Røgfrihed for alle

"Det ville være fedt at slippe for den afhængighed af smøger, både fysisk og psykisk. Også fordi det i den grad går ud over helbredet, men også ... med en førtidspension har man ikke specielt meget at rutte med, og det er altså meget at ryge for 1800 om måneden, hvilket jeg gør i øjeblikket".

Sådan siger en af de værestedsbrugere, Røgfrihed for alle har interviewet. Lad os kalde hende Kirsten. Kirsten er ikke alene. Mange socialt udsatte mennesker vil gerne have hjælp til at lægge smøgerne på hylden. De får bare ikke altid den støtte, de har brug for. Fordi rammerne på værestedet, bosteder og misbrugscentre, hvor de kommer, ikke understøtter ønsket, og fordi medarbejderne ikke bakker (tilstrækkeligt) op. Det vender vi tilbage til. Først nogle facts.

Antallet er rygere er faldet drastisk de seneste 20 år, hver femte af os (21 %) ryger, viser Sundhedsstyrelsens seneste undersøgelse af danskernes rygevaner. Det er glædeligt, at kurven er faldende, men rygning har en stor social slagside, som det er vigtigt at være opmærksom på. Næsten 9 ud af 10 (87 %) socialt udsatte mennesker, hjemløse, misbrugere og psykisk syge, ryger. Og de ryger heftigt. Det ved vi fra en undersøgelse, som Statens Institut for Folkesundhed lavede for Rådet for Socialt Udsatte i 2007.

Storrygere lever mindst 8-10 år kortere end andre, og socialt udsatte er hårdest ramt af rygningens skadelige virkninger. Rygning er den risikofaktor, der mest markant påvirker sygelighed og dødelighed. Og som har størst indflydelse på ulighed i sundhed.

Derfor er der også mange gode grunde til at arbejde med tobaksforebyggelse blandt socialt udsatte mennesker. Både her og nu – og på længere sigt.

Røgfrihed for alle i 12 kommuner

Røgfrihed for alle er en treårig indsats, som har sat tobaksforebyggelse for socialt udsatte på dagsordenen i kommunerne og på landsplan. Det sker i tæt samarbejde med 12 modelkommuner i hele landet. De udvikler metoder til tobaksforebyggelse, danner netværk og deler viden og erfaringer med hinanden.

Røgfrihed for alle arbejder for, at medarbejdere på social- og sundhedsområdet skal tage ejerskab, for og have kompetencer til, at arbejde med tobaksforebyggelse også blandt socialt udsatte mennesker. På et kvalificeret grundlag, som en del af det daglige arbejde.

Hvis vi som samfund for alvor skal rykke ved uligheden i sundhed, er det ikke nok at tilbyde kurser og uddanne flere rygestoprådgivere. Det er nødvendigt at gøre tingene på en anden måde, end vi plejer. Tobaksforebyggelsen skal ind på værestеder, bosteder, misbrugscentre og andre steder, hvor socialt udsatte borgere kommer og bor, og være en del af det, der sker dér. Og, hvis man tænker målgruppen lidt bredere end de mest udsatte borgere, skal tobaksforebyggelsen ind i beskæftigelsestilbud, udsatte boligområder mv.

Målet med Røgfrihed for alle er, at indsatsen skal føre til vedvarende ændringer i modelkommunernes praksis. Og at indsatsen vil sprede sig som ringe i vandet, så også andre kommuner får

Fakta om rygning og socialt udsatte

- 87 % af socialt udsatte borgere (alkohol- og stofmisbrugere, hjemløse og mennesker med sindslidelse) ryger dagligt. Det gælder 21 % af befolkningen generelt.
- Andelen af storrygere er markant større blandt socialt udsatte. 52 % af dem ryger mere end 15 cigaretter om dagen, det gælder 11 % i befolkningen ellers.
- Hvert år dør ca. 14.000 dansker på grund af rygning. Det svarer til hvert fjerde dødsfald.
- Rygning koster flere menneskeliv end alkoholmisbrug, stofmisbrug og overvægt tilsammen.
- Storrygere lever mindst 8-10 år kortere end ikke-rygere. Rygere, der dør direkte pga. af deres rygning, mister 15 års levetid.
- Rygning koster samfundet dyrt. En kommune på 30.000 indbyggere vil have årlige omkostninger til behandling mv. som følge af rygning på 13,6 mio. kr.
- Mange socialt udsatte borgere vil gerne holde op med at ryge – og forsøger også på linje med andre.

lyst og mod til at gå nye veje. Den måde, der arbejdes med tobaksforebyggelse på, kan også bruges på mange andre områder, fx når det gælder kost, alkohol og motion.

Indsats på flere niveauer

Konkret arbejder Røgfrihed for alle på tre niveauer:

Nationalt: Projektet holder nationale temadage om tobaksforebyggelse og udbyder efteruddannelsesdage for medarbejdere og rygestopkonsulenter – med fokus på tobaksforebyggelse på sociale institutioner.

Kommunalt: En stor del af arbejdet foregår ude i modelkommunerne, som på hver deres måde arbejder med at implementere tobaksforebyggelse og rygestopkurser i deres daglige praksis. Kommunerne arbejder også sammen på tværs, fx deltager tre af dem p.t. i et pilotprojekt om proaktiv telefonrådgivning til socialt udsatte borgere. En metode, man har gode erfaringer med i udlandet.

Medarbejdere fra de 12 modelkommuner mødes på netværksmøder og temadage og deler erfaringer, og medarbejdere fra "det centrale" projekt Røgfrihed for alle fungerer som sparringspartnere og proceskonsulenter i kommunerne. De medvirker på lokale temadage og møder, hvor medarbejdere fra kommunens forvaltninger og sociale tilbud får viden og kompetencer. Det kan fx være kompetencer til at aflæse parathed til rygestop og kurser i samtaleteknikker som den motiverende samtale med socialt udsatte borgere.

Viden på tværs: Endelig formidler Røgfrihed for alle viden gennem den faglige portal **www.rogfrihed.dk.** Portalen henvender til social-

og sundhedsmedarbejdere, der arbejder med socialt udsatte mennesker.

Viden rykker

En væsentlig erfaring fra projektet er, at viden gør en afgørende forskel. Det gælder viden på mange planer: Viden om, at rygning er en afhængighed, og at det er en svær modspiller. Viden om, at psykisk syge ofte kan sætte deres medicinforbrug ned, når de stopper med at ryge. Viden om, at det giver god mening og effekt at arbejde med rygestop som en del af behandlingen for alkoholmisbrug. Og ikke mindst: Viden om, at socialt udsatte mennesker på linje med andre borgere faktisk gerne vil lægge smøgerne på hylden og have hjælp til det.

Det sidste ved vi fra en holdningsundersøgelse, som Røgfrihed for alle i 2010 gennemførte blandt 1059 ledere og medarbejdere og socialt udsatte borgere på værestеder, bosteder mv. i de 12 modelkommuner.

Hver fjerde af de godt 600 socialt udsatte, der deltog i undersøgelsen, mener, at de kan holde op med at ryge. Men kun hver sjette af de omsorgsmedarbejdere, pædagoger og andre, der omgås de socialt udsatte borgere, tror på det. Medarbejderne undervurderer også borgernes ønske om at blive røgfri. "Rygning er deres mindste problem", mener mange. Det er tankevækkende. Og det kalder på en mere professionel tilgang i det sociale arbejde. For selvfølgelig spiller medarbejdernes holdning ind på det daglige arbejde.

"Jamen det er jo misforstået hensyn"

Holdningsundersøgelsen har på flere måder været en øjenåbner. For mange medarbejdere har det været en ahaoplevelse, at den største udfordring i arbejdet med tobaksforebyggelse er deres egne forestillinger om de socialt udsatte borgeres ønsker og formåen, og deres eget syn på, hvad der er omsorg for borgerne. Som en medarbejder på et værested sagde det: "Det gik op for mig, at det var misforstået hensyn (at medarbejderne bakkede op om, at det var o.k. at ryge i værestedet, red.) Det er jo helt forfejlet – vi er faktisk med til at slå folk ihjel." I dag har værestedet rygeforbud og tilbud om rygestopkurser og nikotinerstatning til brugerne. Og til medarbejdernes overraskelse har der ikke været 'flugt' fra stedet.

Røgfrihed for alle – kort

- Røgfrihed for alle er en treårig indsats (november 2008-november 2011).
- Projektet hører under Sund By Netværket og er støttet af Sundhedsministeriet.
- Røgfrihed for alle arbejder tæt sammen med 12 modelkommuner: Faxe, Frederiсia, Furesø, Gladsaxe, Guldborgsund, Haderslev, Norddjurs, Næstved, Struer, Thisted, Aalborg og Aarhus.
- Projektet samarbejder desuden med Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Servicestyrelsens Udsatteenhed, Psykiatrifonden m.fl.
- Indsatsen bygger primært på amerikanske erfaringer.

Brugerne har taget godt imod de nye regler. Det er i øvrigt erfaringen flere steder: De socialt udsatte synes, det er fair nok, at der gælder samme regler for dem som for andre.

Det nytter – også for Kirsten

Det understreger den holdning, der ligger bag Røgfrihed for alle. Socialt udsatte borgere har lige så stor ret som andre til et tilbud om rygestop. Og lige så stor ret til at kunne vælge røgen fra i deres miljøer. Men de har brug for særlig støtte, og her må både de professionelle social- og sundhedsarbejdere og politikerne bakke op.
De vigtigste erfaringer fra Røgfrihed for alles første to projektår, er:

- Der er brug for et tæt samarbejde på tværs af social- og sundhedsområdet – man skal kende hinanden.
- Ledelsen i kommunen og på institutionerne skal gå forrest i arbejdet.
- Tobaksforebyggelse skal ind i den daglige praksis på være- og bosteder mv. for socialt udsatte borgere.
- Medarbejderne skal have fælles viden og være bevidste om deres egne og stedets holdninger til rygning.
- Fysiske rammer og rutiner på stedet skal understøtte arbejdet med tobaksforebyggelse.

Det nytter at arbejde med tobaksforebyggelse for socialt udsatte mennesker. Både for Kirsten her og nu – og hvis vi på længere sigt skal gøre noget ved den sociale ulighed i sundhed.

Litteratur

Læs mere på www.rogfrihed.dk
SUSY Udsat, Rådet for Socialt Udsatte, 2007.
Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
Monitorering af danskernes rygevaner, Sundhedsstyrelsen, 2010.
Økonomi og sundhedsgevinster i kommunal tobaksforebyggelse, Susanne Reindahl Rasmussen, Muusmann (konferenceoplæg).
Rygning er deres mindste problem? Røgfrihed for alle, 2010.

Flere veje til rygestop i Thisted

Thisted Kommune er en af de 12 modelkommuner i projekt Røgfrihed for alle. Kommunen arbejder – og samarbejder – om tobaksforebyggelse blandt socialt udsatte på flere måder.

Af Karen Pedersen, kommunikationsmedarbejder, Røgfrihed for alle

Sundhedsmedarbejder Troels Winther er ude på et værested for at holde et rygestopkursus. I døren møder han en af brugerne, Magda, en ældre psykisk syg kvinde. Troels spørger, om hun har lyst til at være med på kurset. Magda ved ikke rigtig, om hun kan sætte sit forbrug ned. "Det behøver du ikke at love, du er velkommen, hvis du bare er lidt interesseret", siger Troels. Det er Magda. Kurset går i gang, og hver gang deltagerne mødes, spøger Troels, om nogen har ændret rygemønster siden sidst. Og hver gang siger Magda: "Nej, jeg ryger stadig 15 cigaretter om dagen". Ved femte møde spørger Troels, som han plejer, og regner egentlig med at få samme svar. Men så siger Magda: "Ja, jeg er stoppet med at ryge". Troels og resten af holdet er ved at falde ned af stolen: Hold da op, hvordan gjorde du …? "Jeg tog en beslutning om at lade være med at ryge", lyder svaret.

- Ja, så kort kan det siges! Sådan en oplevelse gør, at jeg kan konstatere og argumentere for, at det giver god mening at være synlig og arbejde med tobaksforebyggelse ude på værestederne. Det er muligt at flytte folk, ved at man er der, konkluderer sundhedsmedarbejder og rygestopinstruktør Troels Winther fra Thisted Kommune. Det seneste to år har han arbejdet med rygestopkurser og snak om tobak i fem sociale værestederi kommunen. Her griber han det lidt anderledes an, end når han holder rygestopkurser for 'almindelige' borgere.

- Det er en lidt 'blidere' proces. Forløbet er lidt længere end ellers. Der er flere mødegange, inden vi for alvor går i gang – og der er ikke fastlagt en stopdato på forhånd. Udgangspunktet er at møde folk, hvor de er. Nogle er måske først klar efter tredje mødegang. At vi mødes lidt flere gange gør også, at det bliver muligt at skabe en god relation.

Værestederne bakker op

Der har været god opbakning fra værestederne.
- Medarbejderne støtter op. Enkelte ryger selv, men de går meget stille med det. Vi lagde fra begyndelsen op til, at medarbejderne også skulle have tilbud om rygestopkursus, for at de kunne være rollemodeller i det daglige. Det handler også om at klæde dem på til at tage en snak om tobak i hverdagen. Tanken er, at personalet skal opfange de små signaler fra brugerne, der hvor de

ser en flig af motivation til at skabe forandring.

- Jeg synes det fungerer godt. Lederne og personalet er gode til at spotte anledninger til at snakke om rygning. Det kan fx være, hvis én hoster: "Hold da op, det var godt nok en ubehagelig hoste – har du tænkt dig at gøre noget ved det?" Der er mange måder at spørge på.

Gratis nikotinerstatning

Og motivationen hos brugerne er der, fortæller Troels Winther.

- Der er flere årsager til, at folk gerne vil holde op med at ryge – ud over at det er dyrt. Mange oplever, at de har problemer med helbredet, de har KOL eller dårlige lunger. Det er helt klart en

motivationsfaktor. Nogle vil gerne være mere sammen med deres børnebørn, og vil ikke have, at de skal se farmor eller morfar hoste lungerne ud. Når brugerne er hjemme hos familien, må de ikke ryge. Mange oplever, at de som rygere i det hele taget bliver mere og mere stigmatiserede. Det er svært at være mange steder, og folk ser skævt til dem.

En anden vigtig motivationsfaktor er, at værestederne uddeler gratis nikotinerstatning til brugerne. Det er muligt, fordi kommunen har fået penge fra det tidligere Velfærdsministerium til en indsats specielt på værestederne. Og så er der kuliltemåleren, som Troels Winther har med ud på værestederne. Det skruer også op for motivationen.

- Konkurrenceelementet tiltaler mange. Mange går op i, om de har pæne kuliltetal. Det sætter gang i snakken: Hvad var dine tal i dag? Nogle kan have lave tal, selvom de ryger meget, hvordan hænger det sammen? osv.

Behandlerne spiller en vigtig rolle

Troels Winther har også erfaringer med rygestopkurser på et socialpsykiatrisk bosted, og så er han for nylig begyndt at holde rygestopkurser som en del af behandlingen på Misbrugscenter Thy.

Det er forholdsvis nyt, at misbrugscentret tænker rygestop ind i behandlingen.

- Vi er inspireret af de erfaringer, behandlingscentret Ringgården har gjort i deres projekt BASTA (om alkohol og rygning, red.), og tænkte, at vi også kunne gøre det bedre i vores hus. På misbrugscentret kommer både folk i behandling for alkohol- og stofmisbrug, og folk på metadon. Og rigtig mange af dem ryger, fortæller misbrugscentrets leder Lisbeth Falsig Laurberg Jensen. De første skridt til at sætte rygning på dagsordenen var, da misbrugscentret blev røgfrit, da Rygeloven kom i 2007.

- Det har fungeret fint, men vi vil gerne have mere fokus på tobakken. Det handler jo også om, hvordan vi som behandlere tager rollen på os. Om at tage det alvorligt. Mange behandlere har det synspunkt, at man ikke kan fjerne alkohol og nikotin på samme tid. Det er synd. Folk har brug for cigaretterne til at klare trangen, abstinenser og stress, når de holder op med at drikke. Sådan var det også hos os tidligere, vi tænkte, at det kunne vi ikke forlange af folk.

- Jeg har selv været behandler i 10 år og siddet i røg og damp. Hvorfor har jeg fundet mig i det? Jeg synes, det er fantastisk, at vi har Rygeloven – og den bør gælde for alle. Vi skal ikke gøre socialt udsatte mere særlige end andre. Selvfølgelig skal man tage hensyn til folk, men jeg mener, at det er at "opgive", hvis man ikke arbejder med tobaksforebyggelse også for den gruppe mennesker. De skal have de samme tilbud som andre.

Rygestopkurser i alkoholbehandlingen

Derfor har misbrugscentret i dag ambulant gruppebehandling med undervisning og rådgivning om rygestop.

I første omgang kommer sundhedsmedarbejder Troels Winther ud til et møde, hvor han for-

tæller deltagerne om, hvad der sker i hjernen når man ryger, hvor folk kan få målt deres kuliltetal osv. Hvis gruppen så ønsker mere, laver han en parallel gruppe med rygestopforløb for dem, 8-10 mødegange med en til halvanden time hver gang.

- Kurserne har fokus på de sundhedsmæssige konsekvenser af et rygestop. Vi bruger den kognitive tilgang både i alkoholbehandlingen og i rygestopkurset. Det handler om at erstatte indgroede og automatiske vaner og reaktioner med nye bevidste tanker og strategier, fortæller Lisbeth Falsig Laurberg Jensen.

- Sideløbende tilbyder vi NADA – øreakupunktur til at tage trangen. Der er ikke evidens for, at det virker, men det er et tilbud, som mange af brugerne er glade for og synes virker for dem, når de stopper med at drikke og ryge.

Sideordnede forløb fungerer godt

Misbrugscentret har endnu ikke så mange erfaringer med samtidig behandling, men lederen er optimistisk:

- De erfaringer vi har indhøstet, ganske vist på kort tid, viser, at det giver god mening at tale om rygning og alkoholmisbrug i den samme kognitive referenceramme. Mekanismerne bag trangen er den samme, og det er tydeligt hjælpsomt for misbrugerne. Og det har ikke givet hverken unødig stress eller tilbagefald at arbejde med begge dele.

- Det fungerer godt med de sideordnede forløb, hvor der er fokus både på det psykosociale og det sundhedsfremmende aspekt ved at holde op med at ryge og drikke. Det er også positivt, at behandlingen foregår i kendte rammer, som giver mulighed for tæt opfølgning.

En sidste gevinst er samarbejdet på tværs, mellem misbrugscentret og kommunens sundhedsafdeling.

- Vi supplerer hinanden godt. Sundhedsmedarbejderne er gode til at snakke om kost, rygning og motion med borgerne, men er mindre opmærksomme på alkohol. Der kan vi så gå ind og supplere, siger Lisbeth Falsig Laurberg Nielsen.

Ny indsats i nærmiljøet

Erfaringerne breder sig på flere måder i kommunen. Thisted er en af 12 kommuner, der i år har

fået penge fra Sundhedsministeriet til at arbejde med forebyggelse i nærmiljøet, helt konkret i et af kommunens udsatte boligområder. Formålet er at styrke trivsel og sundhed generelt blandt mindre ressourcestærke borgere på kontanthjælp eller sygedagpenge. En del af indsatsen bliver et tilbud om proaktiv telefonrådgivning til 650 husstande. Det vil sige rådgivning, hvor en rygestoprådgiver ringer en borger op på et aftalt tidspunkt.

Sundhedsmedarbejder Troels Winther skal være med til at føre den ny indsats ud i livet:

- Vi vil selvfølgelig bruge de erfaringer, vi allerede har fra misbrugscentret og værestederne i det ny projekt. Vi har erfaret, at det nytter at arbejde med rygestop også for socialt udsatte mennesker. Det er en myte, at "rygning er deres mindste problem", siger han.

Svær overvægt og social ulighed

Af Kathrine Jensen, praktikant, Region Nordjylland
Sociologistuderende, Aalborg Universitet

Hvordan har du det? 2010 er en national undersøgelse af danskernes sundhedstilstand anno 2010. Resultaterne skal bruges som grundlag for at planlægge og målrette sundhedsindsatsen kommunalt, regionalt og nationalt i Danmark. De fem regioner har stået for at udføre undersøgelsen. Der anvendes i denne artikel tal fra den nordjyske undersøgelse *Hvordan har du det? 2010* (1). Der er tale om en spørgeskemaundersøgelse, der blev gennemført i foråret 2010 blandt 35.700 nordjyder. Her har man stillet spørgsmål om de nordjyske borgeres helbred, sundhed, sygdom og trivsel. Desuden har man spurgt ind til borgernes sociale kontakter, deres oplevelse af tillid og tryghed samt lokalsamfundets rammer og muligheder. Specifikt i forhold til overvægt er der blandt andet stillet spørgsmål om højde, vægt, motivation for vægttab samt forbedring af kostvaner og fysisk aktivitetsniveau.

Svær overvægt beskrives ved brug af BMI (Body Mass Index). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man hele livet igennem bevarer sin normalvægt. For voksne betyder det, at man hele livet har et BMI mellem 18,5 og 25,0. Der er en øget helbredsrisiko med øget BMI (2). Denne artikel handler om nordjyder med svær overvægt. Artiklen benytter betegnelsen svær overvægt med baggrund i Sundhedsstyrelsens og WHO´s definition af svær overvægt som BMI på 30 eller derover.

Forskningsresultater viser, at der er en markant social ulighed i sundhed, uanset om man ser på den sociale ulighed ud fra uddannelse, socioøkonomisk status eller indkomst (3). I denne artikel anvendes uddannelse og erhvervsstatus som baggrundsvariable til at belyse den sociale ulighed. Med hensyn til uddannelse skelnes mellem; ingen erhvervsuddannelse, faglært og studentereksamen, kort uddannelse samt mellemlang og lang uddannelse. I forbindelse med erhvervsstatus skelnes der mellem; beskæftigede, arbejdsløse og kontanthjælpsmodtagere samt førtidspensionister. I artiklen ses udelukkende på personer over 30 år, dels fordi det i mange tilfælde tager nogle år at udvikle svær overvægt, dels fordi det kan være vanskeligt at definere erhvervsstatus og uddannelsesniveau for mange personer under 30 år, idet mange er under uddannelse.

I denne artikel sættes der fokus på gruppen af

svært overvægtige personer. Idet man i høj grad ønsker at nå denne gruppe med information om livsstilsændringer, er det interessant at se på, hvordan den sociale skævvridning i forhold til både motions- og kostvaner viser sig, samt at se på, hvilke borgere, der har motivationen til at ændre vaner og opnå et vægttab i det hele taget.

Svær overvægt i Region Nordjylland

Tabel 1 på næste side viser BMI for borgere over 30 år i hele regionen samt for de udvalgte uddannelses- og erhvervsstatusgrupper. I alt 17,4 % af nordjyderne over 30 år er svært overvægtige, hvilket svarer til cirka 62.000 personer. Der er 1,5 %, der er undervægtige, mens 38,7 % er moderat overvægtige. Knap halvdelen af borgerne, nemlig 42,4 %, er normalvægtige. Det fremgår også, at andelen af svært overvægtige falder med stigende uddannelsesniveau. Desuden ses, at andelen af svært overvægtige er markant lavere blandt beskæftigede end blandt grupperne uden for arbejdsmarkedet.

Tabel 1: BMI blandt personer over 30 år i Region Nordjylland med særligt blik på uddannelse og erhvervsstatus (procent)

	Undervægtig (18,5≥BMI)	Normalvægtig (18,5<BMI>25)	Moderat overvægtig (25≤BMI>30)	Svært overvægtig (BMI≥30)
Region Nordjylland	1,5	42,4	38,7	17,4
Uddannelse				
Ingen erhvervsuddannelse	1,9	37,4	38,3	22,5
Faglært, studentereksamen	1,1	39,5	41,6	17,8
Kort uddannelse	1,6	45,1	35,4	17,9
Mellemlang og lang uddannelse	1,4	51,0	36,0	11,6
Erhvervsstatus				
Beskæftigelse	1,1	44,2	38,8	15,9
Arbejdsløs, kontanthjælpsmodtager	1,2	40,4	36,4	22,0
Førtidspensionist	3,6	33,3	32,8	30,3

Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010

Tabel 2: Andel blandt svært overvægtige personer over 30 år, der vurderer deres vægt som alt for høj, i høj grad ønsker at tabe sig og er blevet rådet af egen læge til at tabe sig (procent)

	Vurderer sin egen vægt som alt for høj	Ønsker i høj grad at tabe sig	Er blevet rådet af egen læge til at tabe sig
Uddannelse			
Ingen erhvervsuddannelse	50,4	43,0	47,0
Faglært, studentereksamen	54,8	48,5	44,0
Kort uddannelse	72,5	67,9	43,7
Mellemlang og lang uddannelse	68,9	60,9	39,5
Erhvervsstatus			
Beskæftigelse	61,6	55,1	41,8
Arbejdsløs, kontanthjælpsmodtager	60,9	54,5	40,3
Førtidspensionist	62,1	56,1	53,4

Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010

Det kan altså slås fast, at der er social ulighed relateret til svær overvægt blandt borgere i Region Nordjylland. Tabel 2 belyser, hvorvidt der også er sociale forskelle, når det gælder de svært overvægtige borgeres vurdering af egen vægt, ønsker om at tabe sig, samt hvorvidt de er blevet rådet af deres læge til at tabe sig. Af tabellen ses, at andelen af de svært overvægtige, der vurderer deres vægt som alt for høj, stiger med stigende uddannelsesniveau for de første tre grupper. Personer med mellemlang og lang uddannelse skiller sig dog ud, idet andelen her er mindre end for personer med kort uddannelse. Andelen blandt personer med lang uddannelse er dog stadig markant større end blandt de to øvrige uddannelsesgrupper. Samme tendens gør sig gældende, når der ses på, hvorvidt de svært overvægtige i høj grad ønsker at tabe sig. Ses der på, hvorvidt de svært overvægtige er blevet rådet af egen læge til at tabe sig, er tendensen, at andelen falder med stigende uddannelsesniveau.

Vender man i stedet blikket mod erhvervsstatus, ses der ikke de store variationer mellem grupperne, hvad angår vurdering af egen vægt eller ønske om at tabe sig. I forhold til, om man er blevet rådet til at tabe sig af egen læge, ses dog, at andelen er højere for førtidspensionister end for beskæftigede samt arbejdsløse og kontanthjælpsmodtagere. Det er således alt i alt oftest de lavtuddannede og førtidspensionisterne, der er blevet rådet til vægttab. Sidstnævnte kan være et udslag af, at lavtuddannede og førtidspensionister oftere er hos lægen end højtuddannede, men

kan også rejse nogle spørgsmål om lægers og andre sundhedsprofessionelles tilgang til emner som overvægt og til social ulighed.

Der findes flere faktorer, der har betydning for udviklingen af svær overvægt. Årsagssammenhængene er komplekse og kan ikke forklares alene ved, at man spiser for meget eller bevæger sig for lidt. Eksempelvis spiller også biologiske faktorer ind, såsom alder, køn, arvelig disposition og etnisk herkomst, men også adfærdsmæs-

Tabel 3: Andel blandt svært overvægtige personer over 30 år, der spiser usund kost, er fysisk inaktive samt er motiverede for at ændre dette (procent)

	Spiser usund kost	Vil gerne spise mere sund kost	Er fysisk aktiv	Vil gerne være mere fysisk aktiv
Uddannelse				
Ingen erhvervsuddannelse	23,4	57,5	36,5	59,9
Faglært, studentereksamen	21,9	68,3	29,2	73,7
Kort uddannelse	17,6	77,6	28,2	87,1
Mellemlang og lang uddannelse	8,9	72,9	28,7	85,0
Erhvervsstatus				
Beskæftigelse	20,1	75,9	25,9	81,4
Arbejdsløs, kontanthjælpsmodtager	27,1	69,1	29,2	74,5
Førtidspensionist	20,7	68,2	48,8	73,2

Region Nordjyllands Sundhedsprofil 2010

sige og samfundsrelaterede faktorer spiller ind. Blandt de adfærdsmæssige faktorer, er det især kost og fysisk aktivitet, der har en betydning. De samfundsrelaterede faktorer knytter sig i stedet til fysisk, økonomisk og socialt miljø, eksempelvis arbejdsmiljø, transport, tilgængelighed af sunde fødevarer samt muligheder og normer for fysisk aktivitet.

Det er svært at afgøre, hvilke faktorer der har størst betydning for udviklingen af svær overvægt. Ses på det overordnede samfundsniveau (makroniveauet) eller på lokalsamfundet og familielivet (mikroniveauet) er det fysiske, økonomiske og sociokulturelt miljø, der bedst forklarer svær overvægt i befolkningen. Disse faktorer kan dog alligevel ikke afgøre det enkelte individs risiko for at blive svært overvægtig. På individniveau er det i stedet de biologiske og adfærdsmæssige faktorer, der spiller en afgørende rolle for, hvem der udvikler svær overvægt (4). I det følgende ses nærmere på de to vigtigste adfærdsmæssige faktorer nemlig usund kost og fysisk inaktivitet samt motivationen for at forbedre kost og fysisk aktivitetsniveau.

3) Usund kost er belyst gennem flere spørgsmål angående mad og drikke, der tilsammen danner en kostscore. Usund kost er defineret ved generelt usunde kostvaner herunder lavt indtag af frugt, grønt og fisk og højt indtag af mættet fedt.

4) Fysisk inaktivitet er belyst gennem spørgsmålet: "Hvis du ser på det seneste år, hvad vil du så sige passer dig bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?". Personer der klassificeres som fysiske inaktive har svaret: "Læser, ser fjernsyn eller har anden sillesidene beskæftigelse".

Fysisk inaktivitet og usund kost samt motivationen for at ændre dette blandt svært overvægtige

Tabel 3 viser andelen, der spiser usund kost[3] og er fysisk inaktive[4], samt om de adspurgte ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktive. Dette blandt svært overvægtige nordjyder over 30 år i forhold til baggrundsvariablene uddannelse og erhvervsstatus. I forhold til andelen, der spiser usund kost er den sociale skævdeling ikke at tage fejl af – andelen, der spiser usund kost, falder betydeligt med stigende uddannelsesniveau. I forbindelse med erhvervsstatus ses dog ikke den samme sociale gradient som for uddannelse. Godt nok er andelen større blandt arbejdsløse og kontanthjælpsmodtagere end blandt beskæftigede, men lige store andele blandt beskæftigede og førtidspensionister spiser usund kost. Ses på uddannelse i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt man ønsker at spise mere sundt, ses det, at andelen stiger med stigende uddannelse, dog undtaget personer med en kort uddannelse, der har den største forekomst. Andelen er endvidere større blandt beskæftigede end blandt grupperne uden for arbejdsmarkedet.

Hvad angår andelen af svært overvægtige,

GORE

der er fysisk inaktive ses, at andelen falder med stigende uddannelseslængde. Dog ligger personer med kort uddannelse samt personer med mellemlang eller lang uddannelse på stort set samme niveau. Variationen mellem uddannelsesgrupperne er ikke så markant, som det ses i forhold til usund kost. Andelen, der er fysisk inaktive, er mindre blandt de beskæftigede end blandt grupperne uden for arbejdsmarkedet – særligt førtidspensionisterne. I relation til ønsket om at være mere fysisk aktiv ses, at andelen stiger med stigende uddannelsesniveau. Igen skiller gruppen med mellemlang og lang uddannelse sig ud, idet andelen er mindre end blandt dem med kort uddannelse. For erhvervsstatus ses, at andelen af beskæftigede, der ønsker at være mere fysisk aktive, er en del større end blandt både arbejdsløse, kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister. På baggrund af nærværende artikel og adskillige undersøgelser på området er det klart, at der eksisterer en udpræget social ulighed i relation til svær overvægt. Det gælder både for uddannelse, hvor andelen af svær overvægtige falder i takt med stigende uddannelsesniveau, men også i forhold til erhvervsstatus, hvor andelen af svært overvægtige er mindre blandt beskæftigede sammenlignet med grupperne, der er uden for arbejdsmarkedet. Hvad angår de adfærdsmæssige årsager til svær overvægt (usund kost og fysisk inaktivitet) ses samme tendens. De største andele, der spiser usund kost og er fysisk inaktive, findes blandt lavtuddannede og grupper uden for arbejdsmarkedet.

Udfordringer

Det er ikke nogen nyhed, at der er en lang række sammenhænge mellem en persons sundhedstilstand og sociale position i samfundet – og dermed social ulighed i sundhed. Uligheden viser sig ved blandt andet sundhedsadfærd, sygdom og dødelighed (3;5). Desuden viser undersøgelser, at førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse samt personer med kort eller ingen uddannelse eksempelvis har en dårligere helbredsrelateret livskvalitet, oftere er langtidssyge, har svage sociale netværk og oftere oplever, at sygdom forhindrer dem i daglige gøremål (6;7). Sammenhængen mellem svær overvægt og social status, som fremgik af de forrige afsnit, findes også i en række andre undersøgelser (4;8-12). I *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005* ses eksempelvis en tydelig social gradient i andelen, der er svært overvægtige (13).

En lang række undersøgelser viser endvidere, at andelen af svært overvægtige danskere er stigende, hvilket er et problem for folkesundheden, idet svær overvægt øger risikoen for en række livsstilssygdomme som eksempelvis type 2-diabetes og hjertekarsygdom (2;4;12). Statens Institut for Folkesundhed konkluderer således blandt andet i *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007* at; "*Fedme er en hastigt voksende trussel mod folkesundheden og er på vej til at udgøre et af de væsentligste sundhedsproblemer i verden.*" (4). Dette er en udfordring for både sundhedsvæsenet og sundhedsøkonomien.

De regionale Sundhedsprofiler, der er udkommet i starten af 2011, udarbejdet på baggrund

af sundhedsundersøgelsen *Hvordan har du det? 2010* er en vigtig kilde til viden om danskernes sundhedstilstand. Denne viden skal bruges aktivt i udviklingen af sundhedspolitikker, sundhedsaftaler og i planlægningen og koordinationen af sundhedsindsatsen i kommuner, regioner, almen praksis osv. Samtidig er den indsamlede viden et vigtigt element i overvejelserne om, hvilke indsatser og strategier der skal iværksættes i forsøget på at skabe mere sundhed og lighed i sundhed i den danske befolkning.

Social ulighed og forebyggende indsatser mod svær overvægt

Fra det offentliges side bruges der mange ressourcer på at bremse eller ligefrem vende den stigende forekomst af både moderat og svær overvægt blandt borgerne. Der er ingen nemme løsninger i denne indsats, men Sundhedsstyrelsen peger blandt andet på, at forebyggelse og behandling af moderat og svær overvægt bør involvere mange parter, herunder den enkelte familie, nærmiljøet, kommunen og staten. I 2003 udgav Sundhedsstyrelsen publikationen Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt. Forslag til løsninger og perspektiver. Her gives der 66 idéer til initiativer, der kan hjælpe til at bremse udviklingen af svær overvægt i befolkningen (2).

Når man iværksætter indsatser, der skal forebygge eller ligefrem mindske svær overvægt i befolkningen er det vigtigt at have de sociale forskelle med i overvejelserne. Undersøgelser peger nemlig på, at informations- og oplysningskampagner, som ofte anvendes i det forebyggende arbejde, rammer skævt i befolkningen, og at det i højere grad er de ressourcestærke borgere, der kan drage nytte af disse og omsætte informationen til handling (14). Sundhedsstyrelsen skriver eksempelvis i rapporten *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme* følgende:

> *"Forskelle mellem personer fra forskellige grupper i deres reaktion på indsatser, der kræver aktiv deltagelse eller adfærdsændringer, og dermed forskelle i deres sundhedsmæssige udbytte, afhænger ofte af, hvor mange ressourcer i form af økonomisk, social og kulturel kapital de i forvejen har."* (15)

Der er således både tale om en generel ulighed i sundhed i befolkningen, men også ulighed i udbytte af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Dette kombineret med den ulige fordeling af svær overvægt, men også motivation til at ændre sundhedsadfærd betyder, at det er nødvendigt at overveje indsatser på området så de er målrettet de specifikke befolkningsgrupper, man ønsker at nå. En forudsætning for en hensigtsmæssig og effektiv indsats på området, er således kendskab til de mekanismer, der producerer svær overvægt i befolkningen, samt hvad der karakteriserer de grupper, der har særligt dårligt helbred og hvor de befinder sig. Som det kunne ses, er motivation til bedre sundhedsvaner samt vægttab i den nordjyske befolkning klart lavest blandt personer uden uddannelse og uden for arbejdsmarkedet. Det er vigtigt at inddrage denne forståelse af, at forskellige grupper i samfundet har forskellige ressourcer og barrierer, der

er af afgørende betydning for, hvordan vi lever vores liv, og om vi er motiverede til at ændre vores adfærd. Herved kan en forebyggende eller sundhedsfremmende indsats målrettes.

Litteratur

1. Region Nordjylland (2010), "Hvordan har du det? 2010" på; http://www.hvordanhardudet.rn.dk
2. Sundhedsstyrelsen (2011), "Overvægt" på; http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt.aspx
3. Hansen, Finn Kenneth & Henning Hansen (2007), Fattigdom og social ulighed i sundhed – rapport om Den Danske Nationale Handlingsplan: CASA (http://casa-analyse.dk/files/fattigdom_og_social_ulighed_i_sundhed.pdf)

4. Lander Svendsen (2007), "Overvægt og fedme" i Folkesundhedsrapporten Danmark 2007 af Mette Kjøller, Knud Juel og Finn Kamper-Jørgensen: Statens Institut for Folkesundhed
5. Osler, Merete & Anne-Marie Nybo Andersen (2005), "Social ulighed i helbred" i Medicinsk sociologi – Samfund, sundhed og sygdom af Lars Iversen, Tage Søndergård Kristensen, Bjørn Evald Holstein & Pernille Due (red.): Munksgaard
6. Sandø, Niels, Kirsten Nielsen, Mette Lolk Hanak & Annemarie Knigge (red.) (2009), Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet: Sundhedsstyrelsen (http://www.sst.dk/publ/Publ2009/CFF/Lighed_sundhed/Lighed_i_Sundhed.pdf)
7. Region Nordjylland (2011), Sundhedsprofil 2010 – trivsel, sundhed og sygdom i Nordjylland: Region Nordjylland

8. McLaren L (2007), “Socioeconomic Status and Obesity” I Epidemiologic reviews 2007, 29:29-48
9. Diedrichsen, Finn (2009), ”Social ulighed i fedme – årsager og mekanismer” i Samfundsøkonomen 2009, 4:14-16 (http://www.djoef.dk/Blade/Samfundsoekonomen/Samfundsoekonomen2009/Samfundsoe-konomen-nr-4-2009/~/media/Documents/Djoef/S/Social%20ulighed%20i%20fedme.ashx)
10. Lissau, Inge (2000), ”9.6 Svær overvægt og undervægt” i Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 – og udviklingen siden 1987 af Kjøller Mette, Rasmussen Niels Kristian: Statens Institut for Folkesundhed
11. Heitmann BL (1999), Forekomst og udvikling af overvægt og fedme blandt voksne danskere i alderen 30-60 år: Ugeskrift for Læger 1999,161:4380-4.
12. Richelsen, Bjørn, Arne Astrup, Gitte Laub Hansen, Harald S. Hansen, Berit Heitmann, Lotte Holm, Michael Kjær, Svend Aage Madsen, Kim Fleischer Michaelsen & Sjúrdur F. Olsen (2003), Den danske fedmeepidemi - Oplæg til en forebyggelsesindsats (http://www.meraadet.dk/gfx/uploads/rapporter_pdf/Fedmerapport_www.pdf)
13. Eriksen, Louise (2006), ”3.6 Overvægt og undervægt” i Sundhed og sygelighed 2005 i Danmark & udviklingen siden 1987 af Ola Ekholm, Mette Kjøller, Michael Davidsen, Ulrik Hesse, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen, Morten Grønbæk (red.): Statens Institut for Folkesundhed
14. Aadahl, Mette (2008) ”Social ulighed herhjemme” i Nyt om Forebyggelse – Tema: Strukturel forebyggelse af Torben Jørgensen, Lene Hundborg Koss, Allan Linneberg, Charlotte Glümer & Birgitte Pickering (red.): Region Hovedstaden
15. Sundhedsstyrelsen (2009), Etik i forebyggelse og sundhedsfremme: Sundhedsstyrelsen

Gladsaxe i bevægelse

Bevægelsesformidlere – et eksempel på en kommunal intervention, hvor målet er at mindske social ulighed i sundhed

Af Susanne Friis, tidl. projektleder i Gladsaxe Kommune

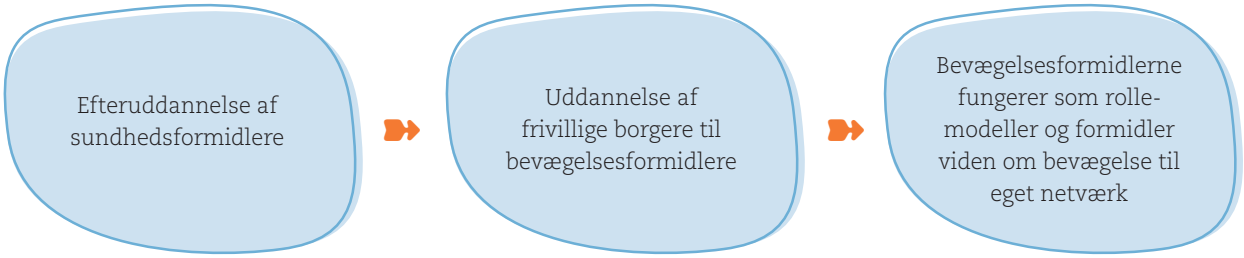
Baggrund

Gladsaxe Kommune uddannede i 2008 et sundhedsformidlerkorps, bestående af otte kvindelige sundhedsformidlere med etnisk minoritetsbaggrund. De formidler sundhed på en lettilgængelig måde ved at gå i dialog om sundhed med udgangspunkt i målgruppens egne sociale og kulturelle forhold. Sundhedsformidleruddannelsen blev udviklet i Københavns Kommune[1] (2), og siden har en række andre kommuner fulgt initiativet.

I Gladsaxe Kommune har sundhedsformidlerne identificeret et stort ønske og behov for mere fysisk aktivitet blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Sundhedsformidlerne har derfor efterspurgt yderligere viden og flere redskaber, så de kan støtte borgere i at komme i gang med at dyrke motion. Gladsaxe Kommune har på baggrund heraf i starten af 2010 uddannet tres frivillige borgere til bevægelsesformidlere[2]. Indsatsen er en del af projekt Gladsaxe i bevægelse[3], hvor et af målene er brugerinddragelse og er gennemført som et udviklingsprojekt.

Effekt af interventionen

Der blev i december 2010 foretaget fokusgruppeinterviews, som viste, at bevægelsesformidlerne identificerer sig med rollen som frivillige og har påtaget sig opgaven med at formidle viden om bevægelse. De er via interventionen blevet styr-



Indsatsen foregik i tre faser, som illustreret i denne figur.

ket i opfattelsen af selv at kunne bidrage til at bevare et godt helbred, og har desuden i en vis udstrækning opnået kontrol over de beslutninger og handlinger, som påvirker deres sundhed og sygdom. Bevægelsesformidlerne, der før indsatsen var fysisk inaktive, har øget deres fysiske aktivitetsniveau markant, således at bevægelse nu er blevet en naturlig del af hverdagen. Den øgede fysiske formåen har en positiv betydning for bevægelsesformidlernes samlede livssituation og sociale relationer. En del af forklaringen på det forøgede aktivitetsniveau er, at de har fået kendskab til kommunens gratis motionsmuligheder samt, at der er oprettet mange nye billige aktiviteter; eksempelvis zumba og gymnastik lokalt i de sociale boligbyggerier. Der er stor søgning til disse hold, og udbuddet af aktiviteter udbygges kontinuerligt afhængig af efterspørgsel.

Indsatsen foregik i tre faser, som illustreret i figuren.

Efteruddannelse af sundhedsformidlere

Indsatsens første fase bestod i at kvalificere sundhedsformidlerne til at rekruttere og uddanne frivillige borgere til bevægelsesformidlere. Undervisningen var fordelt på to undervisningsgange á seks timer og forløb som en vekselvirkning mellem faglige oplæg, parvis øvelser og gruppearbejde samt dialog om, hvordan det faglige tema omsættes til målgruppen. Der var indlagt relevante praktiske øvelser, så sundhedsformidlerne kunne mærke på egen krop, hvad det vil sige at være fysisk aktiv og dermed bedre sætte sig ind i, hvilke påvirkninger fysisk aktivitet har på krop og psyke. Der indgik drøftelser om, hvordan man kan definere fysisk inaktivitet, samt karakteristika for målgruppen, med henblik på at kunne forstå målgruppen og vælge den bedste tilgang i forhold til at påvirke målgruppen i en motionsaktiv retning. Sundhedsformidlerne blev desuden introduceret til, hvordan en forening fungerer, hvilke foreningsmuligheder der findes i kommunen, og hvad der skal til for selv at danne en forening.

Undervisningen af sundhedsformidlerne blev varetaget af den eksterne konsulent, Lisa Duus, der har udviklet konceptet, en repræsentant fra idrætsverdenen og en fritidskonsulent fra kommunen. Undervisningen resulterede i, at sundhedsformidlerne fik:

- mere viden om betydningen af fysisk aktivitet
- konkrete bud på, hvordan fysisk træning kan praktiseres
- indblik i muligheder indenfor den organiserede og den selvorganiserede idræt i Gladsaxe og omegn
- generel viden om foreningslivet

Uddannelse af frivillige borgere

Sundhedsformidlerne uddannede de frivillige borgere efter 'peer-education' metoden. Det centrale ved en 'peer' er, at vedkommende har samme baggrund med hensyn til en eller flere identitetsdannende faktorer. Peer education bygger på formidling fra ligesindede og bruges inden for forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet til at skabe en ændring i viden, holdning eller adfærd hos en person ved hjælp af en ligemand

En række undersøgelser har dokumenteret, at der er store sociale forskelle i sundhed i den danske befolkning (4). Med hensyn til fysisk aktivitet er uligheden stigende. Den sociale ulighed i sundhed gør sig også gældende for borgere med etnisk minoritetsbaggrund, og specielt hvad angår fysisk inaktivitet (3). Der er desuden, på trods af en generel fremgang i sundhedstilstanden i Danmark, registreret negativ udvikling i sundhedstilstanden i bestemte geografiske områder med en høj repræsentation af etniske minoriteter (5).

som formidler. Metoden involverer en interaktion med målgruppen, og det er essentielt, at formidlingsformen matcher målgruppen. Disse karakteristika gør, at formidlingen af budskaber kan blive meget deltagerstyret. Det er vigtigt at pointere, at 'peer education' ikke er et smalt defineret begreb, og at det bedst forstås som en term, der ikke lægger sig fast på et bestemt emne, en bestemt indlæringsmetode eller en bestemt undervisningssetting. 'Peer education' udgør derfor en meget fleksibel og dynamisk tilgang (1).

Formålet med uddannelsen af de tres borgere til bevægelsesformidlere var, udover at øge deres fysiske aktivitetsniveau, at de fremover skal fungere som rollemodeller samt sprede budskabet om vigtigheden af bevægelse og information om de mange aktiviteter i egne netværk og dermed få flere til at være fysisk aktive både i den organiserede og selvorganiserede idræt.

Sundhedsformidlerne fungerede som "brobyggere" i opstarten af de forskellige aktiviteter og trak sig efter fire til seks gange. Den eksterne konsulent deltog i mange af undervisningsgangene for at støtte sundhedsformidlerne samt følge op på ønsker og behov i forhold til etablering af aktiviteter.

Rekruttering er primært sket gennem opslag i boligområderne og allerede eksisterende kontakter via sundhedsformidlerne og de boligsociale medarbejdere i Værebroparken og Høje Gladsaxe, der alle har et stort og bredt netværk. Der blev lagt vægt på at rekruttere borgere, der ikke var bevidste om betydningen af motion, og som havde ringe eller ingen kendskab til foreningslivet. Den personlige rekrutteringsform gav mu-

Undervisningen foregik i seks grupper. I de to blandede sproggrupper blev undervisningen afholdt på dansk og i de fire andre på målgruppernes modersmål (arabisk, somalisk, tyrkisk og urdu) uden brug af tolke. Forløbet bestod af tre gange to timers teoretisk undervisning for hver sproggruppe og var bygget op omkring illustrative materialer og praktiske øvelser. Teoridelen blev tænkt ind i praksis for at give deltagerne en fornemmelse af at kunne gøre praktisk brug af den mere teoretiske "tavleundervisning".

lighed for at forklare, hvad projektet gik ud på, hvem det rettede sig mod, og hvilke betingelser der var for at deltage f.eks. sprog, mødegange mm.

Resultater

Evalueringen er foregået som kvalitative fokusgruppeinterviews. Mange af de frivillige er overvægtige, og næsten alle har helbredsproblemer og vil gerne bevæge sig mere for at forbedre deres sygdomsforhold. Uddannelsen som bevægelsesformidler er derfor yderst meningsfuld for de frivillige og har ligeledes vist sig at være begribelig og håndterbar, idet uddannelsen var i overensstemmelse med deres ressourcer. De frivillige bevægelsesformidlere har således i høj grad haft en oplevelse af sammenhæng i forhold til konceptet.

Evalueringen er foretaget cirka et halvt år efter selve interventionens afslutning og viser således forholdsvis kortsigtede resultater. Det vil være interessant at følge bevægelsesformidlerne over længere tid for at se, om det med konceptet lykkes at sætte en proces i gang, der spreder sig som ringe i vandet og skaber livslang læring og forandring, eller om det bare er her og nu, at de er aktive og begejstrede, og om de på sigt falder tilbage til de gamle vaner.

Rollemodeller og formidlere

Bevægelsesformidlerne oplyser, at det falder naturligt at tage ansvar for at bringe budskabet om bevægelse ud til fysisk inaktive borgere. De fortæller, at det er lettest at formidle viden til eget

Under kursusforløbet blev deltagerne informeret om eksisterende motionstilbud i lokalområdet, blev støttet i at gøre brug af dem regelmæssigt samt på andre måder at være fysiske aktive. Som en del af kursusforløbet blev der iværksat besøg i idrætsforeninger, i kommunale motionstilbud og til cykeltræning, og der blev oprettet nye lokale aktiviteter på baggrund af bevægelsesformidlernes ønsker.

netværk, som omfatter de personer man kender i forvejen og andre borgere fra eget hjemland. Det var intentionen, at bevægelsesformidlerne efter uddannelsen skulle varetage tovholderfunktionen for en række motionsnetværksgrupper. Processen med at få disse bevægelsesgrupper til at være selvkørende har vist sig at kræve mere støtte end forventet. Sundhedsformidlerne pointerer, at der er behov for vedholdenhed for at konceptet kan lykkes.

Foreningslivet

Indsatsen har øget kendskabet til foreningslivet, og Danmark kendes nu også af bevægelsesformidlerne som et "foreningsland". Det fremgår, at økonomi er en central faktor. Bevægelsesformidlerne er mest positive overfor de gratis aktiviteter som eksempelvis stavgang samt de aktiviteter, der betales pr. gang. I forhold til det etablerede foreningsliv, er det en væsentlig barriere, at der betales et fast kontingent på forskud.

'Peer-education'

'Peer-education' metoden var essentiel for uddannelsen og viste sig at være effektiv til at skabe adfærdsændring. Sundhedsformidlerne formår også at fungere som "peers" på tværs af etnicitet, og deres funktioner understøtter den kommunale opgave med at imødekomme etniske minoritetsgruppers behov. Grupper af borgere med etnisk minoritetsbaggrund italesættes i mange sammenhænge som grupper, der kan være svære for systemet at nå. En positiv følge af denne indsats har været, at der er blevet skabt dialog og samarbejde med kommunen, hvilket har givet de nye frivillige en oplevelse af kommunen som mere tilgængelig.

Handlingsperspektiver

Alle bevægelsesformidlerne er kvinder, og de angiver, at de ikke er i stand til at hjælpe deres mænd til at ændre vaner, selvom behovet er stort. Kvinderne beskriver de mænd, der ikke er i arbejde, som inaktive på alle planer. De sover, ser meget fjernsyn, sidder dagligt på cafe og dyrker ikke motion. Der tegnes et billede af mændene som triste og passive, og kvinderne ønsker, at de får hjælp. Der er således et stort socialt og sundhedsmæssigt potentiale, hvis der kan udvikles tilbud, der matcher mændenes behov.

De sociale forskelle i sundhed kan reduceres ved at tænke sundhed ind i samfundsstrukturen og gennemføre en overordnet struktur- og fordelingspolitik, der udjævner forskelle i levevilkår. Kommunernes rolle er også central, idet kommunerne gennem sine prioriteringer og ressourcefordelinger har potentiale til at påvirke den negative effekt af de sociale forskelle. Ved at iværksætte tiltag rettet mod risikoadfærd er det muligt at dekoble årsagssammenhængen mellem levevilkår og sundhed/sygelighed (4). Konceptet 'Bevægelsesformidling' er netop et eksempel på en kompenserende indsats, der søger at dekoble konsekvenserne af den sociale ulighed. Fysisk inaktivitet kan ikke ses som et snævert spørgsmål om individuel livsstil. De strukturelle forhold, heriblandt de ydre rammer som byplanlægning og transportsystemer samt

tilgængelighed spiller en afgørende rolle for, at det inaktive individ ikke fastholdes i en inaktiv livsstil. Imidlertid behøver det kollektive ansvar ikke at stå i kontrast til betydningen af individets egen indsats (3). Som illustreret i denne artikel kan man ved at opfatte fysisk inaktivitet som et kollektivt ansvar udvikle effektive løsninger, der kan mindske barrierer både på individ- og samfundsniveau.

Litteraturliste

1. Hansen, Kirstine Halling, Anna Mygind & Lisa Duus: Evaluering af "Sundhed på dit sprog" Folkesundhed København, 2008
2. Holmberg, Terese, Nanna Ahlmark & Tine Curtis: "State of the art report" Etniske minoriteters sundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet, 2009
3. Kiens, Bente, Nina Beyer, Søren Brage, Lars Hyldstrup, Laila Susanne Ottesen, Kristian

Overgaard, Bente Klarlund Pedersen, Lis Puggaard: Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge. Motions – og Ernæringsrådet, 2007: 86-105
4. Region Midtjylland: Sociale forskelle i sundhed. Anbefalinger fra det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed, 2009
5. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme blandt etniske minoriteter – inspiration til kommunen. Sundhedsstyrelsen. København, 2008

1) Københavns Kommune fremsatte i perioden 1999-2004 en målsætning om, at folkesundhedsarbejdet skulle udvikles med udgangspunkt i etniske minoriteters behov. Der blev udviklet en handlingsplan, som i 2005 bl.a. medførte projektet "Sundhed på dit sprog", hvor der blev uddannet et korps af sundhedsformidlere (3)

2) Indsatsen er udviklet i et samarbejde mellem Gladsaxe Kommunes Forebyggelsescenter og en ekstern konsulent Lisa Duus (cand. Scient. i idræt og voksenunderviser). Lisa Duus har beskæftiget sig med projektudvikling, projektledelse, undervisning og vejledning primært for forskellige etniske minoritetsgrupper. Var primus motor for opbygningen af Sundhedsformidleruddannelsen i København og har medvirket til uddannelsen af sundhedsformidlerkorpset i Gladsaxe og en række andre kommuner.

3) Projektet er forankret i Gladsaxe Kommune i Social- og Sundhedsforvaltningen, og indsatsen er en del af satspuljeprojektet "Styrket sundhedsindsats til socialt udsatte og sårbare borgere". Som led i satspuljeaftalerne på sundhedsområdet for henholdsvis 2009 og 2010 er der samlet afsat 130,4 mio. kr. over i alt fem år til at styrke sundhedsindsatsen for socialt udsatte og sårbare grupper. Puljen blev første gang udmøntet i 2009.

LIGHED I SUNDHED

Artikelsamling om lighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund

Publikationen er et led i en serie, udarbejdet af Sund By Netværket med det formål at udbrede erfaringer og inspiration til at udbygge og intensivere det forebyggende arbejde i Danmark.

Artikelsamlingen viser et udsnit af, hvad det vil sige at arbejde med lighed i sundhed – set ud fra et forskningsperspektiv samt i den kommunale og regionale praksis.

Publikationen henvender sig primært til praktikere, men også beslutningstagere og forskere kan hente inspiration i artiklerne.

SUND BY NETVÆRKET
Sund By Sekretariatet

c/o KL-huset
Weidekampsgade 10
2300 København S

Telefon 33 70 35 80
E-mail: post@sundbynetvaerket.dk
www.sund-by-net.dk