

REDIGERET AF  
BJARNE BRUUN JENSEN  
MORTEN GRØNBÆK  
SUSANNE REVENTLOW

# FOREBYGGENDE SUNDHEDSARBEJDE

6. UDGAVE | MUNKSGAARD



# SUPERSETTING: INTEGRERET FOREBYGGELSE I LOKALSAMFUNDET

Af Paul Bloch & Bjarne Bruun Jensen

Dette kapitel introducerer et nyt begreb, supersettingtilgangen, i et forsøg på at styrke grundlaget for arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme i lokalsamfundet. Supersettingtilgangen tager bl.a. afsæt i Ottawa-charterets strategier for sundhedsfremme og dets anvisning af en settingbaseret tilgang til intervention. Supersettingtilgangen bygger videre på den settingbaserede tilgang ved at insistere på koordinerede tiltag i multiple settings og desuden ved at specificere værdier og principper, som bidrager til at sikre integration, ejerskab og bæredygtighed. Kapitlet vil indledningsvis beskrive baggrunden for at arbejde med at videreudvikle settingtilgangen. Derefter vil supersettingtilgangen og dens værdisæt blive præsenteret, efterfulgt af en præsentation af et konkret initiativ baseret på supersettingtilgangen, nemlig Projekt Sundhed og Lokalsamfund (SoL) på Bornholm og i Odsherred.

## Livsstil – et personligt valg med samfundets indblanding

De fleste ved, hvad der skal til for at blive sundere. Vi skal spise flere grøntsager, fuldkornsprodukter og fisk (1). Vi skal bevæge os mere, helst en times tid hver dag i fuld fart (2). Vi skal drikke mindre alkohol, og vi skal holde op med at ryge. Hvis vi følger disse letforståelige råd, mindsker vi risikoen for, at vi blive ramt af en række alvorlige livsstilssygdomme som hjerte-kar-sygdomme, diabetes og forskellige former for kræft. Tre ud af fire danskere ønsker at leve sundere, og ni ud af ti danskere i aldersgruppen 18-34 år ønsker at lave mindst ét sundhedsforbedrende tiltag i deres liv (3). Alligevel har det vist sig at være ufatteligt svært at gøre, hvad vi ved, vi bør gøre. Det er svært for os at ændre vaner og livsstil.

Som borger kan man læne sig tilbage og lade samfundet og staten tage ansvaret for befolkningens sundhed. Man

kan afvente ny lovgivning og regulering i form af skatter og afgifter, forbud og påbud, samt tiltag, der ændrer på strukturer og tilgængeligheder i miljøet omkring os. Dette kan tage afsæt i en række sundhedsrelaterede sektorer og indbefatte fx sociale ydelser, uddannelses tilbud og -vilkår, forebyggelses- og behandlingstilbud i sundhedssektoren, landbrugs- og fødevarerprodukter, boligforhold, naturressourcer og miljø. Der er mange eksempler på, at staten kan lovgive og regulere til en sundere livsstil i befolkningen. Bedst kendt er nok den langvarige kamp mod rygning, hvor høje afgifter på tobak, påbudte advarsler om rygningens skadelige virkninger på cigaretter, forbud mod reklamer for tobak i aviser, aldersgrænser for salg af tobak, samt forbud mod rygning i en række offentlige rum, i væsentligt omfang har mindsket (og fortsat mindsker) antallet af rygere, deres forbrug af tobak og den passive rygning i befolkningen (4).

Som borger kan man imidlertid også være mere proaktiv i forhold til sin egen sundhed. Man kan forsøge at ændre livsstil og fx begynde at spise sundere og bevæge sig mere. Man kan også vælge at ændre livsstil i en social sammenhæng og således bidrage til både egen og andres sundhed ved fx at dyrke sport og friluftsliv med familie og venner eller blive aktiv i det lokale foreningsliv. Meningsfulde aktiviteter i sociale fællesskaber er motiverende for de fleste og kan konkurrere med mange andre af hverdagslivets opgaver og tilbud. Et samfund, som ønsker bred folkelig opbakning til at styrke folkesundheden

gennem primær forebyggelse og sundhedsfremme, bør derfor optimere vilkårene for foreningslivet, lokalsamfundet og de uformelle sociale fællesskaber.

## Det brede sundhedsbegreb

WHO har lært os, at sundhed handler om andet og mere end fravær af sygdom og svagelighed. Sundhed handler også om fysisk, psykisk og socialt velvære (se også kapitel 10 om sundhedspædagogiske kernebegreber). Med begrebet velvære læner vi os op ad trivsel og livskvalitet, som er begreber af mere almen og eksistentiel karakter. Fravær af sygdom kan bidrage til at højne vores livskvalitet, men er ikke en *forudsætning* for at have en høj livskvalitet. Man kan således være kronisk syg og samtidig have en høj livskvalitet. Man kan også være klinisk rask og alligevel have en lav livskvalitet. Man kan lovgive, regulere og strukturere sig til en bestemt adfærd hos befolkningen, men ikke til velvære, trivsel og livskvalitet. Individets fortsatte sundhed er afhængig af den enkeltes trivsel i livet, som igen hænger sammen med den enkeltes kapacitet til at håndtere dagligdags udfordringer og muligheder for at indgå i sociale netværk og fællesskaber (5).

Folk med mere social kapital og uddannelse lever længere, lykkeligere og sundere end folk, som er ringere socialt integrerede og uddannede. Social kapital er et udtryk for de ressourcer, man kan få adgang til ved at indgå i sociale relationer og netværk med deling af værdier, normer og tillid (se kapitel 15

om social kapital). Social kapital opstår således som en ressourcemæssig synergieffekt af sociale relationer. Denne gør det lettere at opnå både individuelle og kollektive mål om fx velvære og trivsel. Sociale relationer udgør derfor en vigtig determinant for både fysisk og psykisk velvære.

Den sociale dimension af sundhed har fået meget opmærksomhed gennem de seneste ti år og kulminerede med afrapporteringen fra WHO's *Commission on Social Determinants of Health* i 2008 og dets rapport *Closing the Gap in a Generation*. (6) Arbejdet dokumenterede bl.a., at individets sundhed er positivt korreleret med dets socioøkonomiske situation og levevilkår. Jo dårligere socioøkonomisk status, jo dårligere sundhed. Sundhed handler altså om mere end livsstil, grøntsager og løbeture. Det brede sundhedsbegreb indbefatter også velvære, trivsel, livskvalitet, social kapital, socioøkonomiske determinanter og levevilkår.

## Motivationen til at leve sundere – hvor skal den komme fra?

Menneskets motivation til at træffe valg i livet er betinget af en lang række eksterne forhold som fx love, regler, normer og dets socioøkonomiske situation. Ser man bort fra disse eksterne motivationsfaktorer (*extrinsic motivation*) og graver dybere i menneskets natur og dets indre motivationer (*intrinsic motivation*), finder man i henhold til *self-determination theory* (SDT) nogle stærke indre drivkræfter til påvirkning af vores ad-

færd, mentale sundhed og velvære (7). SDT beskæftiger sig således med den selvbestemte og selvmotiverede adfærd og hævder, at der findes tre universelle psykologiske behov til styrkelse af individets indre motivation, nemlig behovet for kompetence, autonomi og psykologisk relaterbarhed. Kompetence handler om *oplevelsen* af mestring; denne styrkes af omverdenens positive reaktioner og feedback. Autonomi handler om behovet for at kunne agere i harmoni med ens integrerede selv, ikke nødvendigvis om uafhængighed af andre; autonomi styrkes af frihed og valgmuligheder. Psykologisk relaterbarhed handler om det universelle behov for at føle sig tryk og forbundet med omgivelserne; denne styrkes af omsorgsfuldhed, nærvær og empati.

Professor i medicinsk sociologi, Aaron Antonovsky (1923-1994), var optaget af koblingen mellem sundhed, stress og mestring (*coping*). Han introducerede begrebet *salutogenese* til at beskrive sundheds opståen og udvikling i individet, og han udarbejdede teorien om *sense of coherence* til at påpege, at det sunde menneske er karakteriseret ved en oplevelse af sammenhæng og ved et liv, der er præget af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Begribelighed (*comprehensibility*) handler om behovet for ordentlighed, forståelighed og forudsigelighed af det, der sker i livet. Håndterbarhed (*manageability*) handler om nødvendigheden af at have evner, støtte og nødvendige ressourcer til at kunne håndtere tilværelsen. Meningsfuldhed (*meaningfulness*) handler om nødvendigheden af, at livet og dets ople-

velser giver mening for én og er værd at interessere sig for. Antonovsky var særligt, optaget af meningsfuldhed som en forudsætning for, at vi kan mestre tilværelsen, dens udfordringer og stressfaktorer. Det meningsfulde liv er således betydningsfuldt for det sunde liv og kan promoveres ved at søge delagtighed, aktiv deltagelse og engagement i livet.

## Integreret forebyggelse og sundhedsfremme i lokalsamfundet

Af ovenstående fremgår det, at sundhed er et bredt begreb, som er tæt forbundet med velvære, trivsel, livskvalitet, social kapital, socioøkonomiske determinanter, levevilkår, indre motivationer og meningsfuldhed. Vi kan afvente, at samfundet prøver at løse vores sundhedsproblemer med forskellige former for strukturelle tiltag, eller vi kan selv tage ansvar og påvirke egen og andres sundhed gennem socialt engagement i netværk, fællesskaber, foreningslivet og lignende. For mange er det en stor udfordring at ændre livsstil; hverdagslivet er i forvejen fuld af gøremål og opgaver, som kræver vores energi og fulde opmærksomhed. De positive effekter af at spise sundere og bevæge sig mere er nok velkendte, men overvindelsen kan være stor og motivationen ikke altid tilstrækkelig.

Ofte kan det være en hjælp, hvis fx lokale ildsjæle, borgerforeninger, fritidsforeninger, erhvervsorganisationer og lignende tager initiativet til at arrangere og tilbyde sunde sociale aktiviteter i lo-

kalområdet, måske på skolen, i børnehaven, i sportshallen, i supermarkedet eller på torvet i den by, hvor man bor. Dette kan give det nødvendige puf til at engagere sig socialt og lokalt med eller uden sine venner og sin familie. Især bliver det interessant, hvis mange af den slags aktiviteter bliver koordinerede og samlet set appellerer til alle befolkningsgrupper i lokalsamfundet på tværs af alder, køn, etnicitet, socialklasse osv. Tilsammen kan disse mange aktiviteter virke stærkt på borgernes motivation til at engagere sig i lokalsamfundet og dermed på deres sundhed og velvære. Dette kaldes *integreret forebyggelse og sundhedsfremme i lokalsamfundet* – og derved er vi fremme ved det egentlige tema for dette kapitel.

## Settingtilgangen, som vi kender den fra Ottawa-charteret

Ottawa-charteret fra 1986 udgør fortsat det værdimæssige grundlag for arbejdet med sundhedsfremme (8). Charteret definerer sundhedsfremme som en proces, der muliggør individets styrkede kontrol over og forbedring af sin egen sundhed. Samtidig konceptualiseres sundhedsfremme til 1) at udvikle sunde offentlige politikker, 2) at skabe støttende miljøer, 3) at styrke initiativer i lokalsamfundet, 4) at udvikle personlige færdigheder, og 5) at reorientere sundhedsydelse hen imod en mere omsorgspræget og helhedsorienteret indsats.

I forlængelse af Ottawa-charteret definerer WHO en *setting* som ”a place or social context in which people engage

in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and well-being ... A setting is also where people actively use and shape the environment and thus create or solve problems relating to health” (9).

B.D. Poland og kolleger argumenterer endvidere, at settings udgør såvel mediet som produktet af social interaktion mellem mennesker (10). Settings er dermed mere og andet end lokationer i tid og rum. Settingtilgangen indbefatter både den individuelle, sociale og strukturelle dimension af sundhedsfremme. På denne baggrund er det forståeligt, at arbejdet med sundhedsfremme i lokalsamfundet forbindes med en settingbaseret tilgang. Med introduktionen af supersettingbegrebet byder vi ind på, hvordan dette kan gøres effektivt og bæredygtigt.

## Supersettingtilgangen i arbejdet med sundhedsfremme i lokalsamfundet

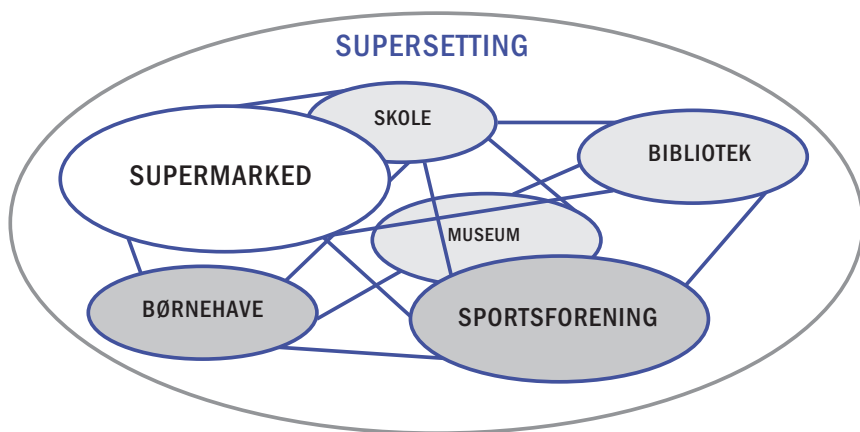
”Health should be promoted within the settings of people’s everyday life because this is where people engage in daily activities and this is where environmental, organizational and personal factors interact to affect health and well being.”

Denne vigtige erkendelse fra Ottawa-charteret udgør fundamentet, hvorpå supersettingtilgangen hviler (11). Ordet *super* henviser til, at vi løfter perspektivet en anelse op, så fokus er på samspillet mellem forskellige ty-

per af settings. En supersetting er således en samling af forskellige settings i et geografisk afgrænset område. Det kan fx være den lokale skole, børnehave, sportsforening, bibliotek, museum og supermarked i et lokalsamfund. Supersettingen er kendetegnet ved at rumme mange værdifulde ressourcer i form af arbejdskraft, arbejdstid, materialer, teknologier, viden, iverigdom og penge. Disse ressourcer kan mobiliseres og bringes i spil til at støtte op om en fælles sag med et fælles overordnet mål, fx forbedring af sundheden blandt børn og unge i et lokalsamfund.

Supersettingtilgangen er en interventionsstrategi, hvorved aktiviteterne i et område koordineres i tid og rum med det formål at opnå synergistiske effekter, som er større end summen af effekterne af de enkelte aktiviteter (se figur 25.1).

Aktiviteter baseret på en supersettingtilgang gennemføres ikke nødvendigvis samtidigt i alle involverede settings, men kræver koordination og samarbejde mellem settings for at sikre målrettethed og vedvarende i forhold til den indflydelse på lokale borgere, familier, foreningsmedlemmer, institutionsmedarbejdere, forretningsdrivende, mediefolk og lignende, som ønskes opnået. Dette bringer mange af supersettingens ressourcer i spil og minimerer u hensigtsmæssige effekter af handlinger, som arbejder mod hinanden. Et eksempel: Aktiviteter rettet mod unges rygeadfærd kan styrkes gennem koordinerede indsatser i skoler, sportsklubber, fitnesscentre, fastfoodrestauranter og sociale medier, men også ved insat-



**FIGUR 25.1:** En supersetting repræsenteret som multiple settings i et lokalsamfund (den ydre cirkel). Aktiviteter i de enkelte settings koordineres (symboliseret ved linjer) i tid og rum med aktiviteter i andre settings for derigennem at opnå synergistiske effekter af den samlede indsats.

ser på forældrenes arbejdspladser. Sidstnævnte kan enten være rettet mod forældrenes egen rygning eller mod forældrenes indflydelse på børnenes rygeadfærd og på forældrenes medansvar for at påvirke den. I dette tilfælde anbefaler supersettingtilgangen, at der sættes ind i forskellige typer af settings, som dagligt bruges af unge mennesker, men også i settings, hvor forældrene færdes, eftersom effekterne heraf kan reducere de modsatrettede indflydelser af forældrenes fortsatte rygning.

## Supersettingtilgangens værdier og principper

Interventioner baseret på en supersettingtilgang er karakteriserede ved at være integrerede, deltagerorienterede, empowermentopbyggende, kontekstfølsomme og vidensbaserede. Disse elementer gennemgås kort i det følgende.

## Integration

Effektiv og bæredygtig udvikling understøttes af en integreret tilgang til planlægning, implementering, monitorering og evaluering. Integration indbefatter *koordination* og – hvis muligt – *coimplementering* af aktiviteter, som relaterer til hinanden i forhold til anvendte metoder, målgrupper, timing, forventede effekter og lignende. Integration indbefatter også *assimilering* af værdier, tilgange, procedurer og standarder i etablerede organisationsstrukturer og -kulturer i lokalsamfundet og det bredere samfund. Endelig handler integration om *samarbejde (cooperation)* mellem aktører med forskellige baggrunde og professioner. Formålet med integration er at styrke aktørernes organisatoriske råderum og opnå synergi i resultaterne af deres handlinger. Processen med at integrere sundhedsfremmende aktiviteter, som ofte involverer forskellige professioner, sektorer og discipliner, er selvklart vanskelig, men kan optimeres med tidlig

etablering af varige tværgående koordinationsgrupper med bred deltagelse af initiativets aktører. Når fælles forståelsesniveauer af hinandens værdier, normer og aspirationer er opnået, vil disse grupper nyde godt af stor fleksibilitet i genereringen og afprøvningen af nye ideer. Bæredygtig integration af sundhedsfremmende aktiviteter kan ikke forceres, men afhænger af etableringen af gensidig respekt, tillid og forståelse for nødvendigheden af samarbejde, af at kunne give og tage, for at nå mere overordnede mål i fællesskab. Supersettingtilgangen argumenterer for optimeret effektivitet af sundhedsfremmende initiativer gennem integration af indsatser i intersektorielle partnerskaber, som involverer en stor diversitet af relevante sektorer som sundhed, miljø, uddannelse, politik og økonomi.

## Deltagelse

Holdnings- og adfærdsændringer kræver ikke bare viden og indblik i alternative måder at tænke og handle på, men også medansvar og -ejerskab af de forandringsprocesser og aktiviteter, som skal forbedre vores livsstil. Processen med at påvirke borgernes holdninger og adfærd styrkes derfor af borgernes aktive deltagelse og involvering. Af denne grund bør sundhedsfremmende initiativer baseret på supersettingtilgangen sikre en stor grad af deltagelse fra målgrupperne i udviklingen, implementeringen, monitoreringen og evalueringen af intervention. Supersettingtilgangen argumenterer også for inklusivitet i

form af bred informering, involvering, engagering og samarbejde med lokalsamfundets mange aktører (fx institutioner, organisationer, foreninger og erhverv i den private sektor, den offentlige sektor, de politiske systemer, de akademiske miljøer, civilsamfundet og medierne). Dette skyldes, at alle disse aktører er i besiddelse af store mængder af ressourcer, som er relevante for gennemførelsen af sundhedsfremmende aktiviteter. Disse ressourcer kan være af materiel eller finansiel karakter, eller de kan relatere til dedikeringen af tid, ekspertise eller kreativ tænkning blandt såvel almindelige borgere som professionelle.

## Empowerment

Supersettingtilgangen hviler på et rationalt for bæredygtig udvikling, som er forankret i principperne for empowerment. Empowerment forstås her som menneskers motivationer og kompetencer til at handle, individuelt og socialt på forhold, som påvirker deres sundhed og livskvalitet. I henhold til dette rationale er mennesket og dets handlinger i centrum af bæredygtig udvikling, og dets indre motivation er drivkraften til forandring. Som anført ovenfor, er menneskets indre motivation, i henhold til *self-determination theory*, drevet af autonomi, kompetencer og psykologisk relaterbarhed. Supersettingtilgangen argumenterer således for at fremme holdnings- og adfærdsmæssig forandring ved at etablere og facilitere respektfuld dialog mellem mennesker og ved at tilbyde støtte til erhvervelse af vi-



den og opbygning af kompetencer og erfaringer baseret på egne ønsker og behov. Empowerment fremmes, når mennesker oplever en styrkelse af deres evner til at definere og argumentere for deres personlige holdninger, værdier og mål og til at handle og tage ansvar derefter i en passende balance mellem personlig integritet, sociale normer og samfundets love og regler. Dette er naturligvis tidskrævende. De dybere årsager til demotivation og inkompetence skal findes i sundhedens socioøkonomiske determinanter og hverdagslivets mange udfordringer, og disse ændres ikke fra den ene dag til den anden. Supersettingtilgangen anerkender, at menneskers holdninger og adfærd har rod i deres sociale kontekst, og at disse tager lang tid at påvirke. I erkendelse heraf gennemføres interventioner i supersettinginitiativer over en længerevarende periode.

## Kontekst

Vores holdninger og adfærd påvirkes af politiske, fysiske, sociale, økonomiske, miljømæssige og kulturelle forhold og opfattelser i såvel lokalsamfundet som i det bredere samfund omkring os (12). Disse forhold kan enten være stimulerende eller hæmmende for vores motivation til at engagere os socialt i lokalsamfundet, og bør derfor forstås og inddrages i planlægningen og implementeringen af initiativer baseret på en supersettingtilgang. Kontekstuelle faktorer kan relatere til strukturelle (regulerende, lov-mæssige og økonomiske) forhold, som påvirker omfanget af aktørernes delta-

gelse i sundhedsfremmende initiativer. Folkeskolelovens specifikke krav til undervisning og læring er et eksempel på en sådan strukturel kontekst, som både kan være stimulerende og hæmmende for arbejdet med elevernes sundhed. Inden for rammerne af et sundhedsfremmende initiativ er det muligt, med en målrettet indsats, at dokumentere og forholde sig til mange af disse strukturelle forhold, men ikke at påvirke dem. Kontekstuelle faktorer kan også relatere til mere lokale forhold, som påvirker borgernes hverdagsliv på en mere direkte måde. Dette kan være forhold i hjemmet, klasselokalet, sportsklubben eller lokalsamfundets omgivelser, som kan virke stimulerende eller hæmmende for personligt engagement og handling. Det kan også relatere til de opfattelser og kulturer for en "passende" livsstil, som dominerer i lokalsamfundet. Mangelen på frivillige instruktører og trænere i sportsklubber er et eksempel på en sådan lokal kontekstuel faktor. Sundhedsfremmende initiativer bør dokumentere og adressere disse forhold gennem direkte dialog og interaktion med lokalsamfundets borgere. Det er således afgørende for sundhedsfremmende initiativer i lokalsamfundet at understøtte borgernes visioner og ønsker til et nærmiljø, der inspirerer og motiverer til at leve et sundt og socialt hverdagsliv.

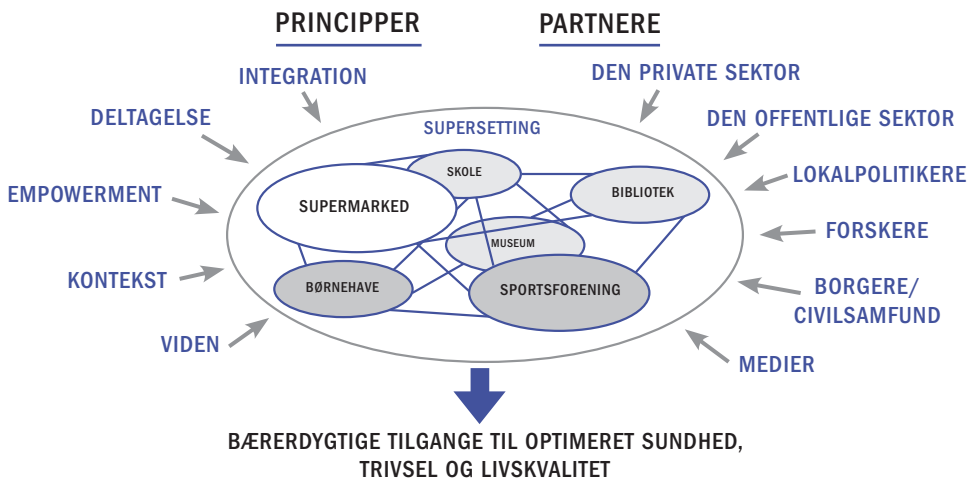
## Viden

Supersettingtilgangen er vidensbaseret. Den anvender og producerer viden af højeste kvalitet inden for rammerne af

en hvilken som helst anerkendt forskningstradition og videnskabelig disciplin med relevans for emnet, fx naturvidenskab, medicin, humaniora og samfundsvidenskab. *State-of-the-art*-viden og erfaring ekstraheres fra den videnskabelige litteratur og bruges i processen med at udvikle interventioner. Desuden produceres viden ved systematisk at monitorere og studere kvaliteterne og effekterne af de aktiviteter og forløb, som sættes i gang. Aktionsforskning og lignende deltagerbaserede forskningsmetoder er særligt betydningsfulde for supersettingtilgangen, fordi de er baseret på aktiv involvering af målgrupperne i udviklingen, gennemførelsen, evalueringen og den løbende tilpasning af forandringssskabende aktiviteter til sikring af optimal effekt i lokalsamfundet. Dermed komplementerer aktionsforskning andre vigtige principper for supersettingtilgangen som deltagelse og empowerment. Supersettingtilgangen til-

skynder til brug af kombinationer af de bedste metoder, traditioner og erfaringer fra forskellige videnskabelige discipliner som etnologi, sociologi, epidemiologi, folkesundhed, medicin, statistik, økonomi og politik. Dette skyldes, at initiativer, der er baseret på supersettingtilgangen, oftest vil beskæftige sig med komplekse problemstillinger som forebyggelse af livsstilssygdomme gennem påvirkning af menneskers holdninger og adfærd. Intentionen er at få discipliner til at mødes og interagere og, i brydningen af deres konventionelle grænser, generere nye og innovative tilgange, interventioner og løsninger, som kan berige de forskningsbaserede resultater.

Gennem anvendelse af ovennævnte principper og involvering af relevante partnere foreslås supersettingtilgangen som en konceptuel ramme for arbejdet med bæredygtig sundhedsfremme i lokalsamfundet (se figur 25.2).



**FIGUR 25.2:** Supersettingtilgangen: Anvendelse af et sæt af principper (anført i venstre side af figuren) og involvering af relevante partnere (anført i højre side af figuren) i en supersetting (anført i figurens centrale cirkel) som basis for udvikling af bæredygtige tilgange til optimeret sundhed, trivsel og livskvalitet.

## Supersetting-tilgangen som ramme for samskabelse, fællesskaber og partnerskaber

Sociale relationer og fællesskaber er afgørende for at sikre bæredygtig fremme af sundhed i lokalsamfundet. Den polsk-engelske sociolog Zygmunt Bauman har i mange år beskæftiget sig med det postmoderne samfund, herunder fællesskabets betydning for menneskelige relationer, og anses for at være en af de mest betydningsfulde personer på sit felt. Bauman mener, at fællesskab er udtryk for noget oprindeligt i mennesket, og dets konkrete grundvilkår er, at individerne har noget til fælles at samles om (13). Fællesskaber er ikke en viljehandling, men noget, der opstår spontant på baggrund af fælles interesser og livsvilkår. Baumann mener, at fællesskabet i det moderne samfund er erstattet af netværk, som ikke har en sådan fællesnævner. Netværk indeholder ikke som fællesskabet en historie og skaber ikke umiddelbart en følelse af samhørighed. Netværk er konsekvensen af den individuelle identitet og de personlige valg, som individet foretager, mens fællesskabet er identitetsskabende sociale strukturer. Vores netværksvalg er taget med udgangspunkt i at ville forbedre vores egen situation og er dermed blotet for etiske overvejelser om ansvarlighed m.m. Deltagelse i fællesskaber er derimod præget af et dybt etisk menneskesyn. Inden for fællesskabets rammer er individet både beskyttet af andre, og det beskytter andre. Der er altså en gen-

sidighed i de mellem menneskelige relationer, som man ikke umiddelbart finder i netværk. Bauman skriver:

”Fællesskab er nu om dage en anden betegnelse for det tabte paradys ... vi inderligt håber at vende tilbage til, hvorfor vi febrilsk søger efter de veje, der kan føre os derhen. ... Det ord [fællesskab] fremmaner alt det, vi længes efter og savner for at føle os sikre, trygge og tilidsfulde.” (Bauman, 2002, s. 9).

I Danmark er opmærksomheden på fællesskabets betydning for samfundets udvikling blusset op i de senere år. I 2013 rettede Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter fokus på fremtidens byer ved at nedsatte tænketanken BYEN 2025 (14). Tænketankens opgave er følgende:

”Den bypolitiske tænketank BYEN 2025 skal sætte fokus på og skabe debat om, hvordan man bibeholder, udvikler og styrker den danske tradition for fokus på fællesskabet i udviklingen af byer.”

Tænketanken mener, at fremtidens byer skal være rammen om fællesskab, nærhed og mangfoldighed. De skal sikre borgerne et godt liv og give plads til forskellighed, tryghed og kreativ udvikling af mennesker og ideer.

De danske kommuner har også fået øjnene op for de potentialer, der ligger i borgerinddragelse og samskabelse (*cocreation*) for udviklingen af velfærds-samfundet. Her er der fokus på interaktionen og samspillet mellem borgere, lokalsamfund, kommune og erhvervs-liv. Tidligere formand for Kommunernes Landsforening (KL), Erik Nielsen, udtalte således i januar 2014 i et notat om fremtidens velfærdsalliancer:

”Hvis vi skal opretholde og videreudvikle velfærden i Danmark, kræver det, at vi i kommunerne ser og går nye veje. Fx skal vi nytænke og styrke samskabelsen mellem det offentlige, borgerne selv, lokalsamfundet og det private erhvervsliv. ... Det handler om at stræbe efter et velfærdssamfund, hvor flere borgere kan tage vare på sig selv og samtidig får ressourcer og lyst til at bidrage til fællesskabet” (15).

Sundhedssektorens fokus peger i samme retning. I *Sundere liv for alle* fra januar 2014 opstillede regeringen syv nationale mål for danskernes sundhed over de næste 10 år. De tilskriver civilsamfundet samt partnerskaber mellem frivillige organisationer, kommuner, regioner, arbejdspladser, private virksomheder, brancheorganisationer m.fl. væsentlige roller og ansvar i udviklingen af nye sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende metoder, der kan øge danskernes gode leveår (16). Dertil kommer, at Sundhedsstyrelsen i 2013 definerede pejlemærker for fremtidens borgernære sundhedstilbud og bl.a. påpegede vigtigheden af samtænkning og inddragelse af private aktører og frivillige organisationer i den samlede planlægning af borgernære sundhedstilbud (17).

Den fornyede fokus på samskabelse, fællesskaber og partnerskaber harmonerer fint med supersettingens principper og værdier. Det er borgernes behov, interesser, visioner og mål, som danner udgangspunkt for arbejdet i supersettingen, og det er lokalsamfundets ressourcer, som skal bringes i spil, for at gennemføre det. Fællesskaber baseret på borgernes fælles historie, samhørig-

hed, interesser og livsvilkår bør promoveres og støttes, da de skaber sikkerhed og tryghed i lokalsamfundet. I kraft af deres tilstedeværelse i lokalsamfundet er det kommunens, erhvervslivets og civilsamfundets ansvar at støtte op om dets bæredygtige udvikling. Det er således i alles interesse at sikre, at lokalsamfundet både nu og i fremtiden udgør et attraktivt og sundt sted at leve og bo. Ligeledes er det alles ansvar at sikre, at det sker.

## Projekt Sundhed og Lokalsamfund - et supersettinginitiativ fra det virkelige liv

*Projekt Sundhed og Lokalsamfund* (SoL) er et eksempel på et forsknings- og udviklingsprojekt, som er baseret på supersettingtilgangen (18). Projekt SoL retter fokus på mad og bevægelse blandt børnefamilier i et forsøg på at modvirke tendensen til, at stadig flere danske børn og voksne lider af overvægt og livsstilssygdomme. Projektet fokuserer dog ikke på sygdoms-, risiko- og trusselsbilleder, men derimod på de mange positive ressourcer, som findes i vores lokalsamfund. Projekt SoL anvender således et positivt sundhedsperspektiv og er baseret på aktiv involvering og deltagelse af lokalsamfundets mange aktører. Dette antages at være en forudsætning for, at borgerne selv bliver engagerede og motiverede til at skabe forandring. Hele projektet foregår på lokalsamfundets præmisser og tilpasses de udfordringer og potentialer, som hverdagslivet byder på.

Formålet med Projekt SoL er at fremme børnefamiliers sundhed gennem påvirkning af deres indkøbs-, spise- og bevægelsesvaner, samt mobilisering af lokalsamfundets ressourcer og styrkelse af dets sociale netværk. Den primære målgruppe er børnefamilier med børn i alderen 3-8 år, som er indskrevet i børneinstitutioner og skoler i tre udvalgte lokalsamfund på Bornholm (Allinge/Sandvig, Hasle og Nexø) og i Odsherred (Asnæs, Egebjerg og Højby). Projektet integrerer fire forskellige nøgleaktører i arbejdet med at støtte børnefamilierne i at leve sundt: skoler, børneinstitutioner, supermarkeder og lokale medier. Projektet involverer desuden almindelige borgere, ildsjæle og professionelle aktører inden for en række lokale institutioner, foreninger og organisationer.

Sundhedsfremmende aktiviteter i Projekt SoL udvikles og gennemføres vidt og bredt i de tre lokalsamfund. Dette foregik indledningsvis inden for rammerne af den enkelte setting og omfattede fx strukturelle ændringer af madvarers placering i supermarkeder samt pædagogiske aktiviteter med smagsoplevelser, måltider, motion og leg i børneinstitutioner. Som projektet udviklede sig, blev aktiviteterne i højere grad udviklet og gennemført som integrerede fællesaktiviteter i lokalsamfundenes offentlige rum på torvepladser, havnemiljøer, rekreative områder og i deciderede naturområder. Denne proces har været faciliteret af etableringen af bredt funderede SoL-lokalgrupper med fokus på social mobilisering af lokalsamfundets borgere i forhold til udviklingen af såvel kort- som langsigtede sundheds-

fremmende arrangementer og indsatser i lokalsamfundet. Lokalgrupperne består af aktive borgere samt en bred repræsentation af lokale erhvervsgrupper, borgerforeninger, forretningsdrivende, turistforeninger, fritidsforeninger, børneinstitutioner og skoler.

Nogle eksempler på sådanne integrerede aktiviteter i lokalsamfundet: 1) med støtte fra en lokal naturvejleder og historiefortæller organiseredes naturgæture for børnehavebørn og deres forældre i de tre lokalsamfund på Bornholm. Disse ture eksponerede deltagerne for naturens spiselige produkter og inkluderede bl.a. naturmadlavning over bål, børnefortællinger om oplevelserne i naturen, uddeling af naturmadsopskrifter, samt efterfølgende skattejagter i de lokale supermarkeder efter råvarer, der matcher dem, man fandt i naturen. 2) I Hasle har lokalgruppen etableret lokalsamfundshaver på hhv. skolens og plejehjemmets arealer. Disse består af højbede til fælles dyrkning og brug af urter og grøntsager for institutionernes børn og voksne samt byens borgere i øvrigt. 3) I Nexø har den lokale børnehave og skolefritidsordning flere gange rykket deres børne- og forældreaktiviteter ud af institutionerne og ned på det lokale torv for derigennem at inddrage byens borgere i institutionernes sociale arrangementer. Dette skete bl.a. til Halloween i 2013, da institutioner, børn, forældre og et lokalt supermarked inviterede byens borgere til at skære græskarhoveder og spise græskarsuppe på byens torv. Alle disse aktiviteter nyder godt af stor mediebevågenhed, presseomtale og offentlig debat.

Projekt SoL forventer at påvirke børnefamiliernes viden, holdninger og adfærd, hvad angår sund livsstil med særlig vægt på mad og bevægelse. Projektet forventes også at styrke børnefamiliernes handlekompetence og sociale engagement i lokalsamfundet. Alle disse forhold antages at bane vejen for sundere spise- og bevægelsesvaner, samt bedre trivsel og større livskvalitet hos børnefamilierne. For at kunne vurdere, om projektet når disse mål, bliver det evalueret og justeret løbende gennem hele projektperioden. Til dette formål har projektet udviklet en programteori i form af et diagram med angivelse af de indbyrdes relationer mellem projektets mange aktiviteter og deres forventede virkninger. Hver af disse aktivitets- og virkningsrelationer kan undersøges i detaljer for, hvad der fungerer og ikke fungerer i relation til den kontekst, hvori de bliver gennemført. Projektets overordnede målsætninger er også anført i programteorien, og disse antages at blive indfriet som en samlet effekt af projektets aktiviteter. Metoder til belysning af programteoriens mange antagede årsags-effekt-sammenhænge omfatter både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder herunder spørgeskemaundersøgelser, dybdeborende interviews, fokusgruppediskussioner, observationer, billeddokumentation, købs- og salgsdata, samt måling af børnenes højde og vægt. Projekt SoL's evalueringstilgang er inspireret af Pawson og Tilley's *realistic evaluation* (19) og P. Dahler-Larsens *virkningsevaluering* (20) til evaluering af komplekse interventioner i lokalsamfundet.

## Afslutning

Supersettingtilgangen er en videreudvikling af settingtilgangen. Dens mål er at optimere kvaliteten, effekten og bæredygtigheden af det integrerede sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i lokalsamfundet. Dens virkemiddel er koordination i tid og rum af aktiviteter gennemført i multiple settings. Vi mener, at supersettingtilgangen og dens tilknyttede værdier og principper bidrager med ny inspiration til indsatser i lokalsamfundet, og anbefaler forskere, udviklere og beslutningstagere at overveje, fra de tidligste skridt i planlægningen af et nyt initiativ, hvordan man vil sikre 1) integration af interventioner i etablerede organisationsstrukturer og -kulturer, 2) bred deltagelse og medejerskab af målgrupper og andre partnere, 3) empowerment og handlekompetence af borgere og lokalsamfund, 4) dybere forståelse af og passende reaktion på kontekstuelle forhold i lokalsamfundet, samt 5) generering af relevant forskningsbaseret viden og brugen heraf til optimering af intervention.

Supersettingtilgangen udgør en nyttig konceptuel ramme for planlægning og organisering af komplekse indsatser i lokalsamfundet. Dens anvendelse kan bidrage til at sikre synergi, bæredygtighed og maksimal effekt af intervention i lokalsamfundet og dermed til optimeret sundhed, trivsel og livskvalitet i befolkningen.

## SoL-partnerskabet:

Projekt SoL gennemføres som et partnerskab mellem organisationer i civilsamfundet, foreningslivet, erhvervslivet og den offentlige administration på Bornholm og i Odsherred, samt tre danske forskningsinstitutioner, nemlig forskningsgruppen MENU på Aalborg Universitet, Region Hovedstadens Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS), samt Steno Sundhedsfremmeforskning, Steno Diabetes Center. Centrale lokale partnere på Bornholm er Bornholms Regionskommune, Lokal Aktionsgruppe Bornholm, TV 2 Bornholm og supermarkedskæderne COOP, Netto og Spar. Centrale lokale partnere i Odsherred var i færd med at blive identificeret, da dette kapitel blev skrevet, men udgør som minimum Odsherred Kommune og COOP. Involverede lokalsamfund i Odsherred Kommune indgår som sammenlignelige reference- og kontrolområder for aktiviteter på Bornholm samt arvtagere af projektets mest vellykkede aktiviteter. Projektet modtager økonomisk støtte af Nordea Fonden. Der findes mere information om projektet på Facebook "SoL - Sundhed og Lokalsamfund".

### TEKSTBOKS 25.1

## Litteratur

1. Fødevarestyrelsens officielle kostråd: [http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De\\_officielle\\_kostraad/Kostraad.htm](http://www.altomkost.dk/Anbefalinger/De_officielle_kostraad/Kostraad.htm)
2. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/anbefalinger>
3. Landbrug & Fødevarer: [http://www.lf.dk/Tal\\_og\\_Analyser/Analyser/Befolkning\\_adfaerd\\_og\\_samfund.aspx](http://www.lf.dk/Tal_og_Analyser/Analyser/Befolkning_adfaerd_og_samfund.aspx)
4. Kræftens Bekæmpelse: <http://www.cancer.dk/fagfolk/forebyggelse/rygning/fakta+rygning/>
5. Socialstyrelsen; leder i Socialpsykiatri 2-2011: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/udgivelser/bladet/2011/blad-nr.-2?>
6. Information om kommissionen samt rapporten: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/index.html)
7. Information om Self-Determination Theory: <http://www.selfdeterminationtheory.org/>
8. WHO. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion, i: Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. 2009. World Health Organization, Geneva, Switzerland. [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf)

9. WHO. 1998. Health Promotion Glossary. World Health Organization. Geneva, Switzerland. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
10. Poland B.D., Green L.W. & Rootman I. 2000. Settings for health promotion. Linking theory and practice. Sage Publications. London. United Kingdom.
11. Bloch P., Toft U., Reinbach H.C., Clausen L.T., Mikkelsen B.E., Poulsen K. & Jensen B.B. 2014. Revitalizing the setting approach – Super-settings for sustainable impact in community health promotion. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity* 11 (1): 118.
12. Whitehead M. & Dahlgren G. 1991. What can be done about inequalities in health? *The Lancet*. 338(8774): 1059-1063.
13. Bauman Z. Fællesskab. Hans Reitzels Forlag, København, 2002.
14. Information om tænketanken BYEN 2025: <http://mbbl.dk/by/2025-byen-bypolitisk-taenketank>
15. Information fra KL om velfærdsalliancer: <http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Samskabelse/> og <http://www.kl.dk/Tema/Velfærdsalliancer/>
16. Information om regeringens nationale mål for danskernes sundhed: <http://sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Nationale-maal-jan-2014.aspx>
17. Information om Sundhedsstyrelsens borgernære sundhedstilbud: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/borgernaere-sundhedstilbud>
18. Information om Projekt SoL: <http://www.sol.aau.dk/> og Facebook ”SoL Sundhed og Lokalsamfund”.
19. Pawson R. & Tilley N. Realistic evaluation. London: SAGE, 1997.
20. Dahler-Larsen P. & Krogstrup H.K.. Nye veje i evaluering. Academicirka 2009.



