

# Lokalsamfundets modstandsevne

Community immunology

Af:

Evelyne de Leeuw, Professor (MSc, MPH, PhD) Deakin Universitet, Australien  
Flemming Holm, Journalist, Sønderbro Kulturhus, Sønderbro

## Introduktion.

I denne artikel vil vi:

1. Beskrive oprindelsen af begrebet 'Sundhedsfremme'.
2. Se på de udfordringer i udforskningen af sundhedsfremme, som er beskrevet internationalt .
3. Introducere begrebet 'Lokalsamfundets modstandsevne' som en ramme for en grænseoverskridende videnskabelig undersøgelse af sundhedsfremme med tilknyttede handlingsanvisninger.
4. Præsentere Horsens Kommune og herunder specielt Sønderbro kvarteret som et laboratorium, der er parat til og forberedt på at handle ifølge anvisningerne.
5. Foreslå en international netværksmodel, hvor lignende handlingsorienterede laboratorier fra hele verdenen, kan samles omkring forskningen af 'Lokalsamfundets modstandsevne'.
6. Samle deltagerne som har engageret sig i dette arbejde.

**Sundhedsfremme** – fra hygiejneteorier og teoriene om det personlige ansvar til social politik og mobiliseringsprocesser (empowerment).

Moderne sundhedspolitik, som vi kender den i de vestligt orienterede samfund, så sin oprindelse i det 19. århundrede og har gennemgået en udvikling siden da (Porter,1999, Hall,1998, De Leeuw,2002, men se også Cohen,1989 som giver en mere grundlæggende beskrivelse). *Hygiejne bevægelsen* i første halvdel af 1800 tallet blev ledet af ingeniører, sagførere og politisk aktive læger (Chadwick, Panum osv) som anbefalede infrastrukturelle og lovmæssige ændringer for at sikre ordentlige sanitære forhold. *Smittekontrol* som bærende princip udviklede sig, da man opdagede bakterier, virus mm som årsag til sygdom (Koch, Pasteur, Semmelweis), og man anbefalede renlighed og andre foranstaltninger til at undgå smitteoverførsel. *Behandlingsprincippet* kom til at dominere, da man opdagede og udviklede vacciner og antibiotika. Sundhedspolitikken udviklede sig i årene efter 2. Verdenskrig til samfundsbaserede behandlingsforanstaltninger rettet mod befolkningsgrupper i form af massevaccinationer (med udryddelsen af koppesygdommen som den ultimative succes) og individorienterede behandlingsforanstaltninger af f.eks. infektionssygdomme. Men efterkrigstiden blev også starten på store befolkningsundersøgelser (f.eks. Framingham undersøgelsen), hvor *livsstilens indflydelse* på sygdomsmønster blev mere klar, og forebyggelse skiftede fokus til ændring af livsstil.

Udviklingen af begrebet sundhedsfremme tager udgangspunkt i antagelsen om livsstilens indflydelse på udvikling af sygdomme. *Sundhedsfremme* er ifølge Ottawa erklæringen (1986) 'den proces der sætter individer, befolkningsgrupper og samfund i stand til at kontrollere betingelserne for et godt helbred og derigennem forbedre deres sundhed'. Bemærkningen om, at individer og befolkning skal have kontrol over faktorer af betydning for helbredet, medfører en udvidelse af sundhedsfremmebegrebet med inddragelse af massemobilisering (empowerment) og samfundsinddragelse i arbejdet for sundhed.

Socialpolitik er et redskab til at stimulere og fremme mobiliseringsbevægelserne på alle niveauer fra det individuelle plan til samfundsplanet. Filosofien bag den samfundsrettede proces forudsætter og er betinget af, at deltagerne handler ud fra deres egne forudsætninger, at man erkender og bruger deltagerens værdiopfattelse, opfordrer til aktiv deltagelse i klarlægning af samfundets behov og værdier, gør deltagerne i stand til at vælge, og at deltagerne involverer sig i de politiske processer, som har betydning for deres liv. Empowerment (mobiliseringsprocessen) kan også ses som en proces, der forbinder sundhedsaspekterne af socialpolitik og netværksdannelse med den samfundsbase handling til forbedring af helbreds-betingelserne.

Mobiliseringsprocessen (empowerment) er et omfattende begreb, som indbefatter en proaktiv holdning til tilværelsen, en bevidsthed om at magte og kontrollere sin tilværelse og sit forhold til omverdenen og en indsigt i sine kompetencer og eget værd, herunder sine muligheder i den samfundspolitiske og organisatoriske verden. Kernen i empowerment er magtbegrebet. Empowerment er den proces, hvor individet og samfundet bliver i stand til at tage kontrol og skabe handling, der effektivt forbedrer tilværelsen og livsbetingelserne (Minkler, 1992, Robertson og Minkler, 1994). Empowerment er en aktiv social proces, som fremmer deltagelsen hos borger, organisationer og samfundet i arbejdet mod det fælles mål at øge kvaliteten af såvel den enkeltes deltagelse og af samfundets tilbud, at bedre den politiske proces og øge den sociale retfærdighed (Wallerstein 1992).

Definitionen af de bestemmende faktorer for sundhed er centralt placeret i den videnskabelige beskrivelse af sundhedsfremme, mobiliseringsprocesser (empowerment) og sociale processer. I den traditionelle epidemiologiske og adfædsorienterede forskning af sundhed har man fokuseret på risikofænomener i såvel livsstil som i det fysiske miljø. Senere epidemiologiske studier har inddraget det sociale miljø og ført til beskrivelse af afgørende sociale fænomener, som er bestemmende for sundheden. Blandt disse sociale faktorer har det sociale netværk og opbakning, socioøkonomiske uligheder og social kapital størst betydning for en befolknings sundhed (WHO. Commission on Social Determinants of Health, 2008).

Et klassisk studie (Berkman & Breslow, 1983) påviste, at mennesker med mange sociale kontakter havde lavere dødelighed end dem med færre kontakter. Et andet klassisk studie (Cohen et al., 1997) demonstrerede, at der var en direkte sammenhæng mellem omfanget og udbredelsen af en persons sociale kontakter og samme persons modtagelighed for virusinfektion, og endog også en sammenhæng med virusinfektionens sværhedsgrad. Et socialt netværk giver desuden en social fundering og opbakning. Den sociale fundering er i de fleste sammenhænge også forbundet med positiv sundhedsstatus (Berkman & Glass, 2001), hvilket er den centrale betydning og effekt af netværket. Disse studier har ført til fremkomsten af et nyt forskningsfelt 'social neurovidenskab' (Cacciopo et al., 2002).

Det har i årtier været dokumenteret, at socio-økonomisk ulighed i en befolkning også har betydning for dens sundhedsstatus. Uanset hvilke indikatorer for den socio-økonomiske status man vælger (uddannelse,

indkomst, beskæftigelse), hænger forskellene også sammen med helbredet. F.eks. har Marmot gentagne gange i sine undersøgelser over engelske tjenestemænd påvist, at dem med baggrund i kort uddannelse havde hyppigere forekomst af forskellige sygdomme og mere risikofyldt livsførelse (tobak og alkohol), end tjenestemænd med baggrund i højere uddannelse (Marmot et al.,1991, Marmot 1997).

Et andet element, der har været genstand for betydelig opmærksomhed i de senere år, er begrebet social kapital. Der foreligger flere definitioner på begrebet, men almindeligvis beskrives det som 'en sammenhængende karakteristik der beskriver mønsteret af samfundsengagement, tillid og gensidige accept mellem mennesker i lokalsamfundet' (Weitzman & Kawachi,2000). Social kapital bliver ofte målt på indikatorer som medlemsaktivitet i foreninger af frivillige, graden af tillid mellem beboerne og oplevelsen af muligheden for gensidig hjælp (nabohjælp) (Lochner et al.,1999). Undersøgelser af det samlede niveau af den sociale kapital beskriver, at den varierer med dødeligheden uanset årsag (Kawachi et al., 1997), voldskriminalitet (Kennedy et al., 1998) og selvvurderet helbred (Kawachi et al., 1998), således at højt niveau af social kapital hænger sammen med lavere dødelighed, færre voldsforbrydelser og højere selvvurderet helbred. Dette perspektiv har ført til mindst to vigtige spørgsmål i debatten om sundhedsfremme. Er et godt helbred det samme som livskraft? Giver en omfattende social intervention mere sundhed end livsstils og risikoorienterede indsatser?

Det sundhedsskabende (salutogene) princip (Antonowsky, 1987) anviser en tilgang med fokus på ressourcer, som yderligere udvider teoridannelsen omkring sundhedsfremme. Denne fundamentale nyorientering bidrager til udvikling af teorier om sociale systemer, som lokalsamfund er et eksempel på. Den inddrager de sundhedsskabende sociale faktorer, som har indflydelse på samfundets helbred som system betragtet. Dette helhedssyn understreger betydningen af at inddrage de sociale ressourcer i de lokalsamfund, der arbejder med mobilisering (empowerment) og sundhedsfremme. Det er nødvendigt at inddrage denne betragtningsmåde, idet inddragelsen af alle betydende social faktorer er betingelsen for at kunne undersøge og fremme lokalsamfundets helbred.

## **En oversigt over viden om virkningen af sundhedsfremmeaktiviteter og forslag til at indføre begrebet 'Lokalsamfundets modstandsevne' i det videre arbejde.**

Der er udført tre betydende studier i de senere år til belysning af udbyttet ved aktiviteter til sundhedsfremme. Den mest grundlæggende tilgang blev gjort af Institute of Medicine, USA. IOM bestilte to af grundlæggerne af disciplinen social epidemiologi, Smedley & Syme,2000, til at lave en opgørelse over de mulige bidrag til sundhedsfremme, som man kan forvente fra sociologi- og adfærdsvidenskaberne. Deres gennemgang påviste, at man kan opnå meget store gevinster ved at bruge den viden, der findes i disse

videnskaber, til sundhedsfremme. De påpegede samtidig, at der kun foregår en meget lille forskningsindsats på dette område.

Den anden undersøgelse er et metastudie udført af en gruppe forskere under WHO (Rootman et al., 2001), som undersøgte de metodologiske udfordringer, når man skal evaluere sundhedsfremme. Deres samlede konklusion lød, at der bør foretages undersøgelser af sundhedsfremme, som er tilrettelagt metodologisk bedre end hidtil.

Det tredje af studierne er et EU finansieret projekt udført af den Internationale Union for Health Promotion and Education (IUHPE, 2000a & 2000b, McQueen & Jones, 2007), der har samlet og analyseret den tilgængelige viden om effekten af sundhedsfremme.

Konklusionerne af de tre studier er ikke overraskende utvetydige. Sundhedsfremme er kun virkningsfuld, hvis aktiviteterne sigter mod mange niveauer (individet, gruppen, lokalsamfundet, det overordnede samfund og det politiske liv), aktiviteterne skal udgå fra lokalsamfundets dagligdag (erkendte og bestemmende faktorer for helbred, gensidig tillid og afhængighed, respekt), aktiviteterne skal baseres på ordentlig funderet epidemiologisk viden om de for helbredet bestemmende faktorer, og endelig skal aktiviteterne være teoribaserede f.eks. ved at benytte interventionsstudier (Bartholomew et al., 2001).

De aktuelle videnskabelige bestræbelser på at studere sundhedsfremmeaktiviteter skal således organiseres på en ny måde for at kunne tilrettelægge sådanne meget omfattende interventionsforsøg. Vi foreslår at begrebet 'community immunology'- lokalsamfundets modstandsevne – bliver det samlende begreb i denne forskning.

## **Lokalsamfundets modstandsevne/community immunology.**

Ligesom klassisk biologisk immunologi defineres (studiet af organismer, celler og kemiske forbindelser i immunsystemer, der både fungerer ved medfødte og erhvervede reaktioner), kan vi nu også definere 'community immunology':

*den videnskab der studerer og om nødvendigt ændrer eller støtter de faktorer i lokalsamfundet eller andre sociale systemer, som er sygdomsvoldende eller sundhedsfremmende.*

Vi skal derfor i studiet af lokalsamfundets modstandsevne (community immunology) inddrage de sociale faktorer, der har betydning for helbredet, men også medtage udviklingen af metoder og strategier, der kan ændre disse sociale faktorer til gavn for helbredet hos befolkningen, grupper og enkeltindivider.

Udforskningen af lokalsamfundets modstandsevne er nødvendig. Ifølge de tre rapporter vedrørende effekten af sundhedsfremmende aktiviteter nævnt ovenfor (især IOM rapporten) er det åbenbart, at der er fundamentale problemer, som skal løses i en fælles og langsigtet indsats.

De følgende emner trænges især til afklaring:

- I hvor stor udstrækning har samfundet kontrol over de sociale faktorer, der betyder noget for sundhed (videreudvikling af studier af Commers, 2001, og andre)?
- De sociale faktorer, som samfundet ikke har kontrol over, skal andre instanser tage ansvar for. Hvilke?
- Er det muligt at påvirke den sociale kapital ved mobiliseringsprocesser (empowerment)?
- Hvordan forholder begrebet social kapital sig til de nyligt foreslåede ideer om social neurovidenskab?
- Hvilke elementer i mobiliseringsprocesser og interventionsstudier er begrænsende eller stimulerende for muligheden for at gøre dem til rutinemetoder i udviklingen af det organisatoriske og socialpolitiske arbejde?
- Hvad er forbindelsen mellem magtesløshed, nedsat social kapital, materiel fattigdom, manglende retfærdighed og dårligt helbred?
- Hvilke interventionsstrategier er de bedste til at forbedre deltagelse i aktiviteter i lokalsamfundet, øge kontrollen over livsbetingelserne og selvbevidstheden og samtidig skabe trygge livsvilkår i den herskende kulturelle og politiske verden, og derigennem ændre magtbalancen og øge lokalsamfundets modstandsevne?
- Kan økonomiske evalueringmetoder som omkostnings-effektivitets analyse, omkostnings-udbytte analyse eller omkostnings-nyttéværdi analyse eller en medicinsk teknologisk vurdering (MTV) anvendes med udbytte i et forskningsfelt som community immunology?

## Forskningsstrategi.

Indførelsen af begrebet lokalsamfundets modstandsevne eller community immunology giver ikke umiddelbart anledning til klare forskningshypoteser, da det netop er en helt ny æra i udforskningen. Men undersøgelse af mobiliseringsprocessers effekt og udnyttelsen af viden om social kapital i interventionsstudier gør det nødvendigt at udvikle en helt ny og interdisciplinær forskningsstrategi. Denne strategi skal inkludere et tidsperspektiv, der overstiger de traditionelle tre år, som et Ph.d. projekt tager, og skal kombinere forskning i sociale, psykologiske, økonomiske, politologiske og epidemiologiske delemner, en kombination som ikke findes endnu i Danmark eller noget andet sted i verden. Det vil være nødvendigt at frembringe brugbare fundamentale metoder fra de nævnte forskningsdisipliner. Anvendeligheden af metoderne (fjerde generations evaluering princip – Guba & Lincoln, 1981) forudsætter involvering af lokalsamfund, der kan formulere sine sociale og sundhedsmæssige behov, som kan beskrive ansvarsfordelingen mellem det personlige, det offentlige og de frivilliges område, og som er i stand til interaktiv politisk handling. I en anden sammenhæng har vi argumenteret for et sæt nye forskningsdiscipliner: beslutningsparathed, interventionslære og igangsætningslære (de Leeuwe, 2003).

## Metodologiske gåder – at udforske noget som ikke er der

Sundhedsfremme, empowerment og community immunology præsenterer os for et fascinerende problem: vi vil studere noget, som hvis alt går efter planen, ikke er der:

- Hvis interventioner i samfundets modstandsevne virker, ville vi ikke have lungecancer eller hjertesygdomme.
- At tillægge egenskaben ved noget fraværende til en sammensat konstruktion (f.eks. empowerment, social kapital eller salutogenese) er en metodologisk udfordring for at sige det mildt.
- Heldigvis er der sammenhænge af faktorer bestemmende for helbredet, i komplekse og gentagne mønstre, mellem intervention og effekt, som kan studeres i stedet for (Krieger, 2008).
- Guba & Lincoln (1981) anbefaler i deres fjerde generations evaluerings princip en metodologi, som kan optage sådanne tilfældigheder i samfundets virkelighed. Denne tilgang hænger fint sammen med nyere evaluerings metoder (Pawson, 2006).

## En international akademisk inkubator.

Der er få institutioner i verden, der kan optage studiet af lokalsamfundets modstandsevne (community immunology) i sit forskningsområde og sin læreplan. Den epidemiologiske analyse af de sociale faktorer for helbredet finder sted i forskningsgrupper som nævnt ovenfor (US Institute of Medicine, WHO European Region, International Union for Health Promotion and Education), men løsningen af de fundamentale opgaver som udvikling af interventionsstudier og analyse er sjælden. Det er derfor vores ambition at kombinere den eksisterende ekspertise i Dekan Universitet og Syddansk Universitet (i begge tilfælde fakulteterne for social og sundhedsvidenskaberne) med de enestående muligheder på Sønderbro, Horsens, som en kuvøse, til at skabe et grænseoverskridende GLOKAL CENTER til studiet af lokalsamfundets modstandsevne. Centeret vil naturligt blive en glocal (globalt-lokalt) institution, der udfører interventionsstudier i nærsamfundet (bydelen, skolen, arbejdspladsen) men samtidig arbejder globalt med sammenlignende studier og undervisning.

## Sønderbro, Horsens: et arbejdende laboratorium til studier af lokalsamfundets modstandsevne.

Sønderbro præsenterer sig som et ideelt sted til studier af et lokalsamfundets modstandsevne (community immunology). Bydelen med ca 9000 beboere fra 28 lande og med 78 pct uden reel beskæftigelse er en af de fattigste områder i kommunen. Det er en dårligt stille bydel. Men takket være Horsens Kommunes engagement i WHO's Sund By Projekt og en stærk vilje i området til social udvikling, er der sket en frugtbar mobilisering af den ellers eksplosive blanding af fattige danskere og mange forskellige etniske grupperinger. Horsens er en by med en tung social arv, og Sønderbro synes dobbelt ramt. I Sønderbro kvarteret er specielt Axelborg området forsømt, men har også oplevet de

største succeser med udvikling i social og sundhedsmæssig tilstand – eller formuleret som øget modstandsevne. Desværre er der aldrig foregået en undersøgelse af forudsætningerne eller af troværdige resultater i denne succes. Beboerne og professionelle i byen er nu stærkt engageret og parate til at deltage i udforskningen. Et Ph.d. studium af beboernes netværk og isolation er i gang og afsluttes 2010.

Ud fra 'Sønderbrogruppen' – et netværk af 50 nøglepersoner fra alle lag og dele af bydelen mm – har der udviklet sig 4 'ministerier' – 'Sønderbro Kultur', 'Sønderbro information', 'Sønderbro Aktivitet' og 'Sønderbro Erhverv og Uddannelse'. Mange lokale arbejdspladser og institutioner bidrager væsentlig til visionen om, at gøre Sønderbro til den bedste bydel i kommunen.

## Vores partnere

- Søndermarksskolen
- Dekan Universitet
- Syddansk Universitet
- Roskilde Universitetscenter  
VIA University College – Gedved Seminarium
- Center for Globalisering og Regionalisering – VIA University College
- Hede Nielsen Co.
- Horsens Kommune
- En stor gruppe lokale foreninger og organisationer

## Referenceer

- Antonovsky, A. (1987) Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. (2001). Intervention Mapping. Designing theory-based and evidence-based health promotion programs. Mayfield, Mountain View.
- Berkman, L. & Breslow, L. (1983). Health and Ways of Living: The Alameda County Study. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health (pp. 137-173). In: Berkman, L. & Kawachi, I. (eds.). Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press.
- Cacioppo, J. T. et al., eds (2002) Foundations in Social Neuroscience. Bradford Book, MIT Press, Cambridge, Massachusetts
- Cohen, M.N. (1989) Health and the Rise of Civilization. Yale University Press, New Haven
- Commers, M.J. (2001) Determinants of Health. Theory, Understanding, Portrayal, Policy. PhD thesis University Maastricht, Maastricht
- Guba, E. & Y. Lincoln (1981) Naturalistic Evaluation, improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass publishers.
- Hall, P. (1998) Cities in Civilization. Culture, Innovation, and Urban Order. Book Four, chapter 23: The Utilitarian City. London, 1825-1900. Weidenfeld & Nicolson, London
- International Union for Health Promotion and Education (2000a) The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Part One: Core Document. ECSC-EC-EAEC, Brussels/ Luxembourg
- International Union for Health Promotion and Education (2000b) The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Part Two: Evidence Book. ECSC-EC-EAEC, Brussels/Luxembourg

- Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health. 87: 1491-1498.
- Kawachi, I., Kennedy, B. & Glass, R. (1998). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. American Journal of Public Health. 89: 1187-1193.
- Kennedy, B., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D., Lochner, K. & Gupta, V. (1998). Social capital, income equality, and firearm violent crime. Social Science & Medicine. 47: 7-17.
- Krieger, N. (2008) Proximal, Distal, and the Politics of Causation: What's Level Got to Do With It? American Journal of Public Health, 98 (2) 221-230
- Leeuw, Evelyne de (2002) Exclusionism and Public Health: an Institutional Perspective. Volume 7, *Health Scientists at University of Southern Denmark*. SDU, Odense (ISBN 87-90923-25-1)
- Leeuw, Evelyne de (2003) Keynote address, "Researching health promotion determinants and interventions - an institutional and governance perspective," Fourth Nordic Health Promotion Research Conference, Västerås (Sweden), 10 June 2003
- Lochner, K., Kawachi, I. & Kennedy, B. (1999). Social capital: A guide to its measurement. Health & Place. 5: 259-270.
- Marmot, M., Davey Smith, G., Stansfeld, S. et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall Study. The Lancet. 337: 1387-1393.
- Marmot, M. (1997). Inequality, deprivation and alcohol use. Addiction. 92: S13-S20.
- McQueen, D. & C.M. Jones, eds. (2007) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. Springer, New York
- Minkler M (1992). Community organizing among the elderly poor in the United States: A case study. International Journal of Health Services, 22:303-316
- Pawson, R. (2006) Evidence-based policy. A realist perspective. Sage, Thousand Oaks
- Porter, R. (1999) *The Greatest Benefit to Mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present*. Fontana Press, London.
- Robertson A, Minkler M. (1994). The New Health Promotion Movement: A Critical Examination. Health Education Quarterly. 21:295-312.
- Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J & Ziglio, E, eds. (2001). Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92, Copenhagen;
- Smedley BD & Syme SL . (2000). Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health, Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine, Washington DC;
- Wallerstein, N. (1992)..Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. American Journal for Health Promotion, 6:197-205.
- Weitzman, E. & Kawachi, I. (2000). Giving means receiving: The protective effect of social capital on binge drinking on college campuses. American Journal of Public Health. 90: 1936-1939.



