

Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 i et forandringsperspektiv

**En adressering af social ulighed i dårlig mental sundhed
og forebyggelsen heraf**

**Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet
4. semester Kandidatspeciale**

Projektgruppe 19gr10312

Line Ohrt Petersen

Simon Cordes

Simone Maria Krüger Pedersen

Vejleder: Jane Andreasen

Anslag inkl. mellemrum: 285.148

Afleveringsdato: 06.06.2019

Referencesystem: Southern Cross
University - Harvard

Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med forfatter(ne)s tilladelse if. Bekendtgørelse af lov om ophavsret nr. 1114 af 23.10.2014

Resumé

Baggrund: I Danmark er forekomsten af dårlig mental sundhed stigende samt ulige fordelt, hvilket både har samfundsmæssige- og individuelle konsekvenser. Dårlig mental sundhed har siden siden 2012, haft en særlig opmærksomhed da Sundhedsstyrelsen udgav Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2012. Trods dette fokus er den sociale ulighed i dårlig mental sundhed stadig stigende. Dette kan skyldes kompleksiteten af underliggende faktorer i social ulighed i dårlig mental sundhed. Dermed er det væsentligt at Sundhedsstyrelsen, med den nyeste generation af forebyggelsespakken formår at tage højde for kompleksiteten.

Formål: Formålet med specialet er at identificere eksisterende evidens i forhold til forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed, at udlede hvorledes Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 definerer og adresserer social ulighed i dårlig mental sundhed, samt hvordan denne rådgiver kommunerne i forebyggelsesarbejdet af social ulighed i dårlig mental sundhed. Denne viden skal bidrage til forslag om forandring af Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018.

Metode: I dette speciale er der anvendt tre metoder, som samlet skal besvare problemformuleringen. Systematisk litteratursøgning blev anvendt for at finde eksisterende evidens omhandlende hvordan social ulighed i dårlig mental sundhed kan forebygges. Kvalitativ dokumentanalyse af Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 blev foretaget, for at adressere dennes forståelsesramme samt menneske- og sundhedssyn, i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed. Endeligt blev der anvendt semistrukturerede kvalitative interviews, med informanter fra to forskellige kommuner, med det formål at opnå viden om kommunernes anvendelse af og erfaring med Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018.

Resultater: I Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 er der et overordnet sundhedsfundamentalistisk syn på dårlig mental sundhed, og der anbefales hovedsageligt individrettede tiltag. Endvidere forekommer der en uklar definition af dårlig mental sundhed samt en dikotom og snæver forståelse af social ulighed i dårlig mental sundhed. Dette afspejles ligeledes i kommunernes erfaringer med forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed, hvor der ses begrebsforvirring samt et overordnet arbejde med individrettede tiltag. I den systematiske litteratursøgning afspejles det, at politiske domæner former måden hvorpå mental sundhed defineres, og at social ulighed i dårlig mental sundhed skal forebygges gennem både distale og proksimale faktorer.

Konklusion: Det kan konkluderes at Sundhedsstyrelsens adressering af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18, mangler at definere social ulighed samt dårlig mental sundhed, har et overordnet fundamentalistisk sundhedssyn, hovedsageligt anbefaler individrettede tiltag på individuelle-, sociale- og strukturelle niveauer, og mangler anbefalinger i forhold til rekruttering og utilsigtede konsekvenser. Disse adresseringer og anbefalinger afspejles i de italesættelser, informanterne i kommunerne fremlagde i forhold til deres forebyggelsesarbejde af social ulighed i dårlig mental sundhed. Derfor ses der et forandringspotentiale, ved at Sundhedsstyrelsen klart skal definere henholdsvis, social ulighed og dårlig mental sundhed, rekruttering og utilsigtede konsekvenser, at adressere de yderste distale niveauer samt eksplicitere hvilken rolle Sundhedsstyrelsen ønsker at have i kommunernes forebyggelsesarbejde.

Abstract

Background: In Denmark the incidence of poor mental health is increasing and unevenly distributed, which has social- and individual consequences. Poor mental health has gotten special attention since 2012, when Sundhedsstyrelsen published Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2012. Despite this attention, social inequality in poor mental health is still increasing. This may be due to the complexity of underlying factors in social inequality in poor mental health. Thus, it is important that Sundhedsstyrelsen, with the latest generation of the prevention package, take the complexity into account.

Aim: The purpose of the thesis is to identify existing evidence in relation to the prevention of social inequality in poor mental health, to derive how Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 defines and addresses social inequality in poor mental health and how it advises the municipalities in the prevention work of social inequality in poor mental health. This knowledge will contribute to proposals for changing Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018.

Methods: In this thesis three methods have been used, which in combination with each other answer the research question. Systematic literature search was used to find existing evidence on how social inequality in poor mental health can be prevented. A qualitative document analysis of Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 was undertaken to address the understanding framework as well as human and health views, in relation to social inequality in poor mental health. Finally, semi-structured qualitative interviews were used with informants from two different municipalities, with the aim of gaining knowledge about the municipalities' use of and experience with Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018.

Results: In Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 there is an overall fundamentalist health view of poor mental health, and mainly individual-directed initiatives are recommended. Furthermore there is an unclear definition of poor mental health as well as a dichotomous and narrow understanding of social inequality in poor mental health. This is also reflected in the municipalities' experiences with the prevention of social inequality in poor mental health, where conceptual confusion is seen and an overall work with individual-directed initiatives. In the systematic literature search, it is reflected that political domains form the way in which mental health is defined and that social inequality in poor mental health must be prevented through both distal- and proximal factors.

Conclusion: It can be concluded that Sundhedsstyrelsens addressing of social inequality in poor mental health in FMS18 lacks definitions of social inequality and poor mental health, has an overall fundamentalist health view, primarily recommends individual-directed initiatives at individual-, social- and structural levels and lacks recommendations in relation to recruitment of citizens and unintended consequences. These addressings and recommendations are reflected in the statements, the informants in the municipalities, presented in relation to their prevention work of social inequality in poor mental health. Therefore the health authorities must clearly define social inequality and bad mental health, recruitment and unintended consequences, address the outermost distal levels as well as explain the role that Sundhedsstyrelsen desire to have on the municipalities' prevention work.

Forord

Specialet er udarbejdet af Line Ohrt Petersen, Simon Cordes og Simone Maria Krüger Pedersen på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, i tidsperioden fra d. 1. februar til 6. juni 2019. Vi vil gerne benytte anledningen til at takke vores vejleder Jane Andreasen, som har givet kyndig vejledning undervejs i specialet.

Læsevejledning

Dette speciale er bygget således op, at det initierende problem først beskrives, hvorefter problemanalysen udfoldes. Problemanalysen giver et indblik i social ulighed i dårlig mental sundhed, samt de elementer der relaterer sig til denne problemstilling. Problemanalysen udmunder i problemafgrænsning, dette bidrager til en konkret problemformulering med tre underspørgsmål. Herefter beskrives videnskabsteoretisk position og metodiske overvejelser, som styres af problemformuleringen. De anvendte metoder i specialet bidrager med indsamling af empiri, som gennem analysen bliver bearbejdet. Herefter bliver resultaterne fra analysen og de anvendte metoder diskuteret, disse diskussioner bidrager til forandringsforslag, af Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 og endeligt en konklusion på specialets problemformulering.

Indhold

1. Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse.....	3
2.1 Forebyggelsespakke - <i>Mental Sundhed</i> 2012	3
2.2 Social ulighed i dårlig mental sundhed – et folkesundhedsmæssigt problem	4
2.2.1 Social ulighed i dårlig mental sundhed - et stigende problem.....	4
2.2.2 Social ulighed som determinant for dårlig mental sundhed	5
2.2.3 Definition af social ulighed i sundhed.....	7
2.2.4 Definitionen af dårlig mental sundhed og problematikken bag	8
2.3 Social ulighed i dårlig mental sundhed - et komplekst problem	10
2.3.1 Bidrager konkurrencestatens idealer på det samfundsmæssige- og politiske niveau til social ulighed i dårlig mental sundhed?	11
2.3.2 Øger det organisatoriske niveau social ulighed i dårlig mental sundhed?	13
2.3.3 Øger det interpersonelle niveau social ulighed i dårlig mental sundhed?	15
2.3.4 Hvordan har det intrapersonelle niveau betydning for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed?.....	16
2.4 Problemafgrænsning	18
3. Formål.....	18
4. Problemformulering	19
5. Videnskabsteoretisk referenceramme.....	21
5.1 Forskningsparadigmer	21
5.2 Specialets ontologiske- og epistemologiske udgangspunkt.....	22
5.3 Socialkonstruktivisme.....	23
5.3.1 Specialegruppens baggrund for erkendelse.....	24
6. Metode.....	25
6.1 Evidensgrundlag gennem en systematisk litteratursøgning af første underspørgsmål	25
6.1.1 Indledende søgninger.....	26
6.1.2 Søgestrategi	26
6.1.3 Valg af databaser	28
6.1.4 In- og eksklusionskriterier.....	30
6.1.5 Udvælgelse af studier	33
6.1.5.1 Kvalitetsvurdering gennem kritisk læsning af de udvalgte studier.....	34
6.1.5.2 Begrundelse for valg af tjeklister.....	35
6.2 Metode for analyse af dokumentet Forebyggelsespakke - <i>Mental Sundhed</i> 2018.....	35

6.2.1	Analysespiralen	36
6.2.1.1	Gennemlæsning af tekst og problemstilling	37
6.2.1.2	Indfaldsvinkel	38
6.2.1.3	Metodiske tilgang	38
6.2.1.4	Det analytiske værktøj	39
6.2.1.5	Analysens fortolkning	40
6.2.1.6	Vurderingskriterier for analysen	40
6.3	Metode for kvalitativ interviewundersøgelse - tredje underspørgsmål	41
6.3.1	De syv faser	41
6.3.1.1	Tematisering	41
6.3.1.2	Design	42
6.3.1.3	Interview	43
6.3.1.4	Gennemførsel af interview	44
6.3.1.5	Transskriberingen	45
6.3.1.6	Analysestrategi og -rapportering	46
6.3.2	Ethiske overvejelser	49
7.	Analyse	52
7.1	Analyse af evidens fundet gennem den systematiske litteratursøgning	53
7.2	Dokumentanalyse af Forebyggelsespakken <i>Mental Sundhed</i> 2018	57
7.2.1	Definition af dårlig mental sundhed og social ulighed	57
7.2.1.1	Definition ud fra WHO	58
7.2.1.2	Definitionen af dårlig mental sundhed	61
7.2.1.3	Definitionen af social ulighed	62
7.2.1.4	Forebyggende og sundhedsfremmende	63
7.2.1.5	Fundamentalistisk- og relativistisk sundhedssyn	66
7.2.1.6	Populationsbaserede og højrisiko strategier	68
7.2.1.7	Individrettede og strukturelle tiltag	70
7.2.1.8	Proximale og distale faktorer	72
7.3	Analyse af den kvalitative interviewundersøgelse	75
7.3.1	WHOs definition ligger jo bag ved alt det vi arbejder med i kommunen	76
7.3.2	Social ulighed- et kontinuum af definitioner	80
7.3.3	Forebyggelsespakke - <i>Mental Sundhed</i> er ikke et mål, men det er et værktøj	84
7.3.4	Vi prøver at lave særlige modeller, der tager højde for rekruttering	88
7.3.5	Hvis der kommer nogle utilsigtede hændelser	89

7.3.6 Vi gør det jo meget på individuelt og socialt niveau. Men det strukturelle er nok lidt længere væk	90
8. Diskussion	95
8.1 Resultatdiskussion	95
8.1.1 Forebyggelsespakke – Mental Sundhed 2018s rolle i kommunernes arbejde	95
8.1.2 Definitionen af dårlig mental sundhed og social ulighed	97
8.1.3 Individrettede tiltag og problematikken bag	99
8.1.4 Manglende adressering af distale niveauer	102
8.2 Diskussion af anvendte metoder i specialet	103
8.2.1 Socialkonstruktivisme som videnskabsteoretisk referenceramme	103
8.2.2 Evidensgrundlag via systematisk søgning	103
8.2.2.1 Databaser	104
8.2.2.2 Udvælgelsen af den identificerede litteratur	105
8.2.3 Anvendte kvalitative metoder	106
9. Forandringsforslag	111
9.1 Forslag 1: Adressering af social ulighed som selvstændig målsætning	111
9.2 Forslag 2: Inddragelse af flere niveauer i forebyggelsesarbejdet	112
9.3 Forslag 3: Klart defineret formål	114
10. Konklusion	117
11. Referenceliste	118

~ Del 1 ~

Problemanalyse og problemformulering

1. Initierende problem

Forekomsten af dårlig mental sundhed er ulige fordelt blandt den danske befolkning (Sundhedsstyrelsen 2008, Sundhedsstyrelsen 2018a). Der forekommer en social gradient i dårlig mental sundhed inden for flere parametre, herunder uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet (Sundhedsstyrelsen 2018a, Pedersen et al. 2005). Endvidere er andelen af danskere med dårlig mental sundhed stigende. I de Nationale Sundhedsprofiler ses, at dårlig mental sundhed er steget med 3,2 procentpoint fra 2010 til 2017, og i 2017 havde 13,2 % (i absolutte tal cirka 627.000) af den danske befolkning over 16 år dårlig mental sundhed (Sundhedsstyrelsen 2011, Sundhedsstyrelsen 2018a).

Dårlig mental sundhed influerer på individets velbefindende, herunder trivsel, håndtering af hverdagen samt muligheden for at kunne bidrage positivt til samfundet, hvorfor dette er forbundet med både samfundsøkonomiske- og individuelle omkostninger og konsekvenser (McDaid & Park 2011). Ydermere er der en association mellem dårlig mental sundhed og helbredsmæssige- samt sociale forhold, da tilstanden blandt andet øger risikoen for somatiske indlæggelser, og kan have en negativ påvirkning på påbegyndelse og gennemførelse af uddannelse, samt påvirke beskæftigelsen (Sundhedsstyrelsen 2016a). Således ses der flere underliggende faktorer bag dårlig mental sundhed, hvorfor dette er et komplekst problem at håndtere og adressere i samfundet.

Sundhedsstyrelsen rettede i 2012 særlig opmærksomhed på forebyggelse af dårlig mental sundhed, da de første gang udgav Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed*. Formålet med forebyggelsespakken er at understøtte de danske kommuners forebyggelsesindsatser og dermed forbedre folkesundheden (Sundhedsstyrelsen 2012). På trods af at dårlig mental sundhed er sat på Sundhedsstyrelsens dagsorden, er dårlig mental sundhed fortsat stigende samt ulige fordelt (Sundhedsstyrelsen 2011b, Sundhedsstyrelsen 2018a). Den manglende virkning kan skyldes en utilstrækkelig adressering af kompleksiteten bag social ulighed dårlig mental sundhed i Forebyggelsespakke – *Mental Sundhed* 2012.

I foråret 2018 udkom anden generation af Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed*, som med nyeste evidens inden for forebyggelsesområdet rådgiver kommunerne. Med den stigende forekomst af social ulighed i dårlig mental sundhed, op til udgivelsen af anden generation, er det essentielt at kritisk analysere første generation, da dette bidrager til en vurdering af, hvad anden generation bør adressere. Derfor ses et behov for en kritisk analyse af Forebyggelsespakkerne, som vil danne

grundlag for forandringsforslag med formålet at forbedre kommunernes arbejde med Forebyggelsespakke – *Mental Sundhed 2018*, i forhold til at reducere social ulighed i dårlig mental sundhed.

2. Problemanalyse

I det initierende problem fremgår det, at den sociale ulighed i dårlig mental sundhed er stigende på trods af Sundhedsstyrelsens særlige opmærksomhed siden 2012. Formålet med specialets problem-analyse er at fremanalysere hvorledes *Forebyggelsespakke - Mental Sundhed* fra 2012 (FMS12) an-skuer social ulighed i dårlig mental sundhed som et folkesundhedsmæssigt problem og hvorledes kompleksiteten af de underliggende faktorer i uligheden i dårlig mental sundhed adresseres. Dette med henblik på at analysere, hvilke faktorer der er vigtige at medtage i en forebyggelsespakke som FMS12 og hvorledes FMS12 tager højde for disse. Afslutningsvis vil der blive foretaget en afgræns-ning samt udarbejdet en konkret problemformulering, som skal danne grundlag for den videre pro-blembearbejdning.

2.1 Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2012

FMS12 er rådgivende for kommunernes håndtering af borgerens mentale sundhed og blev udgivet i 2012. Det primære formål med FMS12 er, at medvirke til at forbedre folkesundheden hos den danske befolkning, ved at fungere som et vidensgrundlag, rådgivning og vejledning til kommunernes sund-hedspolitikker (Sundhedsstyrelsen 2012).

Baseret på en gennemgang af FMS12, er formålet med pakken at rådgive kommunen med den pri-mære forebyggelsesindsats, der har et primært fokus på tidlig opsporing af borgere med dårlig mental sundhed samt udvikle tilbud og skabe rammer for individets mentale sundhed. Pakken præsenterer procentsatser for, antallet af borgere der har dårlig mental sundhed, herunder både børn, voksne og ældre. Endvidere ses det, at den mentale sundhed er socialt ulige fordelt, at dårlig mental sundhed har konsekvenser for individet i form af søvnproblemer, smerter og sygdomme, samt at dårlig mental sundhed har indvirkning på sygdomsbyrden, sygemeldinger og førtidspensioneringer (Sundhedsstyrelsen 2012). Sidstnævnte samfundsbyrder, og hvordan dette påvirker samfundsøkon-o-mien, har FMS12 et særligt fokus på, da ét kapitel i pakken omhandler de kommunale omkostninger forbundet med dårlig mental sundhed.

Forebyggelsespakken beskriver overordnet de mulige årsager bag dårlig mental sundhed som indivi-dets opvækst, individets sociale forhold, arbejdsstatus og -miljø (Sundhedsstyrelsen 2012). Indsatser der fokuserer på forældreuddannelse og bedring af opvækstvilkår, indsatser på arbejdspladsen og

indsatser blandt ældre vurderes at have et særlig investeringspotentiale, hvis de samfundsmæssige omkostninger for dårlig mental sundhed skal reduceres (Ibid.). Disse faktorer sidestilles ligeledes som centrale for den sociale ulighed, og FMS12 argumenterer for, at indsatser der tager højde for disse faktorer, ligeledes kan reducere den sociale ulighed i sundhed (Ibid.)

FMS12s forståelse af mental sundhed sidestilles med en tilstand af *trivsel*, og tager udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed. Der tages hovedsageligt udgangspunkt i den positive definition af mental sundhed, som værende mere end fravær af sygdom (Sundhedsstyrelsen 2012). I de følgende afsnit vil specialet analysere den sociale ulighed i dårlig mental sundhed som et komplekst folkesundhedsmæssigt problem, for således at uddybe, hvilke faktorer der er vigtige at tage højde for i arbejdet med social ulighed i dårlig mental sundhed, og hvorledes FMS12 tager højde for dette.

2.2 Social ulighed i dårlig mental sundhed – et folkesundhedsmæssigt problem

I det følgende afsnit vil det blive fremanalyseret, hvordan social ulighed i dårlig mental sundhed kan betragtes som et folkesundhedsmæssigt problem, med henblik på at vise hvilke konsekvenser dårlig mental sundhed kan have for individet og samfundet, samt hvordan FMS12 udlægger dette problem. Endvidere vil det blive analyseret, hvordan social ulighed og dårlig mental sundhed defineres, og hvordan dette kan være problematisk i forbindelse med forebyggelse af problemet.

2.2.1 Social ulighed i dårlig mental sundhed - et stigende problem

I De Nationale Sundhedsprofiler fra 2010 til 2017 ses der en stigning i dårlig mental sundhed inden for alle målte grupper, bortset fra ældre over 75 år (Sundhedsstyrelsen 2011a, Sundhedsstyrelsen 2018a). Dårlig mental sundhed udgjorde i 2017 13,2 % (Sundhedsstyrelsen 2018a), hvilket i absolutte tal er omkring 627.000 danskere. Dette er en stigning på 3,2 procentpoint siden 2010, hvilket tilsvarende en stigning på knap 3.000 hvert år. Hvis dette fortsætter, vil andelen med dårligt mental sundhed i 2030 udgøre næsten 20 % af den danske befolkning.

Konsekvenserne af dårlig mental sundhed kan have påvirkning på både det individuelle- og samfundsmæssige niveau. Som beskrevet i det systematiske review af Chida et al. (2008) kan dårlig mental sundhed medføre øget risiko for somatiske og psykiske sygdomme herunder øget risiko for type-2 diabetes og hjerte-kar-sygdomme. Endvidere kan dårlig mental sundhed influere på individets

håndtering af hverdags-, familie- og arbejdsliv (WHO 2013). Dette dårlige mentale sundhed medfører, at individet føler sig ængstelig, bekymret, deprimeret, skyldig og værdiløs, det kan opleve søvnproblemer, ændringer i appetitten og i højere grad have en tilbagetrukket adfærd (HealthDirect 2018). Problematikken omkring dårlig mental sundhed stod den danske økonomi i omkostninger til ca. 45 milliarder danske kroner i 2015 (OECD Health 2016). Omkostningerne var gennem tabt produktion, behandling og økonomisk social støtte (Ibid.). På samfundsniveau ses konsekvenserne af dårlig mental sundhed på især sygefravær og førtidspensionering (Sundhedsstyrelsen 2016a). Dermed kan dårlig mental sundhed, anses som et folkesundhedsmæssigt problem, der medfører både individuelle og samfundsmæssige konsekvenser.

Den høje forekomst af dårlig mental sundhed samt de individuelle- og samfundsmæssige konsekvenser præsenteres ligeledes i FMS12. Dog har FMS12 i højere grad fokus på de samfundsmæssige konsekvenser sammenlignet med de individuelle, hvor der er blevet prioriteret et kapitel med titlen "*Kommunale omkostninger forbundet med mental sundhed*" (Sundhedsstyrelsen 2012 s. 9). Til sammenligning er de individuelle faktorer beskrevet med enkeltstående sætninger forskellige steder i FMS12, som eksempelvis: "*Der er klare sammenhænge mellem dårlig mental sundhed og faktorer som dårligt selvvurderet helbred, kroniske smerter, søvnproblemer, sygefravær (...)*" (Sundhedsstyrelsen 2012 s. 6). Yderligere kan de individuelle faktorer i citatet, såsom kroniske smerter, søvnproblemer og sygefravær ligeledes vurderes at have fokus på samfundsøkonomien (Sundhedsstyrelsen 2012). Ud fra ovenstående kan FMS12 anses at prioritere de samfundsøkonomiske konsekvenser over de individuelle konsekvenser. Hvordan denne prioritering kan påvirke den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, vil blive uddybet i afsnit 2.3.1.1: *Bidraget konkurrencestatens idealer på det samfundsmæssige og politiske niveau til social ulighed i dårlig mental sundhed?* hvor kompleksiteten bag de underliggende faktorer for social ulighed i dårlig mental sundhed kritisk analyseres.

2.2.2 Social ulighed som determinant for dårlig mental sundhed

Der ses en social ulighed i dårlig mental sundhed i Danmark indenfor flere parametre. Forekomsten af dårlig mental sundhed er højest blandt personer med grundskole som højeste uddannelsesniveau sammenlignet med personer med mellemlang og lang videregående uddannelse. Forskellen er henholdsvis 9,9 % og 17,2 % mellem grupperne, og denne ulighed er siden 2010 steget med 1 procentpoint (Sundhedsstyrelsen 2011b, Sundhedsstyrelsen 2018a). Ydermere ses en differentiering af forekomsten af dårlig mental sundhed i forhold til personers tilknytning til arbejdsmarkedet. Dårlig

mental sundhed forekommer blandt førtidspensionister på 33,1 %, for arbejdsløse på 28,5 % og blandt beskæftigede er niveauet lavest på 9,5 % på tværs af erhverv (Sundhedsstyrelsen 2011a, Sundhedsstyrelsen 2018a).

Kausaliteten for dårlig mental sundhed er svær at beskrive, da der kan argumenteres for, at denne kan gå begge veje. Dårlig mental sundhed kan være en forklaring på, hvorfor individet er blevet førtidspensioneret, arbejdsløs eller ikke har gennemført en videregående uddannelse (Amaddeo & Jones 2007). Ligeledes kan dårlig mental sundhed være en følge af lavt uddannelsesniveau, som det konkluderes i studiet af Milner et al. (2018), hvor 40% af den dårlige mentale sundhed, blandt lavt uddannede, kan forklares ud fra en kombination af status for arbejdsbelastningen, det erhvervsmæssige færdighedsniveau og indkomsten.

En yderligere forklaring på, hvorfor lav uddannelse medfører dårlig mental sundhed, kan være grundet korrelationen mellem forskellige livsstilsfaktorer og dårlig mental sundhed. I et registerstudie af Hoang et al. (2019) beskrives det, at en stigende forekomst af dårlig mental sundhed medfører en stigende sandsynlighed for uhensigtsmæssig livsstil i form af rygning, højere alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og dårlig kost. Kausaliteten kan ligeledes være omvendt, da eksempelvis det prospektive studie af Leslie et al. (2011) viser, at en overordnet dårlig kvalitet af kosten i højere grad medfører dårlig mental sundhed, og i registerstudiet af Plurphanswat et al. (2017), vises, at rygning kan øge sandsynligheden for dårlig mental sundhed. Dermed kan det ikke direkte afgøres, hvilken kausalitet der findes mellem den sociale ulighed i dårlig mental sundhed i forhold til uddannelse, beskæftigelse og livsstil, da sammenhængen i uligheden ud fra ovenstående kan anses at være kompleks.

I FMS12 beskrives uafsluttet skolegang, arbejdsløshed og et belastende arbejdsmiljø som faktorer der påvirker den mentale sundhed. Endvidere adresseres livsstilsfaktorerne rygning og fysisk inaktivitet i FMS12, som korrelerede med dårlig mental sundhed. Dog adresseres alkohol kun i sammenhæng med, at børn der vokser op i familier med alkoholproblemer, kan påvirke den mentale sundhed, og kost adresseres ikke i FMS12 (Sundhedsstyrelsen 2012). Ud fra ovenstående analyse af sammenhænge og kausalitet, er der livsstilsfaktorer, der påvirker eller påvirkes af dårlig mental sundhed, som ikke tages højde for i FMS12. Dette kan medføre, at kommunerne overser disse livsstilsfaktorer i de tiltag der udvikles til at reducere social ulighed i dårlig mental sundhed, og at disse dermed ikke har det ønskede resultat. Dermed vurderes det, at FMS12 mangler aspekter af kompleksiteten, bag de sammenhænge der er associeret med dårlig mental sundhed, som er henholdsvis livsstilsfaktorer og

kausaliteten bag den sociale ulighed i dårlig mental sundhed i form af uddannelsesniveau, indkomst og beskæftigelse. For at få en forståelse af, hvorfor disse faktorer har betydning for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, vil *social ulighed* og *dårlig mental sundhed* i det følgende afsnit blive analyseret og defineret.

2.2.3 Definition af social ulighed i sundhed

Der findes overordnet to forståelser af, hvordan social ulighed skal anskues; den ene forståelse dikotomiserer problemet og den sociale ulighed forstås som en kløften mellem én udsat og sårbar subgruppe og den resterende befolkning. Den anden forståelse forstår social ulighed som en gradient, hvor sundhedsproblemer enten stiger eller falder i sammenhæng med stigende eller faldende sociale klasser (Sundhedsstyrelsen 2017). Disse definitioner medfører forskellige tilgange til forebyggelsesarbejdet, da en forståelse ud fra den dikotome forståelse, i højere grad vil anse social ulighed som et individuelt problem blandt individer med lav SES, frem for at se det som hele befolkningens problem, som gradientforståelsen tager højde for (Vallgård 2009). Dermed vil den dikotome forståelse i højere grad fokusere på forebyggelsesstrategier målrettet individer med lav SES og disses kompetencer og personlige ressourcer, hvorimod gradientforståelsen vil være målrettet mod hele befolkningen. Begge definitioner præsenterer, at visse sociale grupper har større sundhedsmæssige ulemper, jo lavere disse er stillet socialt set. De sundhedsmæssige ulemper kan forklares ud fra akkumulationsmekanismerne, som omhandler, hvordan effekten af udvalgte determinanter, som individer bliver eksponeret for gennem et livsforløb, tilsammen kan påvirke helbredsudfaldet (Osler & Andersen 2014). Determinanter beskrives som de levekår individet fødes ind i og lever under, såsom opvækst, uddannelse og indkomst (Marmot & Wilkinson 2005), og påvirker samt påvirkes af individets sociale position, som ofte betegnes *socioøkonomisk status* (SES). SES udgøres ud fra flere indikatorer, såsom uddannelse, økonomisk velstand og erhvervsmæssig status (Drukker et al. 2007), hvoraf individer med lav SES har lavere uddannelse, økonomiske og sociale ressourcer, hvorfor denne gruppe har større sundhedsmæssige ulemper end individer med højere SES (Galobardes et al. 2007).

Det beskrives i FMS12, at hensigt med de anbefalede indsatser, er at reducere den sociale ulighed ved at rette sig både mod akkumulationsmekanismerne, i form af *den sociale gradient* i sundhed samt at støtte udsatte og sårbare individer (Sundhedsstyrelsen 2012). Således tages der i FMS12 både højde for hele befolkningen og individer med lav SES. Dog tager FMS12 udgangspunkt i uddannelsesniveau, når problemstillingen om social ulighed i dårlig mental sundhed beskrives. Når SES udgøres

ud fra flere indikatorer, kan det tolkes, at et fokus på uddannelse medfører en snæver forståelse af SES, hvor alle indikatorer, såsom opvækst, indkomst og erhverv ikke inddrages. Dette kan medføre, at individets SES enten over- eller underestimeres, da et individ med en kort uddannelse godt kan have mange økonomiske og sociale ressourcer, og omvendt kan et individ med lang uddannelse besidde få økonomiske og sociale ressourcer. Sidstnævnte eksempel vil få den konsekvens, at individet ikke bliver anset som havende behov for støtte og hjælp, da det snævre syn på SES, i form af uddannelse, anser individet som havende høj SES, på trods af de manglende ressourcer inden for andre determinanter.

2.2.4 Definitionen af dårlig mental sundhed og problematikken bag

I FMS12 tages der udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed, som lyder:

“a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” (World Health Organization 2004 s. 10).

FMS12 og WHO definerer dermed mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor individet har evner til at håndtere stress og kan arbejde produktivt og bidrage til samfundet. WHO definerer udelukkende hvad mental sundhed er, og ikke hvad dårlig mental sundhed er (WHO 2019). Ud fra WHO's hjemmeside kan det antages, at det modsatte af mental sundhed, er en ‘psykisk lidelse’ såsom skizofreni og depression, da det kun er mental sundhed eller psykiske lidelser, der her beskrives (Ibid.). Det er ligeledes uklart i hvilken grad dårlig mental sundhed forstås i FMS12, da de skriver følgende: *“Det er således muligt at have god mental sundhed, selvom man er syg. Ligesom det er muligt at være rask, selvom man har dårlig mental sundhed. (...) Mentale helbredsproblemer anvendes som en fælles betegnelse for de mere udbredte psykiske lidelser som depression, angst og adfærdsforstyrrelser.”* (Sundhedsstyrelsen 2012 s. 4). Denne manglende definition kan medføre flere utilsigtede konsekvenser. Ifølge sociolog Robert Merton (1936) er utilsigtede konsekvenser de hændelser, som ikke ville have fundet sted, hvis ikke et bestemt tiltag eller fænomen havde fundet sted. Disse konsekvenser kan både være positive og negative (Ibid.).

En utilsigtet konsekvens af den manglende definition beskrives i litteratur-reviewet af Allen & McKenzie (2015) hvor den manglende definition på dårlig mental sundhed resulterer i, at de fleste individer associerer begrebet ‘mental sundhed’ med ‘mental lidelse’. Som den teoretiske artikel af Aho (2008) konkluderer, bliver mentale hverdagsproblemer sygeliggjort og behandlet med medicin,

på trods af, at årsagen til disse mentale hverdagsproblemer ikke nødvendigvis er biologiske eller fysiologiske funderede. Dermed vil en manglende definition af dårlig mental sundhed kunne bidrage til, at individet med dårlig mental sundhed sygeliggøres og anskues med tilgange, der er udviklet til at behandle psykiske lidelser, frem for metoder der er udviklet specifikt til at forebygge dårlig mental sundhed. Dette kan medføre, at individet ikke får den nødvendige hjælp, da individet eventuelt udsættes for behandlingsmetoder frem for støttende forebyggelse. En yderligere utilsigtet konsekvens ved den manglende definition er, at sygeliggørelsen af individet med dårlig mental sundhed kan blive opfattet som afviger og en trussel mod samfundet, da mental sygdom ofte opfattes som et brud mod samfundets norm (Goffman 2009). Dette underbygges af Allen og McKenzie (2015), som beskriver, at den manglende definition i højere grad resulterer i, at individer med dårlig mental sundhed stigmatiseres grundet at dårlig mental sundhed ofte sidestilles med psykisk lidelse. Ifølge Corrigan (2004) kan stigmatisering medføre selvstigmatisering samt en følelse af skyld, skam, tab af selvværd og en højere grad af isolation, hvorfor individet i lavere grad opsøger professionel hjælp i form af eksempelvis sundhedsfremmende- og/eller forebyggende tiltag. Følgerne af stigmatisering kan dermed anses at øge individets dårlige mentale sundhed, da stigmatiseringen medfører tab af selvværd og negative mentale følelser.

Hvordan ovenstående utilsigtede konsekvenser kan imødekommes, advokeres i registerstudiet af Keyes (2005), som beskriver, at forholdet mellem god og dårlig mental sundhed ikke er modsatte ender af et kontinuum, men snarere udgør adskilte men korrelerede akser. Individet kan eksempelvis føle sig ængsteligt, bekymret og/eller deprimeret men stadig befinde sig i en tilstand, som hverken er god mental sundhed, men heller ikke en psykisk lidelse - individet er et sted midt imellem disse to tilstande. Ved at definere dårlig mental sundhed som et mellemstadium i dette *mentale sundhedskontinuum*, kunne de utilsigtede konsekvenser i form af sygeliggørelse og stigmatisering mindskes. Dette speciale vil derfor fremadrettet forstå dårlig mental sundhed som en tilstand, der lægger sig mellem mental sundhed og en psykisk lidelse. Dermed er dårlig mental sundhed en tilstand, der kan udvikle sig til en psykisk lidelse, men som også kan ændres til god mental sundhed gennem forebyggelse eller sundhedsfremme.

Med udgangspunkt i ovenstående analyse, er det tydeliggjort, at social ulighed i dårlig mental sundhed er stigende, har individuelle og samfundsmæssige konsekvenser, og er ulige fordelt på flere parametre. I FMS12 fremgår der en manglende fokus på de individuelle konsekvenser, kausalitet mellem dårlig mental sundhed og visse væsentlige livsstilsfaktorer. Endvidere fremgår der en manglende

definition af dårlig mental sundhed, som kan have den konsekvens, at individer sygeliggøres og stigmatiseres. Dette kan medføre fejlmedicinering og forværring af den dårlige mentale sundhed hos individet, grundet mindre selvværd, isolering og manglende opsøgning af hjælp. Denne problematik forstærkes yderligere af, at social ulighed i dårlig mental sundhed vurderes at være en kompleks problemstilling, og kan påvirkes af flere forskellige determinanter og kausaliteter. Komplexiteten ved de underliggende faktorer for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, vil i det følgende blive analyseret.

2.3 Social ulighed i dårlig mental sundhed - et komplekst problem

Problemanalysen har vist, at udvikling af dårlig mental sundhed påvirkes af flere forskellige underliggende psykologiske-, biologiske-, sociale-, miljømæssige- og samfundsmæssige faktorer, som finder sted på både det individuelle, sociale og strukturelle niveau. Derfor vil der i dette afsnit blive analyseret og nuanceret, hvilke underliggende faktorer der influerer på social ulighed i dårlig mental sundhed, på hvilke niveauer, samt hvilket samspil der er mellem disse. Der vil blive taget udgangspunkt i en økologisk model af Sallis et al. (2008) hvilket vil danne grundlag for den fremadrettede problemanalyses strukturelle opbygning. Denne model og teori er valgt, da de skaber overblik og indsigt i, hvordan individet påvirkes af flere underliggende faktorer inden for flere niveauer. Der er fem interagerende niveauer i Sallis (2008) model; *det samfundsmæssige, politiske, organisatoriske interpersonelle og intrapersonelle* niveau, der kan afgøre udfaldet for den enkeltes mentale sundhed. Modellens opbygning tager udgangspunkt i, at de distale, samfunds-, politiske og organisatoriske niveauer analyseres først, og herefter de proksimale, inter- og intrapersonelle niveauer. Argumentet herfor er, at det systematiske review af Naylor et al. (2010) konkluderer, at sundhedsstrategier op til i dag hovedsageligt har fokuseret på de proksimale faktorer, men at der er et behov for også at tage højde for de distale faktorer, hvis en effektiv strategi mod social ulighed i sundhed skal reduceres. Ifølge epidemiolog Bruce Link og sociolog Jo Phelan (1995), er de proksimale faktorer kendetegnet ved de subjektive risikofaktorer der ligger tæt på helbredsudfaldet såsom livsstil hvorimod de distale faktorer er kendetegnet ved de fundamentale årsager, herunder samfundet, politik, nærmiljø, socio-økonomisk status og sociale netværk.

2.3.1 Bidrager konkurrencestatens idealer på det samfundsmæssige- og politiske niveau til social ulighed i dårlig mental sundhed?

Det samfundsmæssige- og politiske niveau er ifølge Sallis (2008) de kulturer, normer og ideologier som et samfund er opbygget af. Det danske samfund har, ifølge politolog og professor Ove Kaj Pedersen (2011), i sammenhæng med den økonomiske krise i 2006 gennemgået politiske-, økonomiske- og kulturelle ændringer, for at opnå en ny global opbygning. Disse ændringer indebar at gøre institutioner komplementære til at opnå komparative fordele og velstand i den globale konkurrence, gennem øgning af effektivitet, udvikling og et højt arbejdsniveau i politiske, økonomiske og kulturelle institutioner, for at opnå samfundsøkonomisk succes. Denne ændring på det samfundsmæssige niveau refererer Kaj Pedersen til som *konkurrencestaten* (Pedersen 2011).

Sociolog Anders Petersen beskriver det mentale pres, konkurrencestaten har medført. Mentaliteten i konkurrencestaten er, at individet skal opdrages og formes til at udfylde rollen som repræsentanter for konkurrencestatens logik; at individet forventes at besidde sunde legemer for at være effektivt, produktivt og i vedvarende udvikling, for at leve op til samfundets norm (Petersen 2016, s 56). Som beskrevet i 2.2.3: *Definitionen af social ulighed i sundhed* defineres lav SES som gruppen af individer, som i lavere grad besidder uddannelsesmæssige, økonomiske og sociale ressourcer. Disse individer kan dermed have sværere ved at leve op til samfundets norm og forventning om effektivisering, produktivitet og konstant udvikling. Derfor kan en utilsigtet konsekvens ved konkurrencestaten mentalitet være, at denne bidrager til øgningen i social ulighed i dårlig mental sundhed, da samfundets forventning og pres i højere grad forværrer individer med lav SES' mentale sundhed.

Konkurrencestaten har sine grundværdier fra den neoliberalistiske ideologi, hvor frihed, individualisering, selvbestemmelse og autonomi er centralt (Pedersen 2011). Menneskesynet bag den neoliberalistiske ideologi er, at individet er et rationelt væsen, der kun kan være frit, hvis det får mulighed for at følge sine egne behov og interesser, og som ikke kan anses som bundet af sociale baggrunde eller sammenhænge (Vallgård 2014). Som Pedersen (2011) skriver:

"Offentlige ressourcer rettes mod at forebygge arbejdsløshed gennem uddannelse og at forebygge sygdom gennem sundhedskampagner. Samtidig bliver den enkelte gjort medansvarlig for, at arbejdsløshed indtræder, at sygdom rammer, og at der i det hele taget indtræder sociale begivenheder, der lægger begrænsninger på vedkommendes tilknytning til og ståen til rådighed for arbejdsmarkedet." (Pedersen 2011 s. 284).

Ud fra dette citat fremstår menneskesynet i den neoliberalistiske konkurrencestat, som værende at mennesket er medansvarligt for egen sygdom, egen arbejdsstatus og sågar medansvarligt for, at der kan indtræde sociale begivenheder, der kan begrænse menneskets rådighed (Pedersen 2011). Dette menneskesyn kan fremstå vagt og urealistisk, ud fra argumentationen om at individer med lav SES i mindre grad besidder de ressourcer, der skal til for at leve op til samfundets ideal, hvorfor individet ikke kan anses at være frit for sociale baggrunde eller sammenhænge. Endvidere reagerer individer med lav SES i mindre grad på individrettede tiltag og benytter færre mentale sundhedstilbud end individer med høj SES (Drukker et al. 2007; Vallgård et al. 2014), hvorfor individet ikke nødvendigvis kan anses, at være et rationelt væsen, der kan styres gennem sundhedsvæsenets metoder.

Yderligere kan den neoliberale ideologi anses at lægge sig op ad det fundamentalistiske sundhedssyn, da dette syn, ifølge filosof Rasmus Bysted Møller (2009), har et snævert, objektivt og biomedicinsk syn på sundhed, hvor årsagerne bag sygdom kan pålægges individets uhensigtsmæssige livsstil, som derfor må styres gennem sundhedsvæsenets redskaber. I modsætning til dette har sundhedsrelativismen et bredt sundhedssyn, der anser sundhed som frigjort fra den nære relation til kroppens fysik, og i højere grad anerkender det hele menneske, og dennes egen definition af sundhed (Møller 2009). Det fundamentalistiske sundhedssyn kan dog ses som nødvendigt at inddrage, da et udelukkende udgangspunkt i det sundhedsrelativistiske syn medfører, at sundhedsdefinitionen bliver nærmest tomt og uanvendeligt i praksis (Møller 2009). Dog kan et udelukkende sundhedsfundamentalistiske udgangspunkt ligeledes medføre et snævert syn på individets mentale sundhedstilstand, da dette sundhedssyn reducerer rammerne for, hvordan mental sundhed, og dårlig mental sundhed, defineres. Dette kan resultere i at skærpe samfundets- og individets forståelser og relationer til mental sundhed, som begrænses til at være, hvordan eksempelvis Sundhedsstyrelsen forstår denne tilstand. Som beskrevet i reviewet af Allmark (2006) har individer forskellige opfattelser af, hvad sundhed er, hvorfor forståelsen af forskellige sundhedstilstande kan være kompleks. På den baggrund kan det anses som nødvendigt, at der er en balance mellem individernes divergerende forståelser samt eksperters objektive viden, hvilket den neoliberale ideologi ikke lægger op til.

Et samfund der er bygget på den neoliberalistiske tankegang, kan ud fra ovenstående vurderes at være et omsorgssvigtede samfund, som sætter individernes frihed højere, end at hjælpe og støtte de svage, og dermed øger social ulighed. Det kan derfor udledes, at de individer, som har besværligheder ved at efterleve idealet, ikke får den politiske hjælp og støtte der skal til, for at leve op til dette

ideal, men i stedet får pålagt sig ansvaret for disse besværligheder. I forlængelse af det pres konkurrencesamfundet lægger på individet, vil den manglende politiske hjælp og støtte, og den store ansvarspålæggelse, kunne påvirke disse individers mentale sundhed i en negativ retning, samt øge den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Dermed kan den neoliberale tankegang i dansk sundhedspolitik, i samspillet med konkurrencestaten, være en underliggende faktor og forklaring på, hvorfor den sociale ulighed i dårlig mental sundhed stiger. Konkurrencestatens ideologi er ligeledes gennemgående i de offentlige institutioners reform og menneskesyn, som yderligere påvirker den sociale ulighed på det organisatoriske niveau.

2.3.2 Øger det organisatoriske niveau social ulighed i dårlig mental sundhed?

Ifølge Sallis et al. (2008) er det organisatoriske niveau de offentlige institutioner og organisationer, der lægger rammen for styringen af bestemte samfundsemner. Dette er eksempelvis det offentlige arbejdsmarked og Sundhedsstyrelsen, der som organisation har ansvaret for styringen af den danske folkesundhed. Disse kan ligeledes ses at være et led i statens konkurrence, som det vil blive analyseret i det følgende.

Petersen (2016) fremhæver, at tilhængere til konkurrencestaten mener, at samfundet må tilpasse sig konkurrencestatens tilbliven, på trods af en viden om de negative konsekvenser konkurrencestaten kan medføre, herunder øget forekomst af stress og depression. Samfundet må ifølge tilhængerne, indrette sig gennem effektivisering og organisering på arbejdspladserne gennem NPM og stresshåndtering i skolerne, for at reducere de negative konsekvenser mest muligt, frem for at ændre på de krav, der nedbryder individets mentale sundhed (Petersen 2016). Dermed ses der i konkurrencestaten et ønske om at gøre individet i stand til, selv at håndtere presset fra samfundet, via stresshåndtering, frem for at rette op på de underliggende faktorer bag udviklingen af den dårlige mentale sundhed; konkurrencesamfundets mentalitet og opbygning. Endvidere er det blevet analyseret, at individer med lav SES ikke har de ressourcer der skal til for at kunne håndtere dette samfundspres, hvorfor det i højere grad går ud over disses mentale sundhed. Dette medfører, at individer med lav SES, i højere grad skelnes som dem, der ikke er til rådighed på arbejdsmarkedet, hvilket underbygges af NPM. NPM beskriver, at individet har en arbejdspligt der befordres gennem pædagogisk motivering, administrativ kontrol og økonomiske incitamenter. Således lægger begrebet op til, at der opstår en hårfin skelnen mellem dem som er i arbejde, dem som er til rådighed og dem som ikke er til rådighed for arbejdsmarkedet (Pedersen 2011). Denne skelnen kan ydermere forstærke de utilsigtede

konsekvenser ved den manglende definition af dårlig mental sundhed; sygeliggørelse og stigmatisering. Som Petersen skriver: “(...) *tidens forventninger og krav - forestillingen om det ideelle individ - er med til at udskille dem* [diagnosticere med depression], *der ikke kan leve op til idealet eller honorere forventningerne* (...) (Petersen 2016 s. 125). Dermed kan de individer, som ikke kan leve op til samfundets forventninger om at være tilgængelige og effektive på arbejdsmarkedet, blive diagnosticerede med en psykisk sygdom, og vil på den måde blive udskilt fra den ‘ideelle’ del af befolkningen, som kan leve op til normen. Da det i højere grad er individer med lav SES, der mangler ressourcerne til at leve op til disse samfunds krav, kan disse i højere grad kan blive diagnosticeret med psykisk sygdom.

Menneskesynet og betragtningen om at individet er hovedansvarligt for sin egen tilstand, og skal gøres i stand til at håndtere det mentale pres, samfundet byder det, er dermed med til at øge den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, og dette kommer både til udtryk gennem det samfunds-, politiske- og organisatoriske niveau. I FMS12 fremstilles det organisatoriske niveau som det yderste niveau individet påvirkes af, herunder uddannelses- og arbejdsinstitutioner. FMS12 har ligeledes stresshåndtering og produktivitet som fokuspunkter, da disse, jævnfør afsnit 2.2.4: *Definitionen af dårlig mental sundhed og problematikken bag* er centrale elementer i WHO's definition af mental sundhed, som FMS12 tager udgangspunkt i. Endvidere anbefales der i FMS12, at stresshåndtering skal være en del af den lokale arbejds politik (Sundhedsstyrelsen 2012). Sundhedsstyrelsen, som er en offentlig organisation, der ligeledes befinder sig på det organisatoriske niveau, kan dermed, ud fra FMS12, fremanalyseres at være præget af den samfunds- og politiske mentalitet, på samme måde som de offentlige institutioner, hvori der er et overordnet ønske om, at tilpasse individet til konkurrencestatens mentalitet. Det fremstår endvidere, at FMS12 ikke prioriterer at adressere de yderste distale faktorer i deres rådgivning af kommunerne, herunder konkurrencestatens stressende og sygeliggørende mentalitet og den neoliberale, ansvarspåbyggende sundhedspolitik, på trods af, at en adressering af disse yderste distale faktorer fremgår som fundamentale, hvis den sociale ulighed bag sundhed skal reduceres (Naylor et al. 2010, Link & Phelan 1995). Konsekvensen af dette kan være, at kommunerne ligeledes overser de yderste distale faktorer og tilegnes et menneske- og sundhedssyn, som er, at individet hovedsageligt er ansvarligt for sin egen tilstand, og i højere grad skal lære at håndtere samfundets pres gennem stresshåndtering og tilpasning på arbejdsmarkedet, frem for at tage hånd om de fundamentale, underliggende faktorer. FMS12 prioriterer dog at adressere de sociale påvirkninger på dårlig mental sundhed, hvilket kan forklares ud fra, at det sociale netværk har central

betydning for, hvilke proksimale ressourcer individet besidder, i forhold til at kunne håndtere presset fra de distale niveauer, og forblive mentalt sundt. Derfor vil det interpersonelle niveau blive analyseret i næstkommende afsnit.

2.3.3 Øger det interpersonelle niveau social ulighed i dårlig mental sundhed?

Sallis et al. (2008) definerer det interpersonelle niveau, som individets omgangskreds og sociale netværk. Det interpersonelle niveau kan både anses at være en distal og proksimal faktor, da det sociale netværk er tæt forbundet med individet som subjekt, men ikke direkte kan anses at være hverken psykologisk eller fysiologisk. Det interpersonelle niveau vil i dette speciale blive forstået som en proksimal faktor, og vil i det følgende blive analyseret i forhold til problemstillingen.

Ifølge studiet af Thoits (2011) har det gennem de seneste 30 år været veldokumenteret, at det sociale netværk og støtte er forbundet med individets mentale og psykiske helbred. Ifølge Link og Phelan (1995) vil adgangen til sociale relationer have betydning for individets adgang til ressourcer. Disse ressourcer har betydning for, om individet har adgang til at håndtere hverdagen og forblive mentalt sundt. De underliggende faktorer for social ulighed i dårlig mental sundhed, skal dermed i lige så høj grad identificeres hos individets sociale netværk, herunder for eksempel familien, da netværket i løbet af de forskellige livsfaser influerer på de ressourcer, der har betydning for udviklingen og opretholdelsen af dårlig mental sundhed (Galobardes et al. 2007).

Ifølge et review af Kawachi og Berkman (2001) er der flere måder, hvor social deltagelse, kan have effekt på den mentale sundhed. I reviewet beskrives det, at små sociale netværk, færre tætte forhold og mindre social støtte er associeret med depressive symptomer. Hvilken betydning dette har for den sociale ulighed i dårlig mentale sundhed beskrives af sociolog Rikke Lund (2011), som konkluderer, at uddannelsesmæssig status kan influere på den mentale sundhed, da højere uddannelsesniveau og højere indkomst er associeret med større netværk og færre belastende relationer. Det er derfor muligt, at den socioøkonomiske status kan være en effektmodifikator af sammenhængen mellem sociale relationer og den mentale sundhed, da adgang til et netværk der indeholder individer med høj SES øger sandsynligheden for, selv at stige til en højere status (Ibid.), og dermed få flere ressourcer til at fastholde en god mental sundhed. Dog kan individets udvikling og opvækst påvirke, hvilke ressourcer individet har senere i livet, da sociale fordele eller ulemper i opvæksten, kan påvirke individets SES senere i livet (Vallgård et al. 2014). Disse påvirkninger kan være både strukturelle, økonomiske eller

sociale, og kan komme fra både familien og skolen, som dermed påvirker mulighederne for børnenes udvikling og hertil deres tilgang arbejdsmarkedet samt sociale- og økonomiske ressourcer (Ibid.). Der ses på baggrund heraf at børn kan påvirkes gennem både de familiære og arvemæssige forhold, ligesom politikker eller andre indsatser i eksempelvis skoleøjemed kan påvirke børns udvikling. Sociale forhold kan derfor påvirke børn, unge, og voksne på en direkte eller indirekte måde, hvilket blandt andet kan medføre lavere SES, og dermed færre ressourcer til at fastholde en god mental sundhed.

Sociale relationer og disses betydning for den mentale sundhed kan på baggrund af ovenstående betragtes som en interpersonel determinant, hvor både familieforhold, det sociale netværk og social støtte har betydning for individets mentale sundhed. Dette kan være en forklaring på, hvorfor FMS12 hovedsageligt prioriterer individets sociale netværk som faktorer, der påvirker den mentale sundhed i en negativ retning. FMS12 anbefaler eksempelvis, at kommunerne prioriterer indsatser der har til formål at uddanne førstegangsførelse og sårbare familier, forebygge mobning, opbygge sociale fællesskaber og -netværk samt opbygge tilhørsforhold og tillid til fællesskabet for både børn og voksne (Sundhedsstyrelsen 2012). Ved at have analyseret, hvordan niveauerne rundt om individet kan øge den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, vil der i det følgende blive analyseret hvordan individets personlige ressourcer kan have betydning for udviklingen af dårlig mental sundhed, med udgangspunkt i niveauernes påvirkning.

2.3.4 Hvordan har det intrapersonelle niveau betydning for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed?

Det interpersonelle niveau er psykologiske og fysiologiske forhold, hvorunder personlige kompetencer, selvværd, livsstil og fysisk helbred indgår. I sammenhæng med personlige kompetencer, fremgår det i studiet af Van Der Heide et al. (2016), at gruppen af individer med kort uddannelse, lavere indkomst og uden for beskæftigelse i lavere grad besidder *health literacy*. Health literacy er de personlige og kognitive færdigheder, der er afgørende for, at individet kan forstå, sortere og reagere på sundhedsrelateret information, til at fremme og opretholde optimal fysisk og mental sundhed (Don 2000). Studiet af Verweij og van den Hoven (2012), argumenterer for, at mange valgmuligheder i sammenspil med stor valgfrihed kan bidrage til, at den enkelte ikke kan træffe de livsstilsvalg, der er til fordel for egen sundhed. Derfor kan denne gruppe konkluderes som værende mest disponeret for at bruge sin neoliberalistiske frihed til at vælge en uhensigtsmæssig livsstil, frem for de anbefalinger forevist af sundhedseksperter. Både individer med lav SES og individer med dårlig mental sundhed har oftere en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, herunder højt forbrug af cigaretter, de er

overvægtige, har næringsfattige kostvaner samt i højere grad er fysisk inaktive (Hoang et al. 2019, Salmon et al. 2018, Leslie et al. 2011, Plurphanswat et al. 2017). Disse livsstilsvalg forklarer omkring halvdelen af forskellen mellem individer med dårlig mental sundhed og individer med god mental sundhed i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2016b). Herved kan health literacy betragtes som værende en determinant for dårlig mental sundhed på det intrapersonelle niveau, hvilket ligeledes kan øge den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. FMS12 tager ligeledes højde for, at individet skal øge sine kompetencer, viden, færdigheder og hverdagshåndtering i forhold til mental sundhed, dog i et begrænset omfang. Således anerkender FMS12 kun i et begrænset omfang, at individer har forskellige niveauer af personlige og kognitive færdigheder, som skal styrkes for at reducere den sociale ulighed i dårlig mental sundhed.

Gennem analyse på baggrund af Sallis økologiske model, træder kompleksiteten bag social ulighed i dårlig mental sundhed klarere frem. Udviklingen af social ulighed i dårlig mental sundhed hos individet, påvirkes af flere forskellige årsager, på flere forskellige niveauer. Samfundets-, politikernes- og organisationernes menneske- og sundhedssyn, som lægger sig tæt op ad konkurrencestatens værdier, lægger et stort pres på individet. Befolkningsgruppen med lav SES, har i mindre grad de sociale netværk, de ressourcer og det overskud der skal til, for at kunne følge med i denne samfundsudvikling. På trods af at samfundet kan anses at kende til underliggende faktorer til udviklingen af individets dårlige mentale sundhed, pålægges ansvaret hovedsageligt på individet selv, gennem den fundamentalistiske, neoliberale sundhedspolitik. Dette er problematisk, da det lægger op til, at det er proksimale faktorer der prioriteres, når social ulighed i dårlig mental sundhed skal forebygges, samt at individet med dårlig mental sundhed i højere grad sygeliggøres og stigmatiseres. Endvidere kan der ikke lokaliseres en definition af dårlig mental sundhed, hvilket medfører, at dårlig mental sundhed ofte side-stilles som en decideret psykisk lidelse, hvorfor dårlig mental sundhed kan være svær at genkende og rumme, uden at dette medfører konsekvenser såsom sygeliggørelse og stigmatisering.

2.4 Problemafgrensning

Gennem problemanalysen er det blevet belyst og kritisk analyseret, at mere end hver tiende dansker har dårlig mental sundhed, og at tallet er stigende og ulige fordelt, samt at dette kan have konsekvenser på både samfunds-, - og individniveau. Endvidere forekommer der en social ulighed i dårlig mental sundhed inden for flere parametre. Derfor er det i et folkesundhedsmæssigt perspektiv vigtigt, hvordan uligheden i dårlig mental sundhed kan forebygges. Gennem problemanalysen blev det tydeligt, hvilke faktorer der har betydning for social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS12, samt FMS12s menneske- og sundhedssyn. FMS12 har en central rolle for sundhedsfremme og forebyggelse af mental sundhed i kommunerne, og da dette stadig er et stigende problem, kan det betvivles om Sundhedsstyrelsens vejledning har været tilstrækkelig. Den manglende definition af dårlig mental sundhed gør, at korrelationen mellem mental sundhed og dårlig mental sundhed er et komplekst sammenspil, og ikke lader sig klart afgrænse. For at ændre dette faktum, kan det være nødvendigt med et fokus på de påvirkninger der finder sted fra de yderste distale niveauer.

Dette speciales fokusområde afgrænses til anden generation af Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 (FMS18), til videre problembearbejdning omhandlende social ulighed i dårlig mental sundhed. Med den seneste generation af forebyggelsespakken, er det væsentligt at undersøge, hvordan denne definerer og adresserer social ulighed i dårlig mental sundhed, hvorledes denne rådgiver kommunerne i arbejdet med forebyggelsen af dårlig mental sundhed, og hvilket menneske- og sundhedssyn den giver udtryk for. Dette for at analysere, hvordan FMS18 tager højde for kompleksiteten og seneste evidens for forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed, og hvordan dette kan påvirke kommunernes forebyggelsesarbejde. Dermed er hensigten at udarbejde et forandringsforslag til, hvordan social ulighed i dårlig mental sundhed kan reduceres.

3. Formål

Formålet med specialet er at udlede hvorledes Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018 definerer og adresserer social ulighed i dårlig mental sundhed, samt rådgiver kommunerne i arbejdet med forebyggelsen af mental- og dårlig mental sundhed. Dette skal bidrage til forandring af FMS18, for således at mulige utilsigtede konsekvenser minimeres og den sociale ulighed i dårlig mental sundhed reduceres.

4. Problemformulering

Hvordan adresseres forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18 og hvordan kan en viden om kommunernes arbejde og erfaring med FMS18, sammen med evidensbaseret viden om forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed, bidrage til et forandringsforslag af FMS18, med henblik på at reducere den sociale ulighed i dårlig mental sundhed?

4.1 Underspørgsmål

1. Hvilken eksisterende evidens foreligger inden for forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed?
2. Hvordan adresseres forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18 og hvilken forståelsesramme, herunder menneske- og sundhedssyn, kan dette tolkes at udspringe af?
3. Hvordan anvender kommunerne *Forebyggelsespakke - Mental Sundhed 2018* på det strategiske niveau, samt hvilke muligheder og begrænsninger erfares der på disse niveauer i forhold til redueringen af social ulighed i dårlig mental sundhed?

Det første underspørgsmål vil blive besvaret gennem en systematisk litteratursøgning, hvor den seneste evidens indenfor forebyggelsesstrategier af social ulighed i dårlig mental sundhed identificeres. Andet underspørgsmål besvares ved en dokumentanalyse af Forebyggelsespakke – *Mental Sundhed* 2018. Dette for at fremanalysere definitioner, menneske- og sundhedssyn, samt forståelser af social ulighed i dårlig mental sundhed. Det tredje underspørgsmål bliver besvaret via semistrukturerede interviews med medarbejdere på det strategiske niveau i to kommuner. Besvarelsen af de tre underspørgsmål skal lede til en samlet besvarelse af specialets problemformulering, og således bidrage til forandringsforslag af FMS18.

~ Del 2 ~

Videnskabsteori og metode

5. Videnskabsteoretisk referenceramme

For at kunne anvende samt begrunde valg af metoder til specialets problemformulering, er det nødvendigt at tage stilling til forskningsparadigmer (Launsø et al. 2017). Forskningsparadigmer er et domæne der sætter rammerne for, hvordan viden kan genereres, og som besvarer spørgsmålene om ontologi og epistemologi - hvad virkeligheden er, hvordan denne virkelighed kan erkendes, med paradigmet som det overordnede begreb (Darmer et al. 2010). I det følgende vil det blive beskrevet, på hvilken måde problemformuleringen bestemmer det anvendte forskningsparadigme, og hvilke ontologiske- og epistemologiske positioner specialet således tager udgangspunkt i.

5.1 Forskningsparadigmer

Videnskabsteoriens betydning for valg af metoder, til at skabe data i genereringen af ny viden, må retfærdiggøres ved, at specialets problemformulering er styrende for, hvilket forskningsparadigme der tages afsæt i.

Det første underspørgsmål i problemformuleringen, kan besvares ud fra både det empirisk-analytiske og fortolkningsvidenskabelige paradigme:

Hvilken eksisterende evidens foreligger inden for forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed?

At finde eksisterende evidens for, hvad der fungerer i forhold til forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed, kræver en form for værdineutralitet, da det ønskes at finde den nyeste og mest pålidelige evidens, der tager afsæt i at af- eller bekræfte associationer i empiriske iagttagelser, på en systematisk måde. Det empirisk-analytiske paradigme afspejler disse grundantagelser, herunder at analysere empiri på en objektiv og struktureret måde (Launsø et al. 2017), hvorfor dette paradigme lægger rammen for besvarelsen af første underspørgsmål. Dog kan det fundne evidens være subjektive meninger, som kræver indlevelse, forståelse og fortolkning, hvilket må besvares ud fra det fortolkningsanalytiske paradigme. Specialets overordnede problemformulering afspejler ligeledes det fortolkningsvidenskabelige forskningsparadigme, da der ønskes en forståelse af, hvilke konsekvenser der kan opstå på baggrund af det perspektivvalg, som italesættelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18 udspringer af. Dette da det fortolkningsvidenskabelige forskningsparadigme har en

grundantagelse om, at viden er socialt konstrueret, og konteksten dermed indgår som en del af erkendelsen (Launsø et al. 2017). Erkendelsen sker gennem forståelse, indlevelse og fortolkning af sociale fænomener - gennem meningstilskrivning, hvorfor italesættelser, erfaringer og meninger er selve datakilden (Ibid.). Derfor vil det fortolkningsvidenskabelige paradigme sætte rammen for at besvare specialets andet og tredje underspørgsmål, hvoraf andet underspørgsmål lyder:

Hvordan adresseres forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18 og hvilken forståelsesramme, herunder menneske- og sundhedssyn, kan dette tolkes at udspringe af?

Det fortolkningsvidenskabelige opstiller grundantagelserne for, at underspørgsmålet besvares ved aktivt at bruge egne subjektive erkendelser og forståelser. Endvidere opsættes rammen for, at underspørgsmålet besvares ud fra den kontekst FMS18 er skrevet under, for således at vurdere, hvilken forståelsesramme Sundhedsstyrelsen tager udgangspunkt i, når de adresserer og argumenterer for forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed. Dette fordrer til en kritisk analyse af FMS18s prioriteringer, påstande og argumenter i forhold til konkurrencesamfundet, den neoliberalistiske ideologi og menneske- og sundhedssynet. Endvidere udgør det fortolkningsvidenskabelige forskningsparadigme rammen for besvarelsen af specialets tredje underspørgsmål:

Hvordan anvender kommunerne Forebyggelsespakke - Mental Sundhed 2018 på det strategiske niveau, samt hvilke muligheder og begrænsninger erfares der på disse niveauer i forhold til redueringen af social ulighed i dårlig mental sundhed?

Det tredje underspørgsmål besvares ud fra en sproglig interaktion mellem specialegruppen og ansatte på strategiske niveau i kommunen. Derfor er det fortolkningsvidenskabelige paradigme ligeledes rammen for besvarelsen af denne, da viden skal genereres gennem den sproglige interaktion, gennem indlevelse, forståelse og fortolkning af informanternes subjektive mening. Paradigmet besvarer spørgsmålene om ontologi og epistemologi (Darmer et al. 2010), hvilket vil blive beskrevet i det følgende.

5.2 Specialets ontologiske- og epistemologiske udgangspunkt

Paradigmet og specialets problemformulering afspejler den ustabile ontologi. Dette grundet at indenfor den ustabile ontologi forstås virkeligheden som konstrueret, og dermed forstås virkeligheden

foranderlig, i sammenhæng med den subjektive fortolkning (Darmer et al. 2010). Specialet har en forståelse af, at måden FMS18 adresserer og forstår social ulighed i dårlig mental sundhed, er konstrueret gennem Sundhedsstyrelsens kontekst og baggrund, hvilket ligeledes vil påvirke kommunernes forståelse. Derfor er viden om social ulighed i dårlig mental sundhed ustabil og foranderlig efter konteksten. Således er specialets erkendelse af viden, herunder epistemologi, at det ikke er muligt at opnå en gyldig sandheden om det undersøgte fænomen, da sandheden består og beror på subjektivitet og fortolkningen af denne. En opnåelse af en endegyldig objektiv sandhed, i forhold til hvordan den sociale ulighed i dårlig mental sundhed kan reduceres gennem FMS18 og kommunernes arbejde med denne, kan dermed ikke opnås. Dog kan en viden om FMS18 og kommunernes arbejde med denne, bidrage til en forståelse af, hvad Sundhedsstyrelsen og kommunerne accepterer som sandhed og hvilke mulige konsekvenser der dermed kan opstå af denne forståelse. Dette skal bidrage til en kritisk refleksion over, hvilke forandringer i FMS18, der kunne bidrage til en ny forståelse af forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed i kommunerne, med henblik på at reducere denne.

5.3 Socialkonstruktivisme

I specialets problembearbejdning findes socialkonstruktivismen velegnet som videnskabsteoretisk referenceramme, med den hensigt kritisk at kunne vurdere, hvilken forståelsesramme Sundhedsstyrelsen skildrer i FMS18, og hvordan dette kan påvirke kommunernes forebyggelsesarbejde. Dette vil i det følgende blive uddybet.

Specialet har valgt socialkonstruktivismen som videnskabsteoretisk referenceramme, da det er blevet klart at Sundhedsstyrelsen har udarbejdet FMS18, ud fra en social konstrueret kontekst. Sundhedsstyrelsens forståelse og viden, som kommer til udtryk gennem FMS18, er derfor skabt via en social konstruktion, hvor sproget er med til at forme individets evne til, samt mulighed for at erkende verden. Socialkonstruktivismens grundlæggende antagelse er, at ingen sand viden findes, men tager udgangspunkt i, at fænomener og virkeligheden består af subjektive oplevelser, formet gennem sociale interaktioner og meningsudvekslinger, såsom sprog (Juil & Bransholm 2012). Med udgangspunkt i dette, er erkendelsen at Sundhedsstyrelsens adressering af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18 bliver erkendt og accepteret i samfundet som sandt, på trods af, at denne er skabt gennem sociale interaktioner og processer. Dette da italesættelser og diskurser, ifølge den socialkonstruktivismen, internaliserer sig i samfundet som en sandhed, på trods af at den kan anses som konstrueret

gennem sociale processer (Pedersen 2012). Dermed er erkendelsen, at FMS18s betydning i den meningsudveksling der sker, når de ansatte i kommunen læser og fortolker FMS18, at denne vil internalisere og forme deres forståelser og meninger omkring forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed. Derfor kan den forståelsesramme, Sundhedsstyrelsen tillægger forebyggelsen af dårlig mental sundhed i FMS18, forme hvordan forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed foregår i praksis. Endvidere er Sundhedsstyrelsen som en statslig institution højt i hierarkiet inden for Sundhedsvæsenet (Friis 2018), og har derfor en afgørende magt i forhold til den diskurs der tillægges dårlig mental sundhed, hvorfor Sundhedsstyrelsens sandhed kan få en afgørende betydning i forebyggelsesarbejdet omkring dårlig mental sundhed i kommunerne. Med dette udgangspunkt er specialets kritiske analyse væsentlig og aktuel og derfor vil specialegruppen undersøge, hvilket fundament forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed adresseres ud fra, og hvordan disse er præget af, samt præger, konteksten hvori den skrives og læses under. Et socialkonstruktivistisk perspektiv bidrager således til et kritisk syn på forståelsesramme, prioriteringer, påstande og argumenter der adresseres i FMS18s i forhold til konteksten. Det centrale i konstruktivismen er, at forskeren selv er et subjektivt redskab, da viden konstrueres på baggrund af både forskeren og det udforskedes subjektivitet, hvorfor forskeren må sætte sig i datakildens og egen kontekst, og dermed forstå baggrunden for handling, italesættelse og mening (Darmer et al. 2010). Således det vigtigt at eksplicitere undersøgelsens baggrund for erkendelse, herunder fordomme, interesser og baggrund, da dette har betydning for de valg der træffes og den viden der genereres (Ibid.). Derfor vil specialegruppens baggrund for erkendelse blive beskrevet i det følgende.

5.3.1 Specialegruppens baggrund for erkendelse

Grundet specialegruppens folkesundhedsmæssige identitet, bærer fortolkningen af FMS18 og kommunernes arbejde med denne, præg af forskellige sundhedssyn, herunder både det fundamentalistiske og det relativistiske sundhedssyn. Med denne faglighed, bliver social ulighed i dårlig mental sundhed både forstået ud fra samfundsøkonomiske og sygdomsspecifikke perspektiver samt en demografiske inddeling af individer i sociale homogene grupper. Ønsket om at få viden om hvordan social ulighed i dårlig mental sundhed kan forebygges, er med den hensigt at sænke samfundsøkonomiske omkostninger og at øge middellevetiden i befolkningen. Specialegruppen er ligeledes skolet i det relativistiske syn, hvor en forforståelse af social ulighed i dårlig mental sundhed tager afsæt i kompleksitet af individers forskelligheder og behov. Ud fra denne forforståelse fremkommer det som nødvendigt, at

individets egne subjektive meninger og udtalelser medinddrages i forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed, som har til hensigt at give individet et bedre liv. Specialegruppen har ligeledes udviklet en baggrundsviden gennem udarbejdelse af problemanalysen. Herunder er erkendelsen, at det hovedsageligt er samfundsstrukturen og den politiske ideologi der overses i forebyggelsesarbejdet, hvilket anses som medvirkende til at øge den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Endvidere besidder specialegruppen en erkendelse af, at begrebsliggørelsen af dårlig mental sundhed på organisatorisk niveau er uklar, og hovedsageligt sidestilles med en form for mental lidelse, hvorfor forebyggelsesarbejdet kan have den utilsigtede konsekvens, at sygeliggøre og stigmatisere individer med dårlig mental sundhed. Der vil i specialet blive reflekteret over disse erkendelser, da disse har betydning for, hvordan viden genereres.

6. Metode

Specialet vil tage udgangspunkt i metodetriangulering, for således bedre at kunne analysere kompleksiteten bag social ulighed i dårlig mental sundhed. Dette da metodetriangulering muliggør at flere forskellige forskningsmetoder kan supplere hinanden, hvorfor der kan opnås dybere og flertydige forståelser af det undersøgte (Launsø et al. 2017). Herunder anvendes systematisk litteratursøgning, kvalitativ dokumentanalyse, samt kvalitativ interviewundersøgelse. Den systematiske litteratursøgning tager afsæt i en facetsøgning i seks forskellige databaser, dokumentanalysen er på grundlag af FMS18 og endeligt udføres de kvalitative semistrukturerede interviews med udgangspunkt i medarbejdere på det strategiske niveau i to forskellige kommuner. Disse anvendte metoder vil blive udfoldet i de følgende afsnit.

6.1 Evidensgrundlag gennem en systematisk litteratursøgning af første underspørgsmål

Problemanalysen har nuanceret kompleksiteten af de underliggende faktorer i social ulighed i dårlig mental sundhed, og hvordan dette påvirkes på flere niveauer. For at danne et vidensgrundlag vil en systematisk søgning blive inddraget, med det formål at lokalisere, hvilken evidens der foreligger inden for forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed. Dette med henblik på at besvare følgende underspørgsmål:

Hvilken eksisterende evidens foreligger inden for forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed?

I det følgende vil det blive beskrevet, hvorledes indledende søgninger er blevet udarbejdet, som danner grundlag for den viden problemanalysen bygger på. Efterfølgende vil det blive beskrevet, hvordan den systematiske litteratursøgning er udført.

6.1.1 Indledende søgninger

I specialets indledende fase blev de indledende søgninger struktureret på baggrund af det initierende problem, hvor der blev søgt i databaserne Embase og PubMed. Her blev søgeordene Mental Health, Social inequality og Health behavior anvendt med det formål at undersøge problemfeltet, samt at identificere nøglebegreber, søge-, og emneord omhandlende mental sundhed, social ulighed og sundhedsadfærd i forhold til mental sundhed generelt.

De indledende søgninger var med til at afdække videnshuller omkring specialets problematik, såsom hvorfor den sociale ulighed i dårlig mental sundhed er stigende, trods Sundhedsstyrelsens opmærksomhed på dette problem. Foruden at søge indledende i databaserne Embase og PubMed, blev der via de identificerede referencer søgt via kædesøgning, hvor referencerne fra de identificerede studier identificerede andre studier, der var anvendelige i forhold til specialet. Disse indledende søgninger bidrog til udarbejdelsen af specialets problemanalyse og problemformulering, hvilket gav inspiration i og viden om mulige emneord samt facetter, der kunne afdække specialets problemformulering.

6.1.2 Søgestrategi

Ifølge Frandsen et al.(2014) skal en systematisk litteratursøgning udføres således, at validitet og reproducerbarhed er centralt, så de samme resultater vil blive genfundet, hvis søgningen bliver gentaget efterfølgende, og for at sikre et holdbart beslutningsgrundlag. På baggrund af dette vil det følgende afsnit beskrive specialets systematiske litteratursøgning, for at skabe validitet, reproducerbarhed og transparens. Endvidere er den metodiske fremgangsmåde, og de valg der er truffet i forbindelse hermed, uddybet i bilag 1: *Søgebilag*.

Specialets første underspørgsmål har dannet baggrund for udarbejdelsen af den systematiske litteratursøgning. I første fase af søgningen blev der opstillet en søgestrategi, som tog udgangspunkt i en facetsøgning, hvor hver facet var definerede kernebegreber, der indgik i specialets problemstilling.

Facetterne blev dermed bearbejdet ud fra formålet; at afdække evidensen i forhold til forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed, og hvordan denne evidens kunne bidrage til forandringsforslag. At opbygge søgestrategien ud fra en facetsøgning er medvirkede til, at der skabes ensartethed i søgningen på tværs af databaserne (Buus et al. 2008). Ud fra dette blev der etableret tre facetter, som ses i nedenstående tabel 1.

Facet 1	Facet 2	Facet 3
Social ulighed	Dårlig mental sundhed	Forebyggelsesstrategier

Tabel 1: Standard opstilling af specialets facetter

Første- og anden facet - social ulighed og dårlig mental sundhed - blev udvalgt på baggrund af, at disse begreber indgik direkte i specialets problemstilling. Tredje facet - forebyggelsesstrategier - blev udvalgt for at undersøge, hvordan forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed kan forekomme ud fra forskellige strategier. En kombination af disse tre facetter bidrog til evidensbaserede forslag til forandring af FMS18. I hver facet indgik kontrollerede emneord. Ifølge Frandsen et al.(2017) har de fleste databaser klarlagt de kontrollerede emneord. Derfor var anvendelsen af kontrollerede emneord i søgningerne, i specialet, anvendt for at præcisere søgningen, og på den måde at få litteratur der var relevant i forhold til problemstillingen. Foruden de kontrollerede emneord, var der for hver facet anvendt fritekstord, hvor det blev vurderet at databasens kontrollerede emneord ikke afdækkede specialets problemstilling fyldestgørende. Ifølge Buus et al. (2008), medfører fritekstord at søgningen udvides, da eventuelle andre betydninger og stavemåder inkluderes i den endelige systematiske litteratursøgning, hvorfor flere mulige relevante referencer kan identificeres. Ved anvendelsen af fritekstord blev søgefunktionen title/abstract [ti/ab] eller abstract [ab] anvendt i databaser hvor det var muligt. Dette for at præcisere søgningen og sikre udelukkelse af unødvendig 'støj'. Ydermere blev der ved anvendelsen af fritekstord anvendt trunkering og frasesøgning. Frasesøgningen sikrer, at ordet bliver søgt i den ønskede rækkefølge, og trunkeringen gør at alle søgeordets endelser inddrages (Buus et al. 2008). I PubMed blev disse funktioner blandt andet anvendt ved begrebet "*Social inequalit**"[ti/ab]. Funktionerne blev anvendt med henblik på at udvide og indsnævre søgningen således, at kun relevante resultater blev vist. Endeligt skulle funktionen [ti/ab] sikre, at ordet "*Social inequalit**" skulle være i studiets titel eller abstract. Dette kan ses i bilag 1: *Søgestrategi*.

Som en del af sidste fase i facetsøgningen blev boolske operatorer, som anvendes til at kombinere de enkelte facetter og facetterne imellem, inddraget. Den boolske operator OR blev anvendt på langs af facetter. Dette da anvendelsen af OR kan udvide søgningen ved at kombinere de kontrollerede emne- og eventuelle fritestord inden for samme facet (Buus et al. 2008). Den boolske operator AND blev brugt på tværs af facetterne. Anvendelsen af AND er med til at indsnævre søgningen (Ibid.).

6.1.3 Valg af databaser

Til udførelsen af den systematiske litteratursøgning, blev der søgt i seks databaser, da disse samlet set kunne bidrage med litteratur til besvarelsen af underspørgsmålet ud fra et holistisk perspektiv. Embase og PubMed blev valgt, da disse er databaser, der indeholder litteratur inden for sygdom, medicin og sundhed (Elsevir 2019, Canese & Weis 2013), hvilket er relevant i forhold til problemstillingen om dårlig mental sundhed. Endvidere bidrog Embase med europæisk litteratur (Elsevir 2019), hvorfor studier fra denne database kan have større overførbare til dansk kontekst, hvori FMS18 har sin baggrund.

For yderligere at inddrage litteratur med et sundhedsvidenskabeligt fokus blev CINAHL inddraget. Denne database har et større udvalg af kvalitativ forskning (EBSCO 2018), hvilket kunne bidrage med at belyse specialets problemstilling ud fra et mere kvalitativt perspektiv, som yderligere kunne nuancere problemstillingen. Sociological Abstracts blev medtaget, da databasen kunne bidrage med kvalitative studier både inden for det sociologiske og adfærdsmæssige område (ProQuest 2019). Denne database blev anset som relevant, da den kunne bidrage til belyse, hvorledes forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed adresseres i den videnskabelige litteratur fra et mere sociologisk og samfunds-fagligt perspektiv. PsycInfo blev inddraget, da databasen kunne bidrage med yderligere nuancering af problemstillingen, grundet indholdet af studier med fokus på det psykologiske område (Buus et al. 2008). Yderligere blev der søgt efter relevante reviews og metaanalyser gennem Cochrane Library. Denne database er den førende udbyder af reviews inden for blandt andet sundhedsvidenskab (Wiley John; Sons 2019), hvorfor den ses relevant at inddrage i den systematiske litteratursøgning.

Grundet databasernes divergerende indhold af kontrollerede emneord, var det nødvendigt at bruge forskellige kontrollerede emneord samt fritestord på tværs af databaserne, da visse kontrollerede emneord i en database ikke er kontrollerede emneord i en anden. Dette kunne medføre, at indholdet

i facetterne på tværs af databaserne blev forskellige, og at studier dermed ikke blev fundet på et systematisk grundlag på tværs af databaserne. Dog bidrog den systematiske søgestrategi samt synonymisering af emne- og fritekstord på tværs af databaserne til, at facetterne på trods af forskellighed indholdsmæssigt lignede hinanden. Eksempler på disse forskellige kontrollerede emneord mellem databaserne er *Social Inequality*, som i Sociological Abstracts er et kontrolleret emneord, men som i Embase er et såkaldt Candidate Term. Candidate term angiver, at de kontrollerede emneord på nuværende tidspunkt ikke er indekseret som kontrollerede emneord, men er kandidater til at blive det (Elsevir 2019).

Tredje facet af søgestrategien er opbygget anderledes end facet et og to, da denne indeholder emne- og fritekstord som ikke nødvendigvis er synonyme for hinanden. Disse ord dækker over forebyggelsesstrategier som et fænomen, hvorfor facetten indeholder varierende ord, som ikke er skabt ud fra synonymisering, men i stedet ud fra strategier som kan bidrage til reducere af den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. *Health Literacy* og *Government Regulation* er ikke synonyme, men dækker begge over forebyggelsesstrategier som fænomen, da begge kontrollerede emneord omhandler litteratur, der kan besvare specialets problemformulering. I tabel 2 nedenfor ses et eksempel på søgestrategien anvendt i databasen Embase.

	Social ulighed	Dårlig mental sundhed	Forebyggelsesstrategier
	AND		
	<u>MeSH, Emtree, Heading, Thesaurus</u>	<u>MeSH, Emtree, Heading, Thesaurus</u>	<u>MeSH, Emtree, Heading, Thesaurus</u>
OR	<u>Candidate</u>	- "Mental health" - "Mental instability" - "Mental overstimulation"	- Policy - "Primary prevention" - "Secondary Prevention" - "Tertiary Prevention" - "Health promotion" exp - "Health Literacy" - "Home Mental Health Care" - "Mental Health Service" - "Government Regulation" - "Law Enforcement" - "Social Control" exp - "Health Care System" exp
	<u>Emtree</u>		
	- "Socioeconomics" exp - "Social class" exp - "Health disparity" exp		
	<u>Fritekst [ti.ab.kw]</u>	<u>Fritekst [ti.ab.kw]</u>	<u>Fritekst [ti.ab.kw]</u>
	- "Social inequal*" - Inequal* - Disparit*	- "Mental health"	

Tabel 2: Eksempel på facetsøgning i Embase

Til evaluering samt vurdering af kvaliteten af søgningen samt kombinationsmulighederne, blev specialets søgninger løbende evalueret, i forsøget på at opnå høj recall. Frandsen et al. (2013) omtaler recall som antallet af relevante referencer fundet i en database, via den valgte søgestrategi - der bliver søgt bredere og søgningen indeholder flere irrelevante referencer, som kan anses som 'støj'. Høj recall blev sikret ved anvendelse af brede søgetermer, såsom *policy*, samt at inddеле søgningen i få facetter, hvilket gør at søgningen indeholder flere referencer. Der blev til specialet vurderet, at høj recall var at foretrække, da flest relevante referencer dermed ville blive fundet, på trods af en høj forekomst af støj. Dermed blev specialets søgninger løbende evalueret og vurderet således, at flest mulige relevante referencer blev prioriteret.

6.1.4 In- og eksklusionskriterier

Som et led i den systematiske litteratursøgning blev der opstillet in- og eksklusionskriterier. Kriterierne er ifølge Hørmann (2015) med til at anskueliggøre og præcisere udvælgelsen, da kriterierne er styrende for, hvilken videnskabelig litteratur der inddrages i besvarelsen af problemformuleringen. På denne baggrund blev der i specialet opstillet kriterier med udgangspunkt i problemformuleringen, for dermed at skabe rammer for en mere præcis udvælgelse af relevante referencer, og derfor en mere præcis besvarelse af specialets problemformulering. I specialets udvælgelsesproces blev de fundne referencer i hver database derfor selekteret med udgangspunkt i de opstillede in- og eksklusionskriterierne, som er illustreret i tabel 3.

Begrundelse

Inklusionskriterier	Studier omhandlende strategier med fokus på social ulighed og/eller mental sundhed og/eller dårlig mental sundhed	Studier omkring specialets problemstilling, omhandlende reducere af social ulighed i dårlig mental sundhed, er inkluderet.
	Studier der er foretaget i vestlige lande	Da der kan forekomme globale kulturforskelle, blev kun studier omhandlende vestlige lande inkluderet, da disse lande ofte er mere sammenlignelige med Danmark.
	Studier som er peer-reviewed	Dette for at sikre studier med høj kvalitet.
	Alle studiedesigns	Alle studiedesigns er inkluderet, da dette kan give et nuanceret indblik i specialets problemstilling.
Eksklusionskriterier	Studier der ikke er udgivet på dansk, norsk, svensk eller engelsk	Grundet specialegruppens sprogkompetencer blev studier på andre sprog ekskluderet.
	Studier der er sygdomsspecifikke (også psykiske lidelser)	Da der i specialet ikke er fokus på reducere af social ulighed i specifikke mentale sygdomme, ekskluderes disse.
	Studier som ikke omhandler social ulighed og/eller mental sundhed og/eller dårlig mental sundhed	Kun studier som omhandler specialets problemstilling, er relevante at inddrage, hvorfor studier omhandlende andet end denne er ekskluderet.
	Afhandlinger og bøger	Dette for at mindske mængden af grå litteratur, som ofte kan have lavere kvalitet end peer-reviewed studier.
	Studier udgivet efter 2006	Med udgangspunkt i konkurrencestaten findes det ikke relevant at inkludere studier udgivet inden 2006, da samfundsmentaliteten har ændret sig siden 2006 (Pedersen, 2011).

Tabel 3: Illustration over in- og eksklusionskriterier til udvælgelsen af litteratur

Specialets udvælgelsesproces tog udgangspunkt i tre faser, hvoraf første fase bestod af en systematisk udvælgelse på baggrund af titel. Anden fase bestod af udvælgelse på baggrund af abstract, hvor dubletter ligeledes blev fjernet, og tredje udvælgelsesfase foregik på baggrund af kritisk læsning af studierne. I første og anden fase blev størstedelen af referencerne ekskluderet på baggrund af, at hverken titel eller abstract fokuserede på mental sundhed og/eller dårlig mental sundhed og/eller social ulighed. Udvalget i første fase foregik ved, at hvert enkelt specialemedlem påtog sig at søge i to databaser, og individuelt udvalgte på baggrund af titel. I anden fase blev de udvalgte studier roteret mellem specialemedlemmerne, så et specialemedlem der ikke havde udvalgt titlen, selekterede baggrund af abstract, hvoraf otte studier blev identificeret. På trods af rotationen af studierne i anden og tredje fase skulle højne den interne validitet, er gruppen bevidst om, at der trods en endelig

udvælgelse i fællesskab stadig er risiko for, at relevante referencer er blevet frasorteret i udvælgelsens første og anden fase. I tredje fase blev studier valgt på baggrund af abstract, gennemlæst af specialegruppen, og gennem en fælles diskussion blev de endelige fire studier udvalgt.

Ved den første søgestrategi, blev der ikke identificeret relevante kvalitative studier, hvorfor en ny søgestrategi blev foretaget. Den nye søgestrategi skulle i højere grad bidrage med nuancering af problemstillingen, ved at give mulighed for at finde kvalitative referencer. Den kvalitativt orienterede søgestrategi er herunder illustreret i tabel 4.

Facet 1	Facet 2	Facet 3
Oplevelser/erfaringer	Dårlig mental sundhed	Kvalitative studier

Tabel 4: Standard facet for den kvalitative litteratursøgning

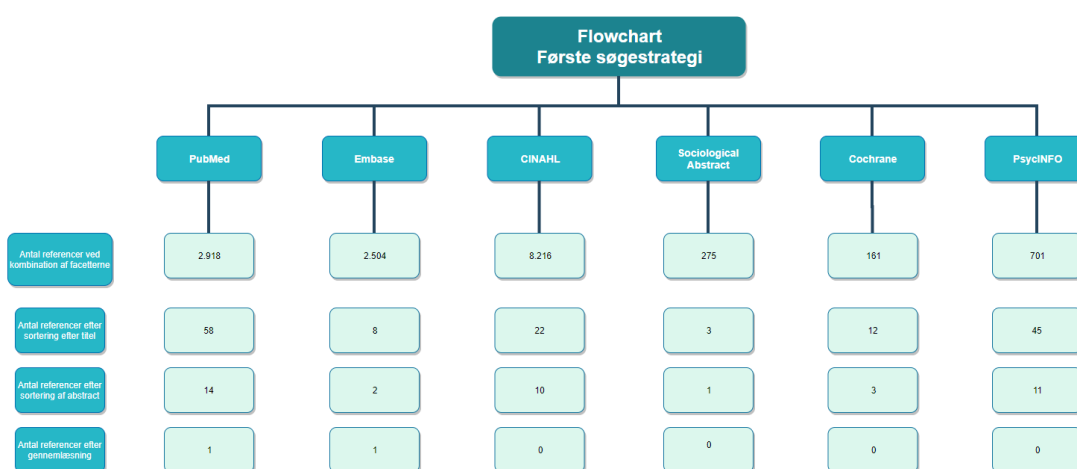
Oprindeligt blev der i den første facet søgt med fokus på social ulighed. Facetten gav dog ikke relevante referencer. Derfor er der i stedet for social ulighed blevet tilføjet oplevelser/erfaring i første facet, hvilket skulle afspejle en søgestrategi med fokus på kvalitativ litteratur. Anden facet indeholder dårlig mental sundhed, mens tredje facet omhandler kvalitative studier, da dette ligeledes afspejler at der søges kvalitativt. Det er kun i CINAHL, at tredje facet er anvendt, da det kun var i denne database, at facetten gav relevante referencer ved dens anvendelse, samt hvor facetten ikke gav for lav recall blandt referencerne. Den kvalitative søgning blev foretaget med tidligere nævnte in- og eksklusionskriterier som vist i tabel 3, ligesom udvælgelsesprocessen foregik på tilsvarende måde som i første søgestrategi. I tabel 5 nedenfor ses en illustration over en søgning i Embase med fokus på kvalitativ litteratur. I denne søgning blev facet tre ikke anvendt, da facetten ikke gav relevante referencer ved anvendelse.

Fritekstsøgning: Titel, abstract	Facet 1 Oplevelser/erfaring	Facet 2 Dårlig mental sundhed	Facet 3 Kvalitative studier
	<u>MeSH:</u> 'experience'/exp	<u>MeSH:</u> "Mental Health" exp	
	<u>Fritekst [ti,ab,kw]:</u> "Perception*" [ti, ab] "Impression*" [ti, ab] "Opinion*" [ti, ab]	<u>Fritekst[ti,ab,kw]:</u> "Mental state*" [ti, ab]	

Tabel 5: Illustration over facetsøgning i Embase med fokus på kvalitativ litteratur

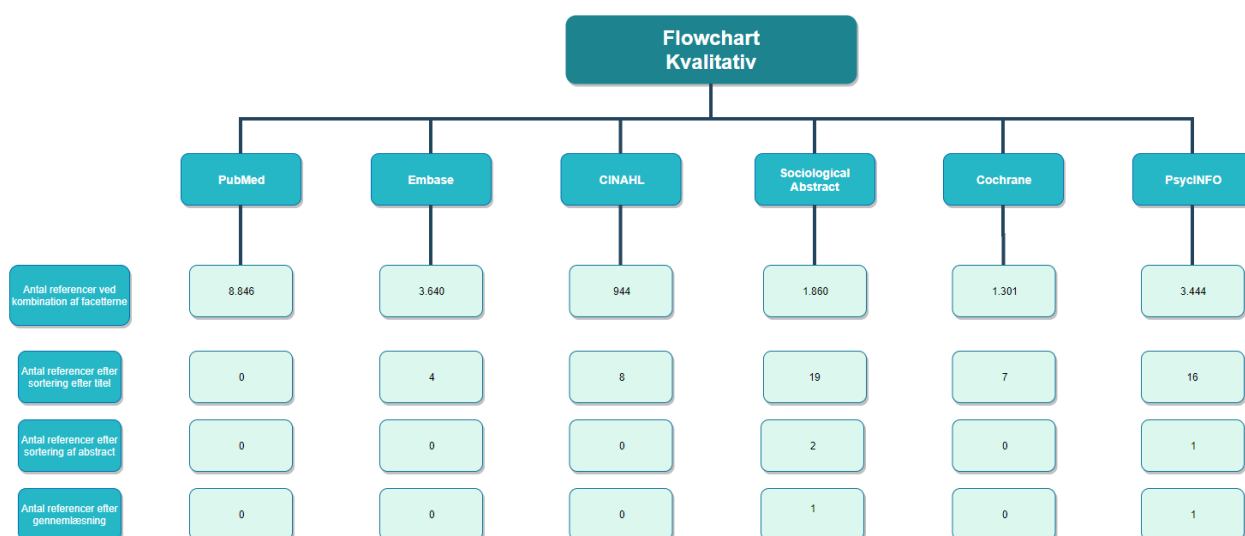
6.1.5 Udvælgelse af studier

Ved kombinationen af alle facetter, ud fra specialets første søgestrategi, blev der identificeret 2.918 referencer i PubMed, 2.504 i Embase, 8.216 i CINAHL, 275 i Sociological Abstracts, 161 i Cochrane og 701 referencer i PsycINFO. Efter første fase, udvælgelse på baggrund af titel, blev markant færre referencer identificeret. Relevante referencer gik videre til anden fase. I anden fase blev der på baggrund af abstract udvalgt 14 studier i PubMed, 2 i Embase, 10 i CINAHL, 1 i Sociological Abstracts, 3 i Cochrane og 11 studier i PsycINFO. Disse blev gennemlæst i fase tre, hvor 1 studie fra både PubMed og Embase blev udvalgt til videre analyse, hvor anvendelse af de respektive tjeklister til studiedesignet, anvendt i studierne, indgik. I figur 1 ses flowchart over første søgestrategi.



Figur 1: Flowchart over udvælgelsesprocessen af første søgestrategi

I søgningen med fokus på kvalitativ litteratur blev der i PubMed identificeret 8.846 referencer, 137 i Embase, 43 i CHINAL, 1.860 i Sociological Abstracts, 43 i Cochrane og 43 referencer i PsycINFO. Efter første fase i udvælgelsesprocessen blev de fleste referencer frasortet. I anden fase blev der udvalgt 0 studier i PubMed, 0 i Embase, 0 i CINAHL, 2 i Sociological Abstracts, 0 i Cochrane og 1 studie i PsycINFO. Dette betød, at mange databaser ikke gav særligt mange relevante referencer med denne søgestrategi, når fase to blev gennemført. I den endelige gennemlæsning blev 1 studie fra henholdsvis Sociological Abstracts og PsycINFO valgt til at blive gennemgået kvalitetsmæssigt ud fra tjeklisterne. Flowchart for udvælgelsesprocessen i søgestrategien omkring kvalitativ litteratur i figur 2.



Figur 2: Flowchart over udvælgelsesprocessen af kvalitative studier.

I den sidste fase blev en subjektiv vurdering af studierne relevans, i forhold til besvarelse af første underspørgsmål, anvendt. I denne fase blev studierne gennemlæst og vurderet med udgangspunkt i inklusionskriterierne. I alt blev fire studier udvalgt efter gennemlæsning. Efterfølgende blev studierne gennemgået ud fra en tjekliste, som blev valgt på baggrund af studiets design. Valget af tjeklister vil blive udbyttet i det følgende. Studierne blev med udgangspunkt i deres styrker og svagheder vurderet at være af en sådan kvalitet, at de kunne medtages til videre analyse. Studierne oprindelse kan ses i tabel 6.

	PubMed	Embase	CINAHL	Sociological Abstracts	Cochrane	PsycInfo
<i>How do macro-level structural determinants affect inequalities in mental health? - A systematic review of the literature</i>		✓				
<i>A critical analysis of Child and Adolescent Mental Health Services policy in England</i>	✓					
<i>Mental Health, Social Inclusion and Community Development: Lessons from Bristol</i>				✓		
<i>Children and Adolescents' Attitudes Toward Seeking Help From Professional Mental Health Providers</i>						✓

Tabel 6: Oversigt over databaser hvori studierne er fundet

6.1.5.1 Kvalitetsvurdering gennem kritisk læsning af de udvalgte studier

Kvalitetsvurderingen af de udvalgte studier, blev udarbejdet på baggrund af kritisk læsning. Der findes adskillige redskaber til både kritisk læsning og udvælgelse af videnskabelig litteratur (Lund 2014). Kvalitetsvurderingen tog i specialet udgangspunkt i forskellige tjeklister til vurdering af

videnskabelig litteratur, da de respektive tjeklister skulle stemme overens med studierne design. Ifølge Kristensen & Sigmund (2007) kan anvendelsen af tjeklister, til kritisk læsning af videnskabelig litteratur, bidrage til, at skabe en systematisk gennemgang af den metodiske kvalitet i studierne, heriblandt systematiske fejl, herunder bias. Derfor understøttede tjeklisterne den kritiske kvalitetsvurdering af de udvalgte studier. Kvalitetsvurderingerne kan ses i bilag 2: *Tjeklister*.

6.1.5.2 Begrundelse for valg af tjeklister

I specialet er ROBIS og JBI anvendt som tjeklister for at kvalitetsvurdere de udvalgte studier. Begrundelsen herfor vil blive udbybet i det følgende.

ROBIS

ROBIS er valideret og udviklet med det formål at vurdere risiko for bias i systematiske reviews (Whiting et al. 2016). Endvidere benyttes denne tjekliste hovedsageligt indenfor sundhedsområdet (Ibid.). I specialet har tjeklisten været anvendelig i forhold til vurdering af det systematiske review, og kvalitetssikring af dette.

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Denne tjekliste er valgt, da denne har et fokus på systematisk vurdering af studiets kvalitet og metoder, ligeledes hjælper denne med en klinisk beslutningstagning inden for sundhedspleje (JBI 2017). Denne tjekliste blev anvendt til vurdering af kvalitative studier samt kritisk diskursanalyse.

På baggrund af det evidensgrundlag der er skabt ud fra den systematiske litteratursøgning samt kritisk vurdering, ved hjælp af tjeklister, præsenteres i afsnit 7.1: *Analyse af evidens fundet gennem den systematiske litteratursøgning* en oversigt over formål og resultater af de udvalgte studier.

6.2 Metode for analyse af dokumentet Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* 2018

I dette speciale anvendes dokumentanalyse som metodisk fremgangsmåde til at analysere, hvilken forståelsesramme Sundhedsstyrelsen giver udtryk for i FMS18, herunder deres menneske- og sundhedssyn, i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed og forebyggelsen af dette. Dette er væsentligt at analysere, da Sundhedsstyrelsens forståelse kan forme kommuners forståelsesramme og

dermed forebyggelsesarbejdet af social ulighed i dårlig mental sundhed. Analysen har dermed til formål at identificere mulige forandringsbehov, til FMS18, for dermed at forbedre forebyggelsesarbejdet. Dokumentanalysen anvendes til at besvare andet underspørgsmål i problemformuleringen:

Hvordan adresseres forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18 og hvilken forståelsesramme, herunder menneske- og sundhedssyn, kan dette tolkes at udspringe af?

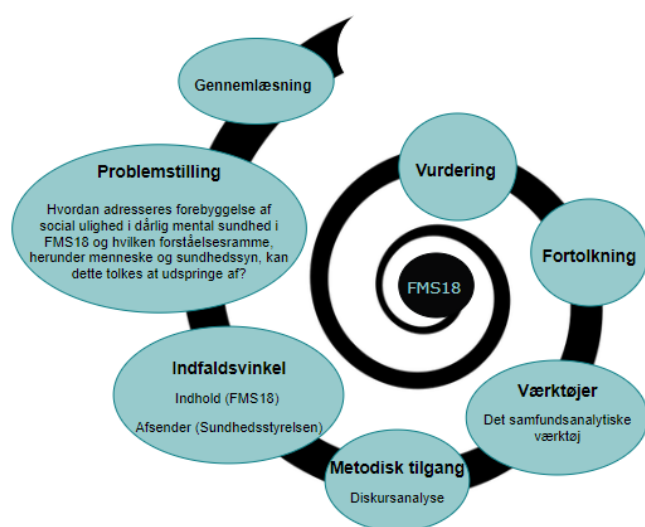
Et dokument er ifølge Lynggard (2015) sprog, som er fastsat i tekst og tid. En tekst er et planlagt kommunikativt forløb mellem en afsender og en modtager, som er frembragt med et bestemt formål i en bestemt situation (Ibid.). Tekster er på forhånd præget af grundlæggende forestillinger, og tekster former og formes af virkelighedsopfattelsen og normen i den kontekst, hvori den er skrevet (Jensen 2011). Der eksisterer stor magt i sproget i tekster. Indlejret i sproget findes påvirkningskraft, som kan ændre den måde verden og problemstillinger opfattes på - sproget kan sætte, udfordre eller forme modtagerens forståelsesrammer, men sproget er lige så påvirket af den kontekst denne er skrevet under (Brænder et al. 2014). En dokumentanalyse af FMS18, vurderes dermed relevant, da denne kan bidrage til en forståelse af Sundhedsstyrelsens forståelsesramme i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed og hvilke menneske- og sundhedssyn, denne bærer præg af samt hvordan denne forståelsesramme er præget af den samfundskontekst FMS18 er skrevet i. Yderligere kan dokumentanalysen bidrage med en forståelse af, hvordan FMS18 kan forme kommunernes forståelsesramme og syn. Måden hvorpå FMS18 vil blive analyseret, bliver udfoldet i det følgende.

6.2.1 Analysespiralen

Ifølge lektor i journalistik og kommunikation Leif Becker Jensen (2011) er en dokumentanalyse en dynamisk proces, hvor der både arbejdes induktivt og deduktivt. Dokumentanalyse indebærer at opløse teksten i de bestanddele, som er vigtige for problemstillingen, og herefter sammensætte bestanddelene til en ny helhed (Jensen 2011). Derfor vil FMS18 først blive forstået ud fra dens helhed via gennemlæsning, herefter splittes den op i dele, i forhold til det menneske- og sundhedssyn der er indlejret og ud fra hvilken kontekst disse udspringer af. Til sidst sættes disse sammen på ny, med det formål at analysere Sundhedsstyrelsens adressering af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18 som en helhed - i en vedvarende spiralbevægelse. På trods af at Becker Jensen anvender en hermeneutisk tilgang til dokumentanalyse, er denne analysestrategi anvendt, da Becker Jensen giver en

håndgribelig, men stadig pragmatisk, tilgang til dokumentanalysen, hvor specialet har fokus på en dekonstruktion af FMS18 for at føje nye perspektiver til erkendelsen.

Der findes forskellige måder at analysere tekster på, dette afhænger af formålet med analysen. Derfor er det væsentligt at få afklaret hvilke begrebsmæssige værktøjer der skal benyttes. Dokumentanalysen i dette speciale er med afsæt i Becker Jensens Analysespiral (Jensen 2011). Spiralen består af syv faser, herunder *gennemlæsning af teksten, problemstilling, indfaldsvinkel, metodisk tilgang, sproglige værktøjer samt fortolkning og vurdering af teksten* (Jensen 2011 s. 31)



Figur 3: Illustration af analysens struktur med inspiration fra Leif Becker Jensen (2011)

6.2.1.1 Gennemlæsning af tekst og problemstilling

I første og anden fase af analysespiralen skal dokumentet læses flere gange med hensigten at klarlægge formålet med analysen. Gentagne gennemlæsninger medfører en uddybelse af det helhedsindtryk, der tager udgangspunkt i relation til centrale elementer, heriblandt emner, sproglige karakteristika og budskaber (Jensen 2011). Dette giver en hel og uddybende forståelse for hele teksten og medfører at formål og problemstilling fremstår tydeligere (Ibid.). Specialegruppen læste individuelt FMS18 gentagende gange, med det formål at få et helhedsindtryk af FMS18s forståelse og adressering i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed samt forebyggelsen af denne. I specialet er formålet og problemformuleringen udarbejdet inden denne fase, men gennemlæsningen, og en intern diskussion i specialegruppen, var med til yderligere eksplicite, hvilken problemstilling dokumentanalysen skulle besvare, med udgangspunkt i problemformuleringen. De første faser i analysespiralen er en aktiv erkendelsesproces mellem det fortolkende subjekt og det empiriske objekt, da teksten

anvendes som et redskab til egen erkendelse, med det formål at forstå problemstillingen (Ibid.). For at analyseprocessen ikke kun bliver en bekræftelse af egen forståelse og fortolkning, er det nødvendigt, at der ikke kun sker en indlevelse i teksten, men også samtidig en distancering fra den (Ibid.). Dermed udgør specialemedlemmerne en form for forskningsredskab i analyseprocessen, som hele tiden skal sætte spørgsmålstejn ved den umiddelbare forståelse af teksten ud fra egne udgangspunkter i fortolkning og erkendelse. Disse er beskrevet i afsnit 5.3.1: *Specialegruppens baggrund for erkendelse*.

6.2.1.2 Indfaldsvinkel

Den tredje fase i analysespiralen har til formål at finde frem til mulige indfaldsvinkler til anvendelse i analysen. Disse er afhængige af problemformuleringen (Jensen 2011). Analysen af FMS18 tager hovedsageligt udgangspunkt i en indfaldsvinkel som fokuserer på FMS18, som indhold, og Sundhedsstyrelsen, som afsender. En indfaldsvinkel med fokus på indhold, analyserer teksten i forhold til, hvordan virkeligheden skildres, hvad teksten siger om emnet og tekstens påstande og augmenter (Ibid.). En vinkel med fokus på afsender analyserer hensigten med teksten og hvilken kontekst afsenderen har skrevet teksten ud fra (Ibid.). Et udgangspunkt i indhold og afsender vurderes derfor relevant, da der ønskes en analyse af indholdet af FMS18; den adresserede forståelsesramme samt menneske- og sundhedssyn i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed, anvendte påstande og argumenter for forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed, samt afsender; ud fra hvilken kontekst Sundhedsstyrelsen har udarbejdet FMS18 og med hvilken hensigt.

6.2.1.3 Metodiske tilgang

Fjerde fase i analysespiralen vedrører at finde den metodiske tilgang, som danner grundlag for hvordan dokumentanalysen skal udføres og bestemmes ud fra problemstillingen (Jensen 2011). I analysen af FMS18 vil der blive taget udgangspunkt i diskursanalyse som metodisk tilgang.

Hensigten med en diskursanalyse er at undersøge, hvordan det sproglige brug i et dokument kan fremstå som udtryk for den kontekst dokumentet er skrevet i: *Hvilke(n) diskurs(er) er teksten udtryk for, og hvilken kontekst er den forankret i?* (Jensen 2011 s. 43). En diskurs kan beskrives som en bestemt forståelsesramme, der besiddes, som strukturerer måden hvorpå verden og problemstillinger forstås og handles på (Brænder et al. 2014). Dermed skaber og tilvejebringer diskursen et bestemt perspektiv og ramme for, hvilke udlægninger der kan adresseres, hvad der kan udelades og hvilken adfærd der er hensigtsmæssig (Ibid.). I specialet har diskursanalysen til hensigt at analysere, hvilket

perspektiv og hvilken sproglige ramme FMS18 har, og hvordan dette er bestemmende for, hvordan virkeligheden udlægges. Disse vil blive sat i relation til de institutionelle- og samfundsmæssige ideologier og strukturer, som FMS18 er baseret på. Diskursanalysen vil yderligere bidrage til en forståelse af, hvordan italesættelserne og problematikkerne, der ses i FMS18, kan indvirke på, hvordan kommunerne håndterer forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed. I specialet vil diskurs og forståelsesramme blive anvendt som synonymer.

6.2.1.4 Det analytiske værktøj

I den femte fase bestemmes, hvilke værktøjer der skal danne grundlag for dokumentanalysen ud fra hvilket analytiske niveau der tages udgangspunkt i (Jensen 2011). Der findes overordnet tre niveauer en tekst kan analyseres ud fra, herunder det næranalytiske-, hvor dokumentet er det yderste analytiske udgangspunkt, det kommunikationsanalytiske-, hvor afsender og modtageren er de yderste analytiske udgangspunkter samt det samfundsanalytiske niveau, hvor samfundsmæssige forhold er det yderste analytiske udgangspunkt (Ibid.). I specialets dokumentanalyse vil FMS18 hovedsageligt blive analyseret på det samfundsanalytiske niveau. Dette grundet ønsket om at analysere, hvordan samfundets diskurs har påvirkning på Sundhedsstyrelsens adressering af menneske- og sundhedssyn i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed. Dog vil dette blive analyseret i sammenhæng med det sproglige indhold der gennem FMS18 kommunikerer mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne, hvorfor det ikke kan undgås, ligeledes at være henholdsvis nær- og det kommunikationsanalytisk. De analytiske værktøjer der tages udgangspunkt i, er sprogbrug, kontekst, indhold, afsenderens kommunikation og afsenderens hensigt. Dette for at analysere, hvilket sproglige indhold Sundhedsstyrelsen har opstillet FMS18 ud fra, med hvilken hensigt samt hvilken institutionel kontekst Sundhedsstyrelsen er forankret i. Dette vil kunne give en dybere forståelse af, hvilken diskurs Sundhedsstyrelsen besidder fra dennes omgivende kontekst, og hvordan denne kommunikativt overføres til kommunernes forebyggelsesarbejde via FMS18. Ud fra dette tages der hovedsageligt udgangspunkt i analyseværktøjet *sprogbrug*, da dette danner grundlag for diskursanalysens metodiske tilgang i forhold til kontekst. Sprogbrug, eller sprogkoder, betegner måden hvorpå teksten er skrevet, i forhold til hvilken kontekst eller institution teksten kan henføres til, da sprogkoden er knyttet til diskursen og domineres af den bestemte kontekst, som teksten skrives ud fra (Ibid.).

6.2.1.5 Analysens fortolkning

Analysespiralens sjette fase er fortolkningsfasen. Denne fase indebærer en fortolkning af teksten ud fra problemstillingen ud fra faglig viden og teoretiske begreber (Jensen 2011). Når en fortolkning af en tekst skal finde sted, skal der først forekomme en forståelse af, hvad teksten beskriver, som derefter skal forklares i forhold til, hvorfor teksten beskriver dette. Forståelsen sker ud fra tekstens præmisser, hvorimod forklaringen sker ud fra analytikerens forståelsesramme. Ved en sammensmeltning af disse to begreber sker fortolkningen (Ibid.). Derfor vil FMS18 blive fortolket ud fra faglig viden og teorier, som kan bidrage til et forslag om forandring af FMS18s adressering af social ulighed i dårlig mental sundhed. Denne fortolkning udgør dokumentanalysen, afsnit 7.2: *Dokumentanalyse af Forebyggelsespakke – Mental Sundhed 2018*.

6.2.1.6 Vurderingskriterier for analysen

I den syvende fase foretages en vurdering af teksten med udgangspunkt i forudbestemte vurderingskriterier, som har afsæt i analysens formål (Jensen 2011). I specialet tages der afsæt i følgende vurderingskriterier:

- Formålet med FMS18 er at understøtte kommunerne i deres forebyggelsesarbejde i forhold til dårlig mental sundhed - formår den at opfylde det formål?
- Bliver dårlig mental sundhed samt social ulighed adresseret i FMS18?
- Bliver der taget højde for alle niveauer, forebyggelsesstrategier og -tiltag der kan påvirke den sociale ulighed i dårlig mental sundhed?

Vurderingen inkluderer hvorledes indholdet og værdigrundlaget i FMS18 formår at opfylde det opstillede formål - som er at understøtte kommunerne i deres forebyggelsesarbejde af dårlig mental sundhed. Inden for denne vurdering vil der blive taget udgangspunkt i, den viden specialegruppen besidder i forhold til vigtige elementer, der skal tages højde for i dette forebyggelsesarbejde. Disse indebærer adresseringen og definitionen af social ulighed i dårlig mental sundhed, sundheds- og menneskesynets betydning samt adressering af underliggende faktorer på Sallis' niveauer. Denne vurdering vil bidrage til forandringsforslag til FMS18.

6.3 Metode for kvalitativ interviewundersøgelse - tredje underspørgsmål

For at undersøge kommunernes erfaringer samt muligheder og begrænsninger, de oplever ved anvendelse af FMS18, vil individuelle semistrukturerede interviews benyttes. Dette da det semistrukturerede interview tager afsæt i den kvalitative forskningsmetode, hvor intentionen er at forstå menneskers handlinger, forståelser og meninger om bestemte begivenheder eller situationer (Brinkmann & Tanggaard 2015). Denne forskningsmetode er derfor anvendelig i besvarelsen af tredje underspørgsmål, da der ønskes en forståelse for kommunernes erfaringer i arbejdet med FMS18. Endvidere ses den kvalitative interviewundersøgelse, med udgangspunkt i socialkonstruktivismen, anvendelig, da den konstruktion kommunen udlægger, er ud fra en bestemt position og at denne kan være anderledes fra en anden kommunes udlægning. Interviewundersøgelsen er opbygget med inspiration fra professor i pædagogisk psykologi Steiner Kvale og professor i psykologi Svend Brinkmann (2015) syv faser, som vil blive uddybet i det følgende.

6.3.1 De syv faser

Udviklingen og gennemførelsen af de individuelle semistrukturerede interviews vil blive inspireret af Kvale og Brinkmanns syv faser. Disse faser understøtter, at der træffes systematiske og velovervejede beslutninger, både inden, under og efter interviewet (Kvale & Brinkmann 2015). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det vigtigt for kvaliteten af interviewet, at alle syv faser overvejes og planlægges, inden interviewet udføres i praksis, hvilket også er den tilgang, der er foretaget i dette speciale. Faserne er: 1) *Tematisering*, 2) *Design*, 3) *Interview*, 4) *Transskription*, 5) *Analyse*, 6) *Verifikation* og 7) *Rapportering* (Kvale & Brinkmann 2015 s. 149). Fase 6; Verifikation vil først blive beskrevet i metodediskussionen, 8.2.3.1: *Kvalitetsvurdering af kvalitative metoder*.

6.3.1.1 Tematisering

En opstilling af formålet med interviewanalysen er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) den første fase - Tematisering. Specialets problemanalyse, som fremanalyserede betydningen af væsentlige underliggende faktorer for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, bidrog til en problemformulering med tilhørende underspørgsmål. Tredje underspørgsmål udgør formålet for de semistrukturerede interviews. Underspørgsmålet lyder:

Hvordan anvender kommunerne Forebyggelsespakke - Mental Sundhed 2018 på det strategiske niveau, samt hvilke muligheder og begrænsninger erfares der på disse niveauer i forhold til redueringen af social ulighed i dårlig mental sundhed?

Hermed ønskes det at besvare, hvordan kommunerne anvender FMS18, og hvilke muligheder samt begrænsninger kommunerne erfarer, der opstår ved anvendelse af FMS18. Dette vil give en dybere indsigt i, hvordan FMS18s rådgivning og anbefalinger forstås og anvendes i kommunerne, da dette har betydning for, hvordan forebyggelsesarbejdet med social ulighed i dårlig mental sundhed udfoldes i praksis.

6.3.1.2 Design

Fase 2 omhandler interviewets design, og de overvejelser der knytter sig til designet. Disse overvejelser var blandt andet analysestrategi, rekrutteringsmetode, antal interviewpersoner, mængden af tid til interviewene samt hvilken interviewtilgang der anvendes (Kvale & Brinkmann 2015). Forud for de kvalitative interviews blev det planlagt hvordan disse skulle forløbe, herunder at interviewet maks. en time, og at der ønskes interview med to informanter fra forskellige kommuner. Yderligere overvejelser vil blive udbyttet i det følgende, herunder rekruttering, udførelse af interview samt analysestrategi.

Rekruttering af informanter

For at kunne besvare tredje underspørgsmål af problemformuleringen, er der blevet udvalgt medarbejdere på det strategiske niveau. Da FMS18 udkom i 2018, blev det strategiske niveau valgt ud fra den formodning, at arbejdet med FMS18 ikke er fuldstændig implementeret på det operationelle niveau endnu. Hvorfor dette niveau kunne uddybe hvilke muligheder og begrænsninger der erfares i det forebyggende arbejde. Ligesom der på det operationelle niveau muligvis træffes færre overordnede beslutninger til implementering af indsatser fra FMS18 og til selve anvendelsen af FMS18 generelt i kommunen. Udvælgelsen af informanter tog udgangspunkt i følgende kriterier:

- Medarbejdere i kommunen som arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i kommunen, herunder også den mentale sundhed.
- Medarbejdere skal arbejde på det strategiske niveau.

Specialegruppen havde et ønske om at interviewe to informanter fra forskellige kommuner. Baggrundsinformationer om de to informanter kan ses i tabel 7: *Præsentation af informanterne*. Ifølge

professorerne i almen- og pædagogisk psykologi, Svend Brinkmann og Lene Tanggaard (2015), er der ikke faste regler for, hvor mange informanter der skal inddrages i en interviewundersøgelse, da antallet af informanter afhænger af undersøgelsens formål samt ressourcer. Få informanter kan være anbefalelsesværdigt, da få interviews muliggør, at analysen af interviewene bliver mere detaljerede og dybdegående (Tanggaard & Brinkmann 2015). Med udgangspunkt i ovenstående argumentation er der i dette speciale valgt to informanter, fra to forskellige kommuner. Ligeledes er begrundelsen for valg af antallet af informanter, at der i specialet anvendes andre metoder, som kombineret med interview har til hensigt at besvare problemformuleringen. Ydermere har tidsrammen for dette speciale gjort at to informanter blev vurderet som passende, da flere informanter ville gøre analysen mindre dybdegående. Med to informanter blev det muligt at skabe et nuanceret billede af, hvordan hver kommune arbejder med FMS18 i praksis, og samtidig bliver analysen af interviewene detaljerede og dybdegående.

6.3.1.3 Interview

Interviewene blev udført via semistrukturerede interviews, som ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er et professionelt struktureret interview, der har et særligt formål, en særlig struktur og teknik, men som også bærer elementer af en hverdagssamtale. Det individuelle aspekt af interviewtilgangen er med udgangspunkt i, at der er udført interview med én person ad gangen (Ibid.). På den måde kunne én person være i fokus i interviewet, og der skulle ikke tages hensyn til, at flere personer kom til orde. Konstruktionen af det semistrukturerede interview gav struktur og åbenhed i forhold til interviewkonteksten. Derfor gav semistrukturerede interviews mulighed for at stille de samme spørgsmål til begge informanter, hvilket kunne afhjælpe det efterfølgende analysearbejde. Samtidig gav det rum til, at der kunne stilles yderligere spørgsmål i løbet af interviewet, hvor dette fandtes nødvendigt. Dette kunne bidrage med et mere dybdegående indblik i de adspurgte temaer samt mulighed for at nye relevante temaer kunne opstå. Da informanter kunne have divergerende erfaringer i arbejdet med FMS18, vurderedes denne form for interview relevant, da informanterne dermed kunne udlægge nye perspektiver og temaer, der lå ud over de overordnede temaer, samt de spørgsmål der var formuleret i interviewguiden.

Interviewguiden blev udformet med udgangspunkt i fire temaer – 1) *Indledende spørgsmål*, 2) *Informantens forståelse af dårlig mental sundhed og definitionen af denne*, 3) *Informantens forståelse af hvilken påvirkning FMS18 har haft på deres forebyggelsesarbejde* og 4) *Informanternes professionelle vurdering af FMS18*. Interviewguiden var struktureret således, at den indeholdte både

genererede spørgsmål og dertilhørende hjælpespørgsmål. Sidstnævnte skulle anvendes, hvis informanten fik svært ved at besvare spørgsmålet i dybden, hvorfor hjælpespørgsmålene kunne anvendes til at spørge dybere og anderledes ind til emnet. Interviewguiden bestod endvidere af briefing og debriefing. Briefing blev anvendt som en introduktion til interviewet, og skulle hjælpe med at give informanten en forståelse af formålet med interviewet. Debriefing blev anvendt som en afrunding på interviewet, hvor der blev spurgt ind til, om interviewerens havde noget at tilføje og at takke for dennes deltagelse. Interviewguiden er vedlagt som bilag 3: *Interviewguide*. Interviewguiden blev gennemlæst af to sundhedsfaglige akademikere, som arbejder inden for sundhedsfremme og forebyggelse, med henblik på at teste, hvorledes spørgsmålene forekom forståelige og om emnerne kortlagde de centrale aspekter.

Ekspertinterview

Formålet med interview af medarbejdere på det strategiske niveau var at indsamle ekspertviden om kommunernes arbejde med FMS18. Ved interviews med fokus på indsamling af ekspertviden er der, ifølge Kvale og Brinkmann (2015), visse generelle forudsætninger interviewerens kan forberede sig på; informanten vil anse interviewerens som en spændende samtalepartner, hvis interviewerens besidder en vis ekspertise inden for det omtalte emne. Derfor er det væsentligt, at interviewerens er velinformet om samtaleemnet og behersker det faglige sprog, da interviewerens dermed i højere grad vil opnå respekt og dermed en vis grad af symmetri i interviewsituationen (Ibid.). Ovenstående blev opnået ved at det specialemedlem der skulle udføre interviewene, var velforberedt i forhold til hvad interviewguiden indeholder. Ligeledes var medlemmet, gennem problemanalysen og dokumentanalysen af FMS18, velorienteret om, hvad det forventes at kommunerne arbejder med, i forhold til at forebygge dårlig mental sundhed og den sociale ulighed heri. Dette ville i højere grad kunne bidrage til, at informanten svarer åbent og med præcise formuleringer, hvilket kunne bidrage til nye indsigter og dybere forståelser af emnet.

6.3.1.4 Gennemførelse af interview

I alle interviewsituationer er det væsentligt, at interviewerens er indforstået med, at vedkommende udgør et forskningsredskab - dette har den betydning, at fordomme og forståelser som interviewerens besidder, kan influere på måden spørgsmålene stilles, hvilket implicit vil påvirke datagenereringen (Brinkmann 2015). Det er derfor vigtigt at være eksplicit i forhold til interviewerens holdninger og forståelser, så disse imødekommes bedst muligt. Dette kan gøres via italesættelse samt nedskrivning

af specialegruppens forståelser og erkendelser, jævnfør afsnit 5.3.1: *Specialegruppens baggrund for erkendelse*.

Specialegruppen fandt det vigtigt, at interviewet foregik i et lokale på kommunen, og i det tidsrum hvor medarbejderne alligevel befandt sig på kommunen. For informanterne passede det bedst ind, når de i forvejen var på arbejde. Derfor blev der afsat maks. en time til gennemførelsen af interviewet, men der blev brugt det antal minutter informanten havde behov for, for at udføre interviewet. Under interviewet blev der anvendt aktiv lytning, da dette, ifølge Kvale og Brinkmann (2015), er vigtig at lytte til det informanterne siger, for bedre at kunne stille opfølgende spørgsmål til relevante emner, som informanten nævner. Kropssprog kan være relevant at have en forståelse for, da det kan hjælpe til at afgøre, hvorvidt informanten føler sig tilpas i interviewsituationen og omkring temaer som omtales. Dette er forsøgt at tage højde for, ved at være anerkendende gennem interviewene samt at være opmærksom på, hvordan informanterne reagerer nonverbalt på spørgsmålene.

6.3.1.5 Transskriberingen

For bedre at kunne analysere et kvalitativt interview, skal informanternes udtalelser omdannes fra talesprog til skriftsprog (Kvale & Brinkmann 2015). Inden transskriberingen blev der opsat en manual over retningslinjer for, hvordan mulige udfordringer skal håndteres, som er illustreret i bilag 4: *Transskriberingskonventioner*. Manualen skulle sikre ensartethed i transskriberingen af hvert interview. Efter hvert endt interview blev transskriberingen udført af et specialemedlem, der ikke havde deltaget i interviewet. Dette skulle sikre, at flere specialemedlemmer kunne gøre sig bekendt med interviewet, og validere dette i forhold til formålet med interviewet og hvorvidt alle temaer fra interviewguiden blev spurgt ind til. Efterfølgende har øvrige medlemmer fra specialegruppen lyttet interviewet igennem og læst transskriptionerne samtidigt. På trods af at denne proces var tidskrævende, bidrog den med at sikre intersubjektivitet under transskriptionen, hvilket ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan øge analysens reliabilitet. Foruden blev der i specialet transskriberet ordret, for således at bibeholde meninger, og for at forblive loyale over for informantens mundtlige udtalelser. I transskriptionen blev systematiske gentagelser som eksempelvis 'øh' dog undladt, for at gøre teksten mere læsevenlig. Grundet interviewets fortrolighed er informanterne i det transskriberede materiale anonymiseret således, at informantens navn, navne på kommuner, områder eller andre medarbejdere blev betegnet med henholdsvis Informant 1 og Informant 2, X1 og X2, samt Y i det transskriberede materiale.

6.3.1.6 Analysestrategi og -rapportering

Specialets analysestrategi og -rapportering vil i det følgende blive beskrevet. Analysestrategien er vigtig for at specialets interviewdata kan bidrage til et forandringsforslag, da der er behov for at analysere disse data, før de kan bidrage til forandringsforslag. Til strukturering og analysetilgang af data tages der afsæt i professorerne i psykologi, Virginia Braun & Victoria Clarkes (2006) tematiske analysestrategi.

Med udgangspunkt i specialets videnskabsteoriske standpunkt er tematisk analyse anvendelig, da denne analysestrategi har som formål at: identificere, analysere og rapportere om de temaer der er konstrueret i interviewet (Braun & Clarke 2006). Derfor har en tematisk analyse, i et socialkonstruktivistisk perspektiv, fokus på sociale- og kulturelle kontekster (Ibid.). Den tematiske analyse tager udgangspunkt i seks faser: Kendskab til data, generering af koder, søgning af temaer, gennemgang af temaer, definering og navngivning af temaer og udarbejdelse af rapporten.

Første fase - Kendskab til data

I den første fase blev kendskabet til data skabt ved en gennemlæsning af transskriptionen og aflytning af interviewet, af specialemedlemmerne. Dette med henblik på at få et kendskab til interviewet både i dybden og i bredden, hvilket kan ske ved gentagne gange at læse materialet (Braun & Clarke 2006).

Anden fase - Generering af koder

Da der var opnået et solidt kendskab til interviewet, blev generering af koder påbegyndt. Der blev identificeret koder, der syntes væsentlige for analysen. Denne proces er en del af analysen, hvor interviewdata organiseres til meningsfulde enheder (Braun & Clarke 2006). Processen omkring kodning er afhængig af, om koderne er styret af data, induktivt, eller styret af teori, deduktivt (Ibid.). Processen i anden fase foregik induktivt og datanært således, at koder blev dannet, ud fra informanternes udsagn. Koderne blev dannet ved at identificere en egenskab i udsagnet, der blev vurderet som en meningsfuld enhed. I dette speciale er kodeprocessen foretaget i NVivo12.

Tredje fase - Søgning efter temaer

Efter generering af koder, blev der i NVivo12 udarbejdet en oversigt over disse, således at der blev skabt overblik til at identificere relevante temaer på baggrund af koderne og deres relevans i besvarelsen af tredje underspørgsmål i problemformuleringen. Koderne analyseres i denne fase og der

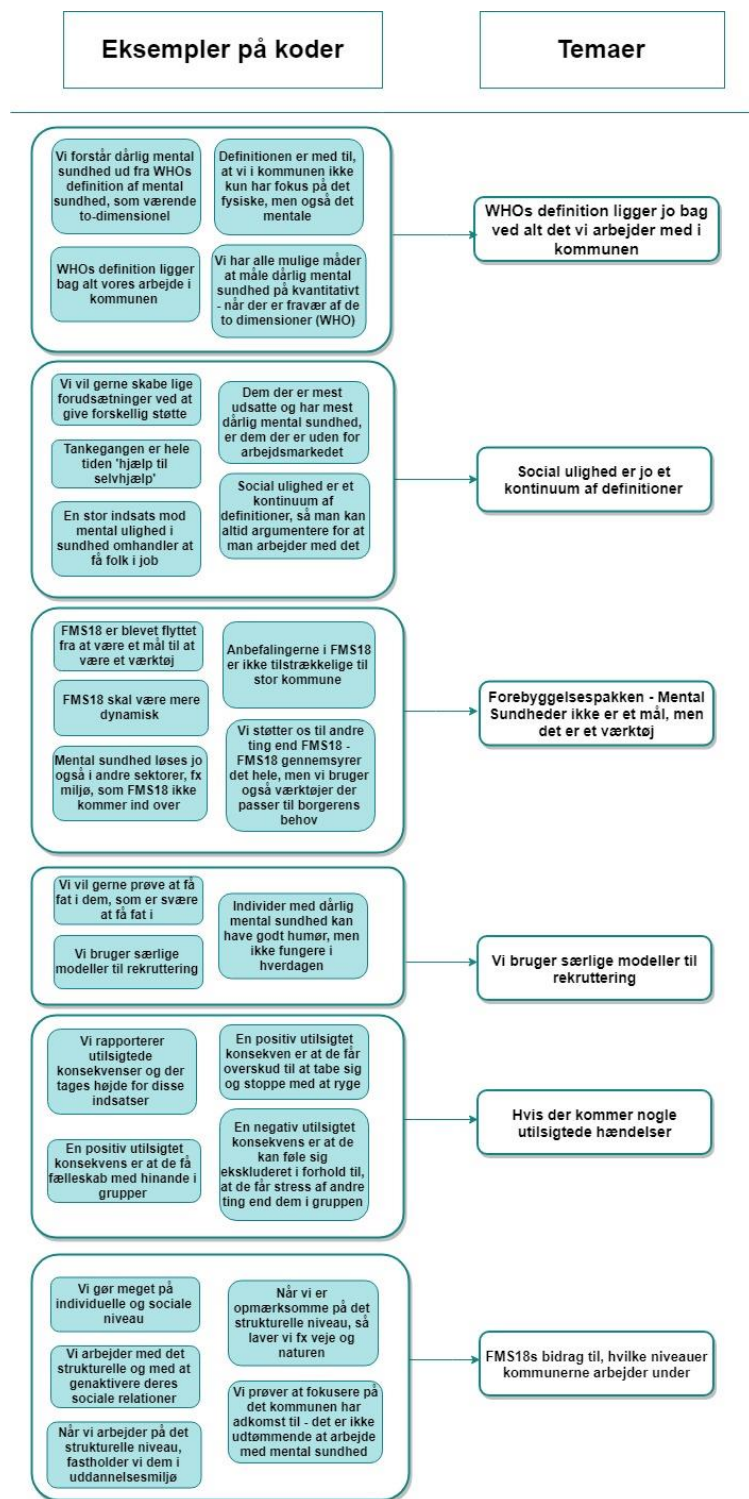
overvejes hvordan de forskellige koder omdannes og sammensættes til kandidattemaer, som kan sammensættes til endelige temaer efterfølgende (Braun & Clarke 2006). Dermed blev kategorier identificeret ud fra en mangfoldighed af koder, der kunne passe inden for samme kategori. Ud fra denne proces blev 18 kandidattemaer identificeret. Grundet den induktive proces, varierede disse kandidattemaer fra forskningstemaerne i interviewguiden, da de ligeledes indeholder nye perspektiver.

Fjerde fase - Gennemgang af temaer

Efter identificering af kandidattemaer, ses der tydeligt at nogle koder ikke er relevante eller kan sammenkobles under disse (Braun & Clarke 2006). Denne fase er opdelt i to niveauer, hvor det første niveau omhandler at læse interviewuddrag i hvert tema, for at overveje om der er et sammenhængende mønster (Ibid.). Når der er skabt sammenhæng, kan niveau to iværksættes, hvor fokus er på, om temaerne stemmer overens med datasættet som helhed (Ibid.). Efter at have sammensat kandidattemaer i tredje fase, blev hvert temaer gennemlæst og der blev dermed fundet et sammenhængende mønster på tværs af kandidattemaerne. Disse blev yderligere sammensat til seks endelige temaer, hvoraf to kandidattemaer blev vurderet irrelevant for problemstillingen og blev kasseret. Grundet den datanære proces i de første faser, blev de endelige temaer anset at være i overensstemmelse med datasættet som helhed.

Femte fase - Definering og navngivning af temaer

I denne fase vil de endelige temaer blive defineret og navngivet. Disse vil blive præsenteret i analysen. Under denne fase bliver essensen i hvert tema identificeret, temaernes fortælling findes og temaerne navngives (Braun & Clarke 2006). Dette blev gjort ved igen at være datanær, og navngive temaet ud fra informanternes egne udsagn. Dette da det blev vurderet, at datanære temaer i højere grad beskriver indholdet af temaet, samt er mere tro mod informanternes egne ord. Ud fra de navngivne temaer, blev et kodetræ udarbejdet, som er illustreret i Figur 7: *Kodetræ, der illustrerer endelige temaer og eksempler på koder* og i bilag 5: Kodetræ, hvor alle koder er illustreret.



Figur 7: Kodetræ, der illustrerer endelige temaer og eksempler på koder

Sjette fase- Udarbejdelse af rapporten

I denne fase er alle temaer klarlagt og udarbejdelse af den endelige rapport kan påbegyndes (Braun & Clarke 2006). I dette speciale foregår denne fase gennem analyse af interviewene, hvor der er udvalgt de temaer, der bedst kunne besvare problemformuleringen.

6.3.2 Etiske overvejelser

Ifølge Svend Brinkmann er der i enhver interviewsituation etiske overvejelser en forsker er forpligtet til at tage højde for (Brinkmann 2015). I de semistrukturerede interviews, genereres data som informanternes subjektive erfaringer med FMS18 og gør dermed disse til genstand for resultatet. Med udgangspunkt i dette, er forskeren forpligtet til at behandle udsagnene med omhu og respekt (Ibid.). Overvejelser i forhold til etik er med inspiration i Helsinki Deklarationen (*World Medical Association* 2013). Denne har konstrueret de etiske rammer, der skal tages udgangspunkt i, når det gælder: planlægning, gennemførelse og anvendelse af forsøg, hvor mennesker er inkluderet (Ibid.). I overensstemmelse med Deklarationen er der i specialet udarbejdet en samtykkeerklæring og informanternes anonymitet blev sikret ved tilbageholdelse af personfølsomme data, såsom navne og arbejdspladser, hvilket blev pointeret for informanterne. Informanterne blev spurgt ind til deres erfaringer, forståelser og tanker omkring de muligheder og begrænsninger de oplever i arbejdet med FMS18. Dette betyder, at anonymisering er essentielt, så informanternes udtalelser ikke kan få negative konsekvenser for deres stilling. Endvidere indeholder en samtykkeerklæring en grundig beskrivelse af rammer og formål for undersøgelsen (Brinkmann 2015). Dette for at gøre informanterne bekendte med, hvilke forudsætninger der deltages under (Ibid.). For at imødekomme dette, er et informationsbrev samt en samtykkeerklæring blevet udarbejdet. Dette skulle sikre, at informanterne modtog den nødvendige viden om specialet og interviewet. Informanterne blev bekendte med deres rettigheder og hvordan deres udsagn videre ville blive bearbejdet og opbevaret. Samtykkeerklæringen og informationsbrevet kan ses i henholdsvis bilag 6: *Samtykkeerklæring* og bilag 7: *Informationsbrev*. Med udgangspunkt i ovenstående er princippet om fortrolighed overholdt. Forud for interviewet skulle informanterne underskrive samtykkeerklæringen.

For at beskytte personfølsomme oplysninger, blev lydfiler og transskriptioner opbevaret elektronisk i en krypteret mappe på en af specialemedlemmernes computer. I tilfælde af at filerne skulle deles indbyrdes, blev filerne overført via et USB-stik til dennes computer, i en krypteret mappe. Filerne

blev efterfølgende slettet fra USB-stikket. Det transskriberede materiale samt lydfiler bliver destrueret efter endt eksamen.

~ Del 3 ~

Analyse og resultater

7. Analyse

For at besvare specialets problemformulering vil analysen bestå af tre dele, første del er en analyse af den litteratur der blev identificeret i den systematiske søgning, anden del af analysen tager afsæt i en dokumentanalyse af FMS18, sidste del er en analyse af interview med de to kommuner. Resultaterne fra de tre dele skal tilsammen bidrage til et forslag om forandring af FMS18.

7.1 Analyse af evidens fundet gennem den systematiske litteratursøgning

I dette afsnit gennemgås evidens, der er fundet via de systematiske litteratursøgninger. Disse indeholder en oversigt studiernes formål, design, metode, resultater samt styrker og svagheder, og hvordan disse er relevante i forhold til at specialets problemformulering.

Forfatter, år, titel og land, design	Formål og metode	Studiepopulation samt inklusions- og eksklusionskriterier	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Forfattere: Jane EM Callaghan, Lisa Chiara Fellin Fiona Warner-Gale Titel: A critical analysis of Child and Adolescent Mental Health Services policy in England, 2000 - 2015 År (udgivelse): 2017 Land: England Design: Kritisk diskursanalyse	Formål: At undersøge de mest indflydelsesrige politikker udgivet mellem 2000 og 2015, i sammenhæng med det hurtigt skiftende politiske landskab af <i>Adolescent Mental Health Services</i> (CAMHS). Dette for kritisk at undersøge forandringer i diskursive konstruktioner af børn og unge, af mental sundhed generelt og af CAMHS, og hvilke konsekvenser der kan forekomme grundet disse forandringer. Metode: En kombination af korpusanalyse og kritisk diskursanalyse blev brugt til kritisk at undersøge udviklingen af mental sundhedspolitik omkring børn og unge fra 2000 til 2015. Analysen blev udført ved anvendelse af Wmatrix, for at identificere frekvensen af bestemte ord i de politiske dokumenter i forhold til hvor ofte de optræder i dokumenterne. Analysen identificerede mønstre for sprogbrug ved at identificere udtryk og sætninger i dokumenterne, for til sidst at analysere disse i forhold til samfunds-konsekvenser.	15 politikker bliver behandlet Inklusionskriterierne var: Engelske politikker i perioden 2000 - 2015, som havde fokus på børn og unge samt mental sundhed.	At mental sundhed bliver set som et biomedicinsk problem fremgår tydeligt i politiske beretninger og offentlige diskurser med en stigende medikalisering til følge. Der ses et fald i fokus på den sociale kontekst, grundet en stigende individualisering i samfundet, hvilket normalt forekommer i neoliberale samfund. Dette har forskellige konsekvenser for både borgere individuelt, men også for den generelle diskurs i samfundet. Det politiske landskab er præget af et klart skifte fra at opbygge lav SES, som det der producerer psykiske problemer, til en udformning af mental sundhed som et socioøkonomisk problem, hvilket sætter større krav til individets eget ansvar for mental sundhed. Psykiske problemer bliver betragtet som et socioøkonomisk problem der skal behandles for at holde børn og unge i uddannelse, og voksne i arbejde. Dette da det ses som en barriere for produktivitet.	Kvalitet: Overordnet god (Se bilag 2: <i>Tjekliste</i>) Styrker: - Inddrager politikker over en længere periode og ser på udviklingen - Der er konsensus mellem anvendte metoder og studiets problemstilling - De inddrager citater fra politikerne, så deres udtalelser er tydeligt begrundet Svagheder: - De forholder sig ikke kritiske overfor eget materiale - Begrænsede in- og eksklusionskriterier Relevans: Relevansen af dette studie er, at det undersøger hvordan politikker forandres over tid ift. både mental sundhed og SES. Den ser på en bred målgruppe og dækker både børn, unge og voksne, som også er tilfældet i specialet. Den undersøger politiske dokumenter som stemmer nogenlunde overens med specialets fokus på FMS18, ligesom studiet omtaler politiske dokumenter som bestemmende for hvordan mental sundhed anses og forebygges. De ser på konsekvenser af samfundsdiskursen, ud fra politiske dokumenter, hvor der fremanalyseres, at der er behov for fokus på underliggende faktorer for dårlig mental sundhed. Endvidere problematiseres det i studiet, at individet anses som at skulle være produktivt i samfundet, hvorfor forekomsten af dårlig mental sundhed må reduceres. Resultaterne fra denne kritiske diskursanalyse kan være med til at besvare hvilken evidens inden for forebyggelse, der kan forebygge social ulighed i dårlig mental sundhed på distale niveauer, og hvilke konsekvenser forskellige diskurser i samfundet kan have for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Resultaterne fra diskursanalysen kan derfor bidrage til et forslag til forandring af FMS18.

Forfatter, år, titel og land, design	Formål og metode	Studiepopulation samt inklusions- og eksklusionskriterier	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Forfattere: Jennifer M. Del Mauro Dahra Jackson Williams Titel: Children and Adolescents' Attitudes Towards Seeking Help From Professional Mental Health Providers År (udgivelse): 2012 Land: USA Design: Kvalitativ fokusgruppeinterview-undersøgelse	Formål: At undersøge børn og unges holdning til at søge professionel rådgivning i forhold til mentale problemer. Endvidere at undersøge hvorledes bestemte demografiske forhold (alder, køn, socioøkonomisk status) og familie-historiske karakteristika har betydning for attituden mod at søge professionel rådgivning Metode: Fokusgruppeinterviews med i alt 31 børn (7-12 år) og unge (13-18 år) af begge køn, opdelt i 10 fokusgrupper hvor børn og unge var opdelt i hver deres gruppe - der var ca. 3 i hver fokusgruppe. Hvert interview tog cirka 45 minutter. Endvidere udfyldte forældre spørgeskemaer omhandlende demografisk information.	Ingen specifikke in- eller eksklusionskriterier er nævnt	Børn havde manglende viden om mentale problemer, psykologer, rådgivere og terapi, de unge havde en bedre viden om dette, hvilket de hovedsageligt havde fået fra sundhedsundervisning og tidligere behandlinger. Der blev ikke fundet nogen forskel i forhold til socioøkonomisk status eller familiehistorie i forhold til attitude mod at søge professionel hjælp. Hverken børnene eller de unge ville søge professionel hjælp, medmindre det var et alvorligt problem. Dog mente de samtykkende, at det var okay for andre at søge om hjælp. Barrierer i forhold til at søge professionel hjælp var for begge aldersgrupper frygt for manglende fortrolighed samt problemer med at tale om alvorlige problemer med fremmede. De unge havde yderligere barrierer i forhold til frygt for stigmatisering fra venner eller familie, samt at de helst vil klare deres problemer selv. Endvidere havde de unge piger en frygt for at blive dømt negativt af den professionelle. Børn ville helst søge hjælp fra forældre/lærere, hvorimod unge helst ville søge hjælp fra venner og forældre. Ud fra resultaterne fremkommer der et behov for undervisning, som kan give børn og unge kompetencer og viden om mentale problemer, og om hvilke tilbud der findes inden for det område i skole-øjemed, for på den måde at give de studerende empowerment. Endvidere er der et behov for, at de rådgivere der er tilknyttet skolerne gør en indsats for at engagere sig i børnenes og de unges liv, for at lette fremmedgørelsen, og skabe fortrolighed samt tillid med de studerende.	Kvalitet: Overordnet god (Se bilag 2: <i>Tjekliste</i>) Styrker: - Studiet giver en fyldestgørende introduktion for, hvilken viden der allerede eksisterer på emnet, og uddrager derfra et videnshul, som de selv undersøger i deres studie - Der er konsensus mellem anvendte metoder og studiets problemstilling - Studiet medtager subjektive holdninger gennem fokusgruppeinterview af 31 børn og unge - Studiets resultater lægger sig tæt op ad de resultater som andre videnskabelige studier har fundet, hvorfor generaliserbarheden og validiteten øges Svagheder: - Studiet har ingen in- og eksklusionskriterier og en sparsom beskrivelse af rekruttering - Informanterne i studiet valgte selv at deltage, hvorfor det ikke vides om informanterne som ikke valgt at være med i studiet, kunne have givet andre svar Relevans: Relevansen af dette studie er, at den undersøger børn og unges subjektive mening om at søge professionel hjælp ved mentale problemer. Der var især behov for, at børn og unges viden og kompetencer omkring mental sundhed blev forbedret gennem uddannelse. Resultaterne fra denne kvalitative undersøgelse kan være med til at besvare, hvordan forebyggelse af dårlig mental sundhed med fordel kan ske så tidligt som muligt, på henholdsvis skoler og i uddannelsesprogrammer, hvor studerende allerede er tilknyttet. Resultaterne kan derfor bidrage til et forslag til forandring af FMS18.

Forfatter, år, titel og land, design	Formål og metode	Studiepopulation samt inklusions- og eksklusionskriterier	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Forfattere: Jon Fieldhouse Titel: Mental Health, Social Inclusion and Community Development: Lessons from Bristol År (udgivelse): 2012 Land: Storbritannien Design: Kvalitativ tilgang på baggrund af kvalitative interview- undersøgelser	Formål: At undersøge den positive indvirkning brugen af mentale sundhedsydelse og social integration kan medføre. Endvidere hvilke erfaringer servicemedarbejdernes har i forhold til at fremme den sociale integration og forbedre adgangen til sundhedsydelser gennem fællesplanlægning mellem mentale sundhedstilbud og lokalsamfundet. Metode: Studiet er skrevet på baggrund af et tidligere foretaget studie i hvilket to kvalitative fokusgruppinterviews med deltagelse af seks personer samt otte kvalitative individuelle interviews blev foretaget.	In- og eksklusionskriterier er ikke nævnt, da det er foretaget på baggrund af et andet studie	Social kapital kan styrke tilhørsforholdet og social inklusion for personer med dårlig mental sundhed. Det er ikke tilstrækkeligt for forbrugere af mentale sundhedsydelser at vide, hvad der eksisterer af ydelser i samfundet. Det er nødvendigt at engagere de forskellige sundhedsydelser aktivt med fællesskabspartnere og på tværs af sundhedsydelser, og udvikle en vej for eventuelle forbrugere ind i anvendelsen af sundhedsydelserne. Med det formål at forbrugerne i højere grad kan bedre deres mentale sundhed gennem blandt andet social inklusion. Ligeledes er det relevant, at politiske faktorer adresseres, da det ellers kan medføre stigmatisering og social eksklusion. Disse konsekvenser kan medføre forskellige gener, som eksempelvis at der tages afstand fra individer med mentale problemer, samt at de diskrimineres.	Kvalitet: Overordnet god (Se bilag 2: <i>Tjekliste</i>) Styrker: - Inddrager både perspektiver fra forbrugere af sundhedsydelser samt de sundhedsprofessionelle - Der er konsensus mellem anvendte metoder og studiets problemstilling Svagheder: - In- og eksklusionskriterier er ikke nævnt - Generelt er en del af baggrunden for indsamling af data ikke omtalt Relevans: Relevansen fremkommer, da der er foretaget kvalitative interviews af forbrugere af mentale sundhedsydelser samt sundhedsprofessionelle som arbejder med disse sundhedsydelser. Studiet kan derfor bidrage med et kvalitativt indblik i, hvordan forbrugere af sundhedsydelser kommer sig gennem forskellige tiltag i sundhedsydelserne og social inklusion i lokalsamfundet. Derudover kan studiet give en viden om, hvilken betydning social kapital har på mental sundhed, samt hvilken betydning planlægning og samarbejde mellem forskellige sundhedsydelser har for forbrugerne af disse ydelser og dem som arbejder med/i dem. Ligesom der i studiet fremanalyses, at empowerment har en positiv virkning. Derfor ses det relevant at anvende dette studie til mulige forandringsforslag til FMS18.

Forfatter, år, titel og land, design	Formål og metode	Studiepopulation samt inklusions- og eksklusionskriterier	Relevante resultater	Styrker, svagheder og relevans
Forfattere: A. McAllister S. Fritzell M. Almroth L. Harber-Aschan S. Larsson B. Burström Titel: How do macro-level structural determinants affect inequalities in mental health? - A systematic Review of Literature År (udgivelse): 2018 Land: Storbritannien Design: Systematisk review	Formål: At vurdere den nuværende evidens, omkring strukturelle determinanter der er forbundet med ulighed i mental sundhed Metode: Systematisk review og kritisk gennemgang af udvalgt kvantitativ litteratur. Litteratursøgningen medtager studier udgivet i årene 1996-2017. Studier blev inkluderet, hvis de fokuserede på uligheden målt i SES, køn og strukturelle determinanter i form af offentlige politikker der påvirker hele befolkningen. Der blev søgt i syv databaser. Studierne blev efterfølgende screenet i to niveauer først efter titel og abstract, og derefter vurderet ud fra hele teksten.	Dette review har udvalgt 21 studier fra 17 forskellige studier eller datakilder. Inklusionskriterierne var: 1) at studierne skulle være kvantitative, 2) der skulle påvise en ændring i ulighed i mental sundhed, 3) de skulle være udgivet på engelsk, 4) studierne skulle undersøge mindst ét af studiets udvalgte politiske domæner og 5) konteksten skulle være i Norden, Vesteuropa, Nordamerika, Australien og New Zealand - det skulle være OECD-lande Studier blev ekskluderet hvis: 1) Population var ældre end 65 år, 2) Det var andre lande end nævnt i inklusionskriterierne, 3) Det var kvalitative studier	Forskellige former for politikker påvirker social ulighed i mental sundhed, ligesom opbygningen af staten er med til at influere på problematikken. Eksempelvis uddannelsespolitikken, som fokuserer mere på effektivitet end elevernes mentale sundhed. Velfærdsstater som dem i Norden, har generelt lavere forekomst af dårlig mental sundhed end andre stater, men den sociale ulighed er ikke nødvendigvis lavere blandt disse. Demografiske faktorer som køn og etnicitet påvirker SES og relaterer sig derfor til social ulighed. Det er relevant at yde ekstra støtte til borgere, som har dårlig mental sundhed, da dette hjælper med at mindske den sociale ulighed. For at løse den sociale ulighed i mental sundhed, skal der arbejdes med løsninger i både nærmiljø og i de ydre strukturer i samfundet - herunder politiske og sociale niveauer.	Kvalitet: God (Se bilag 2: Tjekliste) Styrker: - Har foruddefineret relevante in- og eksklusionskriterier - Har udvalgt et passende antal databaser og struktureret en søgestrategi med henblik på at finde så mange relevante studier som muligt - Det er forsøgt at minimere fejl og bias i udvælgelse af studier og i dataindsamlingen - Synteser, analyser, resultater og bias fra de inkluderede studier er rapporteret Svagheder: - Uklart om alle relevante studie-resultater er anvendt - Brede søgekriterier i forhold til årstal og ingen begrundelse herfor - Inddrager ikke konkrete resultater fra studierne - De fleste af de fundne studier er baseret på tværsnitstudier - Inklusionskriterie omkring lande stemmer ikke overens, da der anvendes et studie fra Japan. Relevans: Relevansen af dette studie er, at det undersøger hvilke strukturelle determinanter der har betydning for mental sundhed, herunder den sociale ulighed målt i SES, som påvirker især køn og etnicitet. Resultaterne fra dette review kan være med til at besvare hvilken evidens inden for forebyggelsestiltag der kan reducere social ulighed i dårlig mental sundhed. Reviewet omtaler indflydelsen af forskellige politikker på den sociale ulighed i mental sundhed. Da reviewet inkluderer studier med kvantitative forskningsmetoder, er det muligt, på et kvantitativt niveau, bedre at forstå, strukturelle determinanters påvirkning af social ulighed i mental sundhed. Dette review kan dermed bidrage til at afdække, hvilken evidens der foreligger om forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed ud fra distale niveauer, og hvordan disse niveauer påvirker social ulighed i dårlig mental sundhed. Resultaterne fra reviewet kan derfor medvirke til et forslag om forandring af FMS18.

7.2 Dokumentanalyse af Forebyggelsespakken *Mental Sundhed* 2018

Ud fra den socialkonstruktivistiske ideologi, er de diskurser og forståelser, som Sundhedsstyrelsen afspejler gennem FMS18, præget af det samfundssystem som Sundhedsstyrelsen indgår i. Endvidere påvirker disse diskurser og forståelser kommunernes forebyggelsesarbejde gennem den sproglige magtudøvelse der finder sted gennem FMS18. Denne sproglige magtudøvelse forstærkes af, at Sundhedsstyrelsen er den sundhedsfaglige myndighed som rådgiver, overvåger og fører tilsyn med regionale og kommunale myndigheder på sundhedsområdet, samt varetager størstedelen af de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver i Danmark (Friis 2018). Dermed ligger Sundhedsstyrelsen hierarkisk under Staten, som er den øverste magtinstans i Danmark, men over resten af Sundhedsvæsenets myndighed i regionerne og kommunerne (Ibid.). Grundet Sundhedsstyrelsens høje position i sundhedsvæsenet, besidder de et betydeligt ansvar for det forebyggelses- og sundhedsfremmende arbejde der foregår i de danske kommuner, og kommunerne har tillid til og anerkender Sundhedsstyrelsen i denne position (Ibid.). Derfor kan Sundhedsstyrelsens italesættelser og rådgivning blive forstået i kommunerne, som den højeste, evidente sandhed i forhold til forebyggende og sundhedsfremmende tiltag og -forståelser. Det er således vigtigt, at det Sundhedsstyrelsen kommunikerer til kommunerne, gennem FMS18, er de bedst mulige tiltag og de rette forståelser, i forhold til at reducere social ulighed i dårlig mental sundhed. I dokumentanalysen analyseres derfor; 1) Hvilken diskurs Sundhedsstyrelsens menneske- og sundhedssyn tager udgangspunkt i, i FMS18, i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed 2) Hvordan disse syn er præget af den institutionelle- og samfundsmæssige forankring og magtforhold, som FMS18 er skrevet under 3) Hvordan disse syn kan forme kommunernes diskurser i forhold forebyggende arbejde af social ulighed i dårlig mental sundhed.

7.2.1 Definition af dårlig mental sundhed og social ulighed

De indlejrede diskurser for menneske- og sundhedssyn, kan ses i Sundhedsstyrelsens adressering af, hvordan de definerer mental sundhed. I definitionen tager Sundhedsstyrelsen udgangspunkt i WHO's definition, som er en beskrivelse af, hvilken tilstand individet skal være i, for at kunne blive defineret som mentalt sundt. Endeligt opsummerer Sundhedsstyrelsen definitionen ved at beskrive det modsatte af mental sundhed - dårlig mental sundhed. Mulige konsekvenser ved Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed i kommunernes forebyggelsesarbejde, vil blive analyseret i det følgende.

7.2.1.1 Definition ud fra WHO

Første beskrivelse af mental sundhed i FMS18 er begrebsliggjort ud fra WHO's definition:

“Sundhedsstyrelsen tager udgangspunkt i Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af mental sundhed som en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker”
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 4)

Ud fra Møllers (2009) beskrivelse af det sundhedsrelativistiske og fundamentalistiske syn, kan ovenstående definition fortolkes som sundhedsrelativistisk. I definitionen tages der udgangspunkt i individets oplevelser, evner, funktioner samt dynamiske hverdags- og livssituation, og kan derudfra analyseres at anerkende det hele menneske, og dettes egne præferencer for mental sundhed. Dog kan definitionen ved nærmere analyse, bære præg af at tage udgangspunkt i det sundhedsfundamentalistiske syn, da den er udarbejdet fra en objektiv forståelse af mental sundhed, der på forhånd er givet af eksperter; definitionen beskriver, hvilke karakteristika individet skal besidde, for at kunne blive kategoriseret som *mentalt sundt*. Dette da definitionen beskriver at den enkelte skal opleve at have et *kunne udfolde sine evner* samt at *kunne indgå i fællesskaber med andre mennesker*. Til trods for at det sundhedsrelativistiske syn på individet er det vurderet, at definitionen implicit har en objektiv forventning om, at individet har god mental sundhed, hvis det opfylder ovenstående kriterier, og at hvis ikke disse kriterier opfyldes, har individet dårlig mental sundhed. Endvidere lægger disse kriterier sig tæt op af de intra- og interpersonelle niveauer, hvor de individuelle og sociale faktorer i form af individuelle ressourcer og evne til at indgå i fællesskaber påpeges. Således kan definitionen tendere mod, kun at tage udgangspunkt i de proksimale faktorer hvor ansvaret for dårlig mental sundhed pålægges individet selv. Dermed er problematikken ved definitionen, at fokus hovedsageligt er på de proksimale faktorer, såsom individets oplevelser og evner til at håndtere, udfolde, arbejde, yde og indgå. Dette frem for også at rette definitionen mod de distale faktorer, såsom samfundet og det politiske aspekt. Definitionen lægger hermed årsagen til mental sundhed, og dermed dårlig mental sundhed, hos individet og dets kompetencer, selvom individets mentale sundhedstilstand kan anses at være forårsaget af samfundets- og den neoliberale sundhedspolitiske pres, jævnfør afsnit 2.3.1: *Bidraget konkurrencestatens idealer på det samfundsmæssige- og politiske niveau til social ulighed i dårlig mental sundhed?* Dette er problematisk da ændring af kun de proksimale årsager til dårlig mental sundhed kun vil være en midlertidig løsning, hvis ikke de fundamentale distale tilstande ligeledes ændres (Link & Phelan 1995). Dette sundhedsfundamentalistiske udgangspunkt kan bidrage til et snævert syn på, hvad mental sundhed, og dårlig mental sundhed, er, og hvordan det skal fremmes og

forebygges. At Sundhedsstyrelsen tager udgangspunkt i denne definition, kan dermed være fundamentet for, at kommunernes forståelse af mental sundhed præges i en særlig retning og begrænses til at være en tilstand, der er opstået på baggrund af proksimale faktorer. Dette kan bidrage til, at kommunerne pålægger individet ansvaret for egen mental sundhed, og dermed ikke tager højde for underliggende faktorer i deres forebyggelsesarbejde.

Endvidere sidestilles definitionen af mental sundhed med at være i en psykisk og fysisk tilstand, hvor viden og færdigheder kan udvikles, og der kan bidrages produktivt og frugtbart til samfundet. Dette kan afspejles i filosof og idehistoriker Michel Foucaults begreb om biomagt, som er en regulerende magtform, der får sit styre gennem internalisering af normer, idealer og diskurser i hvert individ. Befolkningen ledes gennem disciplinering og normalisering i en retning mod samfundets norm og ideal, med den hensigt at nyttiggøre menneskekroppen, for at denne kan gøres produktiv for samfundet (Foucault 2010). Ud fra et Foucault-perspektiv kan FMS18s definition af mental sundhed, som en tilstand hvor individet kan yde til samfundet, ses som en reguleringsmetode, der gennem den neoliberalistiske sundhedspolitiske diskurs ønsker at indlejre denne mentalitet om nyttiggørelse af menneskekroppen i kommunernes forståelse, og derfor i hvert enkelt individ. Denne diskurs ses yderligere i Sundhedsstyrelsens argumentation for vigtigheden af at fremme borgernes mentale sundhed, ved at beskrive at det har positiv indflydelse på forebyggelsen af sygdom, på borgernes udvikling af viden, færdigheder og evnen til at gennemføre en uddannelse samt en bedre tilknytning til arbejdsmarkedet, som illustreres i følgende citat:

“(...) høj grad af mental sundhed ligeledes have positiv indflydelse på forebyggelse af sygdom og på evnen til at tilegne sig ny viden og færdigheder, ligesom en høj grad af mental sundhed kan mindske frafaldet på ungdomsuddannelser og styrke borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 5)

Sundhedsstyrelsen fokuserer i citatet på sunde borgere, der kan udvikle sig gennem ny viden og færdigheder, og som kan gennemføre en uddannelse og forblive på arbejdsmarkedet. Således ses yderligere den indlejrede diskurs om at nyttiggøre og udvikle borgerne. Denne diskurs lægger sig tæt op ad samfundets norm og ideal, hvor det forventes, at individet er repræsentant for konkurrencestatens logik. Dette ved at besidde sunde legemer, være effektivt, produktivt og i vedvarende udvikling (Petersen 2016). Ud fra Foucaults perspektiv kan de love og regler, Sundhedsstyrelsen er underlagt, og den sundhedspolitiske diskurs de tager afsæt i, ses som statens regulerende magtmetode der gennem italesættelser og definitioner ønsker at internalisere konkurrencestatens mentalitet, herunder et ønske om at styrke og nyttiggøre borgerne i kommunerne. Denne metode kan have både negative og

positive konsekvenser: en negativ konsekvens er, at magtmetoden kan forårsage, at den sociale ulighed i dårlig mental sundhed stiger, da metoden fokuserer på de proksimale faktorer på det intrapersonelle niveau. Som det er beskrevet i afsnit 2.3.1.1 *Bidraget konkurrencestatens idealer på det samfundsmæssige og politiske niveau til social ulighed dårlig mental sundhed?* har individer med lav SES i lavere grad de ressourcer, der skal til for at leve op til konkurrencementaliteten, hvorfor disse i højere grad kan udvikle dårlig mental sundhed. Det er yderligere beskrevet, at denne mentalitet presser hvert individ, hvilket kan føre til en højere grad af udmattelse og stress, og dermed være en bidragende årsag til stigningen i social ulighed i dårlig mental sundhed. Dog kan metoden ligeledes bidrage til at kommunerne i operationaliseringen af FMS18, lægger vægt på at styrke borgerne til at være sunde, produktive og til at udvikle sig, for på den måde at få deres hverdag til at fungere i det samfund de lever i. Således vil denne diskurs være positiv og fremmende for borgerens handlekapacitet. Som lektor i politik og filosofi Kaspar Villadsen analyserer i forhold til Foucaults begreb om biomagt:

“På den ene side undertvinger og tøjler disciplinen individer og skaber „føjelige kroppe“. På den anden side fremmer den selv samme disciplinering handlingskapacitet og hermed magtmuligheder, for så vidt som den opøver viden og evner hos dem, den rettes mod.” (Villadsen 2013 s. 348)

Ved at individet underkaster sig denne magt, vil individet både blive udsat for disciplin og diskret tvang, men vil samtidig få en større magt og handlekapacitet over eget liv. Således vil denne metode være nyttig og effektiv i kommunerne, hvis disse tager højde for de mulige utilsigtede konsekvenser i form af, at den sociale ulighed kan stige, hvis ikke de svageste i samfundet tilegnes særlig hjælp og ressourcer. På trods af definitionen af mental sundheds overordnede fundamentalistiske sundhedssyn, kan Sundhedsstyrelsen ses at have uddybet denne definition i et mere relativistiske syn, på en rådgivende og praksisnær måde for kommunerne, idet de i sammenhæng med WHO's definition skriver:

“Mental sundhed rummer to dimensioner, henholdsvis en oplevelsesdimension og en funktionsdimension. At opleve at have det godt, at være overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet samt at kunne klare dagligdags gøremål, som fx at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, indgå i sociale relationer og at kunne håndtere dagligdagens forskellige udfordringer.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 4)

Denne uddybning af definitionen tager i højere grad højde for en balance mellem det relativistiske og fundamentalistiske sundhedssyn, da det lægger op til, at kommunerne skal have fokus på både borgernes subjektive oplevelser og deres fysiske funktion. Yderligere ses denne uddybning mere praksisnær og anvendelig for kommunerne at overføre til deres forebyggelsesarbejde, da flere

eksempler på hvad mental sundhed indebærer, adresseres. Således har Sundhedsstyrelsen prioriteret at uddybe hvad mental sundhed indebærer i FMS18.

7.2.1.2 Definitionen af dårlig mental sundhed

Som opsummering på det afsnit i FMS18, hvor definitionen af mental sundhed beskrives, er en kort beskrivelse af hvordan den negative side af mental sundhed, nemlig dårlig mental sundhed, forstås: *“(...) når man fx oplever ikke at være overvejende glad, ikke kan gennemføre dagligdags gøremål eller indgå i sociale relationer.”* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 4). Ud fra ovenstående kan det tolkes, at FMS18 har prioriteret en mere dybdegående beskrivelse af mental sundhed, frem for en beskrivelse af dårlig mental sundhed, da det kun fremgår at dårlig mental sundhed betragtes som det modsatte af mental sundhed. Derfor synes det at være op til den enkelte kommune selv at operationalisere definitionen af dårlig mental sundhed mere dybdegående. Dette da det ikke ekspliciteres i FMS18, hvor længe individer skal have oplevet ikke at være overvejende glad, ikke at kunne gennemføre dagligdags gøremål eller ikke at kunne indgå i sociale relationer, samt om alle tre oplevelser skal være til stede samtidig, før der er tale om en tilstand af dårlig mental sundhed. Endvidere gives der i FMS18 ikke nogen konkrete forslag til hvordan dårlig mental sundhed kan måles, hvilket kan betyde, at kommunerne har svært ved at gennemskue, hvilke borgere der potentielt har dårlig mental sundhed og dermed behov for hjælp og støtte. Således kan FMS18s rådgivning i forhold til dårlig mental sundhed, fremstå som utilstrækkelig og overfladisk, da den manglende rådgivning kan medføre, at kommunerne definerer og måler dårlig mental sundhed forskelligt. Dette kan forårsage at kommunerne enten over- eller underestimerer, at deres borgere besidder dårlig mental sundhed, og dermed kan der enten mistes økonomiske ressourcer på borgere, der ikke har dårlig mental sundhed, eller borgere der har dårlig mental sundhed, kan blive overset.

På trods af den vage definition af dårlig mental sundhed, understreger Sundhedsstyrelsen dog at det modsatte af mental sundhed ikke kan sidestilles med psykisk sygdom, som i følgende citat:

“Mental sundhed er ofte uafhængig af sygdom” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 5)

“Forebyggelsespakken er rettet mod generel fremme af mental sundhed. Den er ikke skræddersyet til specifik forebyggelse af psykiske sygdomme, som fx depression, angst (...)”
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 5)

I forlængelse af dette, understreges det i FMS18, at mental sundhed ikke nødvendigvis er afhængig af sygdom, men at der dog kan findes en årsagssammenhæng mellem dårlig mental sundhed og udvikling af psykiske sygdomme, som beskrives i følgende citat:

“Men samtidig skal man være opmærksom på, at der kan være en årsagssammenhæng mellem dårlig mental sundhed og udvikling af psykisk sygdom, fx i forhold til angst og depression”
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 5)

Grundet den manglende overordnede definition af dårlig mental sundhed, som, jævnfør Allen & McKenzie (2015) ofte forstås som psykisk sygdom, kan dette forekomme som Sundhedsstyrelsens ønske om, at give en forståelse af dårlig mental sundhed som en tilstand der ikke nødvendigvis er sygdom, men også som en tilstand hvor individet ikke besidder en høj grad af mental sundhed. Her kan Sundhedsstyrelsens forståelse ses at lægge sig tæt op ad dette speciales forståelse af dårlig mental sundhed, som en tilstand der lægger sig i midten af det mentale sundhedskontinuum; mellem en høj grad af mental sundhed og psykiske sygdom. Som beskrevet i afsnit 2.2.4: *Definitionen af dårlig mental sundhed og problematikken bag*, ville en adressering i FMS18 om dårlig mental sundhed på dette mellemstadiet, vil den sygeliggørelse og stigmatisering som kan forekomme, når dårlig mental sundhed tæt relateres til psykisk sygdom, kunne blive reduceret i kommunerne. Dog kunne en dybere eksplicitering af, hvordan dårlig mental sundhed skal defineres være ønskværdig, da Sundhedsstyrelsen ikke direkte kommer med denne, men kun beskriver det implicit.

7.2.1.3 Definitionen af social ulighed

Overordnet har FMS18 en mere dybdegående beskrivelse af mental sundhed og dårlig mental sundhed, sammenlignet med, hvordan social ulighed defineres. Det nærmeste der kommer på en definition af social ulighed i FMS18 er i følgende citat:

Der er social ulighed i fordelingen af dårlig mental sundhed: Andelen med dårlig mental sundhed er højest i gruppen med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau (17,2 procent) og lavest i gruppen med en lang videregående uddannelse (9,9 procent).
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 8)

Således betragter Sundhedsstyrelsen den sociale ulighed som et dikotomiseret problem. Herunder som en kløft mellem henholdsvis gruppen med laveste- og højeste gennemførte uddannelse (Sundhedsstyrelsen 2017). Jævnfør afsnit 2.2.3: *Definitionen af social ulighed i sundhed*, kan en forståelse af social ulighed som et dikotomt problem medføre, at de underliggende, proksimale faktorer bag den sociale ulighed i dårlig mental sundhed overses, da uligheden forstås som et individuelt

problem. Således vil denne dikotomisering kunne medføre, at kommunerne hovedsageligt udarbejder tiltag, der er målrettet individer med lav SES og disses kompetencer og personlige ressourcer. Den sociale ulighed adresseres i ligeledes dikotomt i det resterende af FMS18, da det anbefales at der tilrettelægges indsatser for de sårbare og udsatte borgere, børn, unge, familier og områder. Dog forekommer der ikke en særlig rådgivning til kommunerne om, hvordan disse indsatser skal tilrettelægges, eller hvilken mening Sundhedsstyrelsen tillægger sårbare og udsatte borgere – bortset fra at de er kortuddannede, jævnfør citatet. Denne manglende uddybning af, hvilke borgere der kan ses som værende udsatte og sårbare, i sammenhæng med den dikotomiserede forståelse af uddannelsesniveauer, kan medføre, at kommunerne internaliserer en forståelse af udsatte og sårbare borgere, som dem der har en kort uddannelse. Dette kan medføre, at kommunerne enten over- eller underestimerer, hvilke borgere der er udsatte og at individet som har behov for hjælp og støtte kan blive overset. Yderligere kan den manglende rådgivning til, hvordan indsatser skal tilrettelægges for denne målgruppe medføre, at kommunerne anvender forskellige metoder og indsatser i deres forebyggelsesarbejde af social ulighed i dårlig mental sundhed. Denne problematik understøttes ligeledes af Vallgård (2009a), som beskriver at en manglende overordnede definition medfører, at initiativer, der har til formål at reducere den sociale ulighed, ligeledes er forskellige (Vallgård 2009). Dette kan medføre en uheldig tilfældig variation i kommunernes sundhedsarbejde, og dermed kan det være svært at evaluere, hvad der har effekt og hvad der i mindre grad har effekt, hvis ikke kommunerne har samme udgangspunkt.

7.2.1.4 Forebyggende og sundhedsfremmende

FMS18 er karakteriseret ved at anbefale både forebyggelse af dårlig mental sundhed og fremme af mental sundhed, som det fremgår i citatet forneden, hvor forebyggelsespakkens formål beskrives:

“Formålet med forebyggelsespakken om mental sundhed er at understøtte kommunens arbejde med at fremme borgernes mentale sundhed (...) og styrke den kommunale indsats for at forebygge udvikling af dårlig mental sundhed.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 4)

Således beskrives det, at formålet med forebyggelsespakken både er at fremme borgernes mentale sundhed samt at forebygge udvikling af dårlig mental sundhed. Ud fra dette citat er FMS18s rolle at understøtte og styrke kommunernes forebyggelsesarbejde. Denne beskrivelse kan være problematisk at forstå for kommunerne, da det er op til kommunerne selv at operationalisere begreberne *understøtte* og *styrke*, hvorfor anvendelsen af FMS18s anbefalinger kan være divergerende i forskellige kommuner. Yderligere bliver sundhedsfremme- og forebyggelsesbegreberne gennem det resterende af

FMS18 omtalt synonymt, hvoraf sundhedsfremme kan fremgå som et element af forebyggelse. Dette ses yderligere i nogle af de sundhedsfremmende aktiviteter: *“Kommunale arbejdspladser udarbejder lokale politikker for reduktion og håndtering af stress.”* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 18). Her udgør den sundhedsfremmende aktivitet et middel i den forebyggende indsats - reduktion og håndtering af stress. Endvidere leder titlen på Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* hen til en ideologi på forebyggelse, på trods af at pakken ligeledes indeholder anbefalinger om sundhedsfremmende aktiviteter. Derfor ses der en begrebsmæssig uklarhed, om der er tale om forebyggelse eller sundhedsfremme i FMS18, og hvornår der er tale om hvilken tilgang. Da forebyggelse og sundhedsfremme tager udgangspunkt i to forskellige metodiske tilgange, kan det anses som problematisk, at der ikke skelnes klart mellem disse to begreber i FMS18. Dette fordi at metoderne og målene for forebyggelse og sundhedsfremme er forskellige, hvor sundhedsfremme tager udgangspunkt i det enkelte individ og dets sundhed, imens forebyggelse tager udgangspunkt i at holde befolkningen rask og fri for sygdom. Denne begrebsmæssige uklarhed i FMS18 kan medføre, at sundhedsprofessionelle, som arbejder inden for feltet omkring mental sundhed, kan have sværere ved at igangsætte og implementere de anbefalinger som FMS18 anviser. Dermed kan uklarheden om, eller anvendelsen af de to begreber som synonyme i FMS18 påvirke kommunernes arbejde negativt, da ikke alle sundhedsprofessionelle har kompetencerne til at adskille de to begreber, og anvende begrebernes tilhørende metoder optimalt. Ligesom eventuel evaluering af de tiltag kommunen udarbejder, kan være sværere at foretage, og der er en risiko for, at de mål der er sat for tiltaget, bliver evalueret på en utilstrækkelig baggrund.

Sundhedsfremme indgår i størstedelen af FMS18s tiltag og beskrivelse af faktorer der kan have betydning for dårlig mental sundhed. Ifølge lektor i sygeplejevidenskab, Stinne Glasdam (2009), har den neoliberale sundhedspolitik medført den grundtanke, at der skal investeres i individets handlekompetencer, for således at individet kan tage ansvar for egen sundhedstilstand. Dermed kan det større indpas af sundhedsfremme være grundet konkurrencestatens neoliberale ideologi, hvor friheden og ansvaret til at handle på egne præmisser i højere grad lægges hos individet. Sundhedsfremme ses FMS18, i beskrivelsen af, hvad borgeren personligt skal besidde, hvor *“Gode evner til at håndtere stress og udfordringer”* og *“Self-efficacy (tro på egen formåen)”* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 6) beskrives som faktorer der har en beskyttende påvirkning på mental sundhed. Endvidere skal kommunerne tilbyde *“(...) stressramte borgere hjælp med fokus på stresshåndtering og mestringsstrategier.”* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 22) *Kurset kan bl.a. fokusere på mestring af dagligdagen og sociale relationer.* ” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 22) og sørge for *“(...) styrkelse af elevernes handlekompetence (...)”* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 25) og *“(...) den enkelte borgers handlekompetence*

(...)” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 29). Stresshåndtering, mestringsstrategier, tro på egen formåen og handlekompetence fremstår som positivt ladede ord og derfor kan sundhedsfremme forstås som et positivt begreb. Et begreb som har til formål at tilegne borgeren større magt og handlekompetence over eget liv, for derigennem at forbedre dettes velbefindende. Sundhedsfremme kan ligeledes, ud fra et Foucault-perspektiv, afspejle sig i en form for magt, der er mere subtilt og skjult bag de positivt ladede ord end forebyggelsesbegrebet er. En skjult magtform som tager udgangspunkt i en investering i individets handlekompetencer til at leve sundt, for dermed at sikre en sundere befolkning, begrebsliggøres af Foucault som governmentality (Foucault 2010). Governmentality er i forlængelse af den magtteknologiske biomagt, en selvteknologi, hvor individet styres mod samfundets ideal, ved indirekte at internalisere bestemte diskurser, normer og idealer i individets tanker og handlen (Ibid.). Governmentality styrer dermed individets forståelse af, hvad mental sundhed er og hvordan mentalt sundhedsmæssige problemstillinger skal opfattes.

Dette kan sammenfattende betyde, at sundhedsfremme ikke kun er en positiv og neutral omsorg for befolkningen, men at denne tilgang er med til at internalisere og regulere befolkningens forestilling om, hvad der er det sande og ønskværdige liv. I sammenhæng med den begrebsliggørelse af mental sundhed Sundhedsstyrelsen i FMS18 tager udgangspunkt i, vil dette sande og ønskværdige liv, være et produktivt og effektivt, hvor individet har nok handlekompetence og mestringssevner til at kunne forblive sund, rask og yde til samfundet i egen kraft. Som beskrevet i ovenstående afsnit, er det hensigtsmæssigt at der investeres i individets handlekompetencer, for at give den enkelte bedre mulighed for at begå sig i det moderne samfunds levestandarder. Dog kan internaliseringen af denne idé hos kommunerne medføre, at hvis ikke borgeren anses at være produktiv og effektiv, vil kommunerne anse det som individets ansvar, og at individet skal have tilbudt flere kurser i stress- og hverdagslivshåndtering, for således at opnå de kompetencer der er nødvendige for at være produktiv, og dermed mental sund. Således kan ideologierne indenfor sundhedsfremme være et udtryk for konkurrencestaten og den neoliberale ideologi, hvor produktivitet og egenansvar er central, hvilket kan have den konsekvens, at den sociale ulighed i dårlig mental sundhed øges. Dette da den sociale ulighed i dårlig mental sundhed er langt mere kompleks end at kunne reduceres gennem stress- og hverdagslivshåndteringskurser, som det er analyseret i afsnit 2.2.3: *Definitionen af social ulighed i sundhed* da individer med lav SES har flere problemstillinger i deres hverdag, som kurser ikke nødvendigvis kan forbedre.

7.2.1.5 Fundamentalistisk- og relativistisk sundhedssyn

Som det er beskrevet i forhold til definition af mental sundhed i FMS18, havde denne udgangspunkt i både det fundamentalistiske og relativistiske sundhedssyn. Dette gør sig ligeledes gældende i det resterende af FMS18, da der både adresseres det sygdomsbaserede- og økonomiske aspekt af dårlig mental sundhed, men også en inddragelse af borgernes egne følelser og oplevelser i forhold til dårlig mental sundhed. Disse to sundhedssyn kommer til udtryk i følgende citat:

“Borgere med langvarig dårlig mental sundhed har en højere risiko for udvikling af sygdom (specielt hjerte-kar-sygdom, depression og angst) og for at dø tidligere end borgere med høj grad af mental sundhed. Samtidig har denne gruppe borgere også øget brug af sundhedsydelser, lavere uddannelsesniveau og svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Langvarig dårlig mental sundhed har altså både samfundsøkonomiske konsekvenser og konsekvenser for den enkelte borgers sundhed og muligheder for at leve et godt liv.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 5)

Ud fra ovenstående kan det tolkes, at Sundhedsstyrelsen i FMS18 ønsker at argumentere for vigtigheden af at forebygge dårlig mental sundhed ud fra både samfundsøkonomiske- og individuelle konsekvenser. Dog kan den terminologiske anvendelse, Sundhedsstyrelsen bruger i dette citat, overvejende hælde mod et fokus på de samfundsøkonomiske konsekvenser. Dette da eksemplerne hovedsageligt fokuserer på sygdom, tidligere død, øget brug af sundhedsydelser, lavere uddannelsesniveau og svagere tilknytning til arbejdsmarkedet, og ikke individets egen oplevelse af dårlig mental sundhed, eller de sygdomme og arbejdsmæssige tilknytninger, der kan komme som følge af dårlig mental sundhed. Med udgangspunkt i Møllers (2009) beskrivelse af sundhedsfundamentalismens karakteristika, anvender Sundhedsstyrelsen en sundhedsfundamentalistisk forståelse som argumentation for vigtigheden af forebyggelsen af dårlig mental sundhed i FMS18. Dette da de beskriver dårlig mental sundhed i sammenhæng med fysisk sygdom ud fra et objektivt, biomedicinsk perspektiv, med den hensigt at argumentere for, at en reduktion af denne tilstand, ville kunne medføre økonomiske besparelser. Endvidere bruges det fundamentalistiske syn som argument for, at forebyggelse af dårlig mental sundhed er nødvendigt, da beskrivelse af de kommunale udgifter der knytter sig til dårlig mental sundhed, er prioriteret højt. Dette da der i FMS18 er en omfangsrig beskrivelse af de kommunale udgifter relateret til dårlig mental sundhed. Herunder beskrives de årlige kommunale medfinansieringer og nettoomkostninger, med dertilhørende udgifter til førtidspensioner, psykisk belastende arbejdsmiljø og ensomhed. Endvidere beskrives omkostningseffektiviteten af at fremme mental sundhed, hvoraf det adresseres at være omkostningseffektivt på både kortere- og længere sigt;

“Sundhedsstyrelsen har (...) fået beregnet de kommunale udgifter samlet set og for en gennemsnitskommune i 2017-priser og med befolkningstal fra 2017.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 11).

Ud fra ovenstående anvender FMS18 et sundhedsfundamentalistiske syn på mental sund i deres argumentation for at overbevise kommunerne om, at dårlig mental sundhed er en vigtig tilstand at forebygge. Ved at Sundhedsstyrelsen eksempelvis beskriver at fremme af mental sundhed er omkostningseffektivt, kan det tolkes som en måde at gøre det attraktivt i kommunerne at forebygge dårligt mental sundhed. Desuden argumenterer Sundhedsstyrelsen i FMS18 for, at hvis kommunerne har fokus på fremme af mental sundhed, har dette også positiv indflydelse på borgernes uddannelse og beskæftigelse. Dermed giver Sundhedsstyrelsen kommunen et økonomisk- og fundamentalistisk incitament for at fremme borgernes sundhed, da det på længere sigt giver mere økonomi til kommunen, hvis sygdom og brug af sundhedsydelser reduceres og borgernes evne til at yde produktivt til samfundet øges. Med disse økonomiske adresseringer formår Sundhedsstyrelsen i FMS18 at inddrage borgere med dårlig mental sundhed, som en del af de kommunale økonomiske beregninger, hvor der ikke er fokus på, hvordan borgerne har det, men kun at fremme mental sundhed fordi det er omkostningseffektivt. Endvidere anbefales det i FMS18 at kommunerne anvender kvantitative redskaber til at måle trivsel og mental sundhed, som kommer til udtryk således:

“Det anbefales så vidt muligt at benytte validerede måleinstrumenter for trivsel og mental sundhed, eksempelvis ved hjælp af spørgeredskaberne SF12, WHO5 og WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale). Værdier for den enkelte kommune kan sammenholdes med landsgennemsnittet, og der kan udvikles måltal på baggrund af disse data.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 32)

Disse anbefalede validerede måleinstrumenter er multidimensionelle generiske spørgeskemaer, som indeholder spørgsmål der lægger op til, at der tages højde for individets egne oplevelser og meninger i forhold til egen sundhedstilstand, dog ved systematisk at identificere frekvens og intensitet af svarene (Drummond et al. 2015). Således er dette en kvantitativ metode, som med sit systematiske udgangspunkt vanskeliggør at indsamle det relativistiske brede aspekt af individets oplevelser og meninger. Med dette udgangspunkt placerer Sundhedsstyrelsen sig i et sundhedsfundamentalistisk syn på dårlig mental sundhed, ved ligeledes at beskrive, at kommunens værdier skal udvikles til måltal. Dermed erkendes det, at mental sundhed er en tilstand der kan måles og vejes.

Det relativistiske syn ses ligeledes i FMS18. Karakteristikkerne ved det relativistiske sundhedssyn er, ifølge Møller (2009), at det i højere grad anerkender individet som helhed og dets følelser og oplevelser. Dette syn ses i følgende citat, med fokus på borgerinddragelse:

“Kommunen skal sikre borgerinddragelse, og borgeren skal betragtes som ekspert og som en kilde til vigtig viden. I forbindelse med udvikling af politikker, handleplaner og indsatser kan borgere med fordel blive inddraget og/eller hørt. I forbindelse med tilbud målrettet borgere skal tilbuddet tage udgangspunkt i den enkelte borgers behov og situation”
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 30)

I ovenstående citat tages der udgangspunkt i et sundhedsrelativistisk syn, da det er kommunernes opgave at sikre borgerinddragelse og at borgeren betragtes som ekspert. Her viser Sundhedsstyrelsen i FMS18 en forståelse for, at alle individer er forskellige, og at hvert individ dermed selv er ekspert i eget liv, og således en vigtig kilde til viden. Dermed er det fundamentalistiske syn på borgeren, som værende en del af den kommunale økonomiske beregning, blevet flyttet over mod et relativistisk syn, herunder et holistisk syn på individet og dets egne oplevelser, følelser og meninger. Dog er ovenstående citat det eneste udgangspunkt i FMS18, hvor borgerinddragelse udspecificeres, hvorfor det sundhedsrelativistiske syn i form af borgerinddragelse forekommer lavere prioriteret end det sundhedsfundamentalistiske syn. Jævnfør afsnit 2.3.1: *Bidrager konkurrencestatens idealer på det samfundsmæssige- og politiske niveau til social ulighed i dårlig mental sundhed?* er det nødvendigt, at der er en balance mellem inddragelse af individets egen forståelse af dårlig mental sundhed og eksperternes objektive viden, hvilket Sundhedsstyrelsens anbefalinger i FMS18, ud fra ovenstående, ikke formår at imødekomme. Dette da FMS18 hovedsagelig har et sundhedsfundamentalistisk syn på individet, da fokus i FMS18 hovedsagelig er hvordan dårlig mental sundhed måles og vejes. Betydning af dette kan være at det kommunale forebyggelsesarbejde overser borgerens subjektivitet, da der ikke tages højde for hvordan hver enkelt oplever dårlig mental sundhed.

7.2.1.6 Populationsbaserede og højrisiko strategier

FMS18s rådgivning kan overordnet anses at tage udgangspunkt i populationsbaserede strategier, som det kommer til udtryk i følgende citat:

“Mental sundhed er ofte uafhængig af sygdom. Det er derfor relevant at have fokus på at fremme mental sundhed blandt både raske og syge og både ved fysisk og psykisk sygdom”
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 5)

Citatet er eksempel på, hvordan FMS18s rådgivning har fokus på populationsbaserede strategier da disse er rettet mod at fremme mental sundhed blandt både raske og syge og på at reducere hele befolkningens dårlige mentale sundhed. Endvidere lægges der i FMS18 vægt på anbefalinger af tiltag, der skal fremme trivsel via forbedring af arbejds- og uddannelsesmiljøet, hvilket ligeledes er målrettet den brede befolkning. Fordelene ved populationsbaserede strategier er, ifølge epidemiolog Geoffrey Rose (2001), at fokus på at gavne hele befolkningen og ikke kun på individer i højrisiko, kan forskyde fordelingen på sygdomskontinuummet. Ved at der i FMS18 er et fokus på populationsbaserede strategier, sigtes der på at reducere hele befolkningens dårlige mentale sundhed og at fremme mental sundhed blandt både raske og syge og både ved fysisk og psykisk sygdom. Som beskrevet i afsnit 2.2.2: *Social ulighed som determinant for dårlig mental sundhed*, er det individer med lav SES der er i højeste risiko for at udvikle dårlig mental sundhed, men i den populationsbaserede strategi vil tiltaget ikke kun gavne denne gruppe, men vil gavne hele befolkningen. En utilsigtet konsekvens ved populationsbaserede strategier kan således være, at den sociale ulighed øges yderligere, da individer med lav SES i lavere grad reagerer på forebyggende- og sundhedsfremmende strategier, der fokuserer på hele befolkningen (Drukker et al. 2007; Vallgård et al. 2014). Dog fremgår der, på trods af, det overordnede fokus på populationsbaserede strategier, ligeledes højrisikostrategier i FMS18. Disse former for strategier er karakteriseret ved at rette fokus mod grupper eller personer, som er i højest risiko for sygdom (Rose 2001). Dette kommer til udtryk i FMS18 i følgende citat, hvor fokus er på sårbare og socialt udsatte borgere.

“Kommunen etablerer opsøgende indsatser til støtte og fremme af mental sundhed hos sårbare og socialt udsatte borgere, som oftere har psykiske sygdomme og livsstilssygdomme.”
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 23)

Med udgangspunkt i ovenstående citater ses det, at der i FMS18 anbefales, at kommunen faciliterer indsatser, der skal have et direkte fokus på at støtte og fremme mental sundhed blandt borgere i høj risiko for at udvikle dårlig mental sundhed. Her tillægges der i FMS18 ligeledes vægt på, at kommunerne tidligt skal opspore personer, som er sårbare og i højere risiko for at være socialt udsatte. Denne opsporing af socialt udsatte og sårbare, samt indsatser der involverer denne gruppe, er gennemgående i FMS18, hvilket er i tråd med sundhedslovens §119, §12 og §15 som omhandler: ”(...) *differentieret indsats overfor socialt og psykisk sårbare familier med henblik på fremme af den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel*” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 12). I FMS18 anbefales det, at kommunerne skal rette særlig opmærksomhed mod socialt udsatte og sårbare grupper og dermed er der i FMS18 ligeledes et udgangspunkt i højrisikostrategier.

Med udgangspunkt i ovenstående kan det tolkes at Sundhedsstyrelsen i FMS18 tager højde for både populationsbaserede- og højrisikostrategier, hvoraf der anbefales et overordnet populationsbaseret fokus, men stadig med et særligt fokus på gruppen af borgere der er sårbare og socialt udsatte. Dermed lægger FMS18 op til, at individer med lav SES, som er i højeste risiko for at udvikle dårlig mental sundhed, i højere grad skal tilgodeses. Dette kan medføre at gruppen af individer i den laveste ende af sygdomskontinuummet flyttes højere op i kontinuummet, og at den sociale ulighed reduceres. Dermed tilgodeser højrisikostategien den utilsigtede konsekvens der kan forekomme ved populationsbaserede strategier i form af øget social ulighed, da højrisikostategiens hensigt er at reducere den sociale ulighed, ved at fokusere på de individer, der har størst behov for hjælp og støtte. Ulempen ved at have et fokus på højrisikostategier er dog, at kun individer der er i højrisiko, har fordel af strategien, hvorimod hele befolkningens overordnede sundhed ikke forbedres. Derfor er denne strategi, ifølge Rose (2001), ikke effektiv i sammenligning med populationsstrategier. Ved at FMS18 tager udgangspunkt i begge strategier, tages der højde for disse utilsigtede konsekvenser, da både den overordnede sundhed og de socialt udsatte får gavn af strategierne.

7.2.1.7 Individrettede og strukturelle tiltag

I FMS18 bliver forskellige former for sundhedsfremmende- eller forebyggende tiltag anbefalet kommunerne, som eksempelvis tiltaget i følgende citat.

“Kommunen arbejder for, at de fleste børn og unge deltager i fritidsaktiviteter med henblik på at skabe nye sociale relationer og øget trivsel. Der bør være særlig opmærksomhed på at sikre deltagelse af børn og unge, som er sårbare eller som ikke er foreningsvante (...)”
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 21)

Foruden kommunens arbejde med at få børn og unge til at deltage i fritidsaktiviteter, skal kommunen være opmærksomme på at sikre, at børn og unge deltager i fritidsaktiviteter. En strategi der retter sig mod enkeltindivider, og som kræver individets egen deltagelse i tiltaget er et individrettet tiltag (Vallgård et al. 2014). I ovenstående citat fremgår det, at sårbare børn og unge er i risiko for at udvikle negative udfald, og derfor skal dette forebygges ved, at børn og unge inddrages i fritidsaktiviteter og får sociale relationer der skal øge deres trivsel. Dermed fremkommer det, i denne anbefaling for kommunernes arbejde, som både har fokus på population og højrisikogrupper, at et individrettet tiltag skal tilrettelægges. Det individrettede tiltag har den hensigt at give børn og unge mulighed for at skabe nye sociale relationer og på den måde øge trivslen. Endvidere ses der individrettede tiltag i følgende citat.

“Kommunen sikrer, at unge, som oplever dårlig mental sundhed, men som endnu ikke har eller viser symptomer på psykisk sygdom, har adgang til et lettilgængeligt åbent tilbud, hvor de uden visitation kan modtage rådgivning og evt. tale med andre unge om deres problemstillinger samt indgå i positive fællesskaber.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 22)

I citatet er individrettet forebyggelse i fokus, ved at kommunen skal facilitere lettilgængelige og åbent tilbud til de unge der oplever dårlig mental sundhed, men endnu ikke viser tegn på psykisk sygdom. Dog er det op til den enkelte unge selv at opsøge tilbuddet og være modtagelig for rådgivning samt at indgå i positive fællesskaber. Det individrettede ses ligeledes i følgende:

“Kommunen tilbyder kursus i håndtering af angst og depression til borgere, som har eller er på vej til at udvikle angst og/eller depression. Kurset kan bl.a. fokusere på mestring af dagligdagen og sociale relationer.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 22)

Her er det op til den enkelte at opsøge kommunens kursus omkring håndtering af angst og depression. Ud fra dette har FMS18 hovedsageligt et fokus på individrettet forebyggelse, da de i de fleste tiltag har fokus på at individer selv skal være opsøgende. Individrettede tiltag har den utilsigtede konsekvens, at individets egen accept og deltagelse i tiltaget kan bidrage til, at den sociale ulighed stiger. Dette da individer med lav SES i lavere grad deltager i sundhedsfremmende- og forebyggende tiltag, hvorfor disse ikke får den hjælp og støtte de har behov for (Drukker et al. 2007; Vallgård et al. 2014). Dermed kan tiltag der kræver individets eget initiativ i højere grad medføre den utilsigtede konsekvens at øge den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Tiltag hvor dette ikke i samme grad er en utilsigtet konsekvens er såkaldte strukturelle tiltag, som gennem ændringer i miljøet har til hensigt at reducere sundhedsrisici og fremme sund adfærd. FMS18 refererer til sundhedslovens §119 (LBK nr. 934 af 27/06/2017), som lovgiver om, at befolkningen skal have adgang til at kunne færdes og opholde sig i grønne områder, og forbedre mulighederne for friluftsliv. Ud fra denne lov, har FMS18 opstillet følgende anbefaling til kommunen:

“[At] Kommunen anvender naturen som arena for det mentalt sundhedsfremmende arbejde. Fx ved indsatser i naturen med fokus på involverende deltagelse og etablering af sociale relationer og fællesskaber mellem borgere. Mental sundhed kan også være et fokuspunkt i byplanlægningen, så parker og byrum planlægges og udvikles med henblik på let adgang til indbydende natur og grønne områder og med særlig fokus på udsatte områder.” (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 18)

FMS18 anbefaler kommunerne at anvende naturen og tilrettelægge byplanlægningen således, at mental sundhed fremmes. Yderligere er det ligeledes en gennemgående anbefaling i FMS18, at tiltag skal foregå i forhold til uddannelses- og arbejdsmiljø. Disse er strukturelle tiltag, da det er ændringer i miljøet, og ikke individets eget initiativ, der skal fremme den mentale sundhed og forebygge den

dårlige mentale sundhed i befolkningen. Dog er de strukturelle tiltag ikke prioriteret yderligere i FMS18, da det, foruden dette citat, ikke adresseres direkte, men kort nævnes i form af skolers- og arbejdspladsernes fysiske miljø samt et trygt nærmiljø.

At FMS18 i højere grad anbefaler individrettede frem for strukturelle tiltag, kan ud fra ovenstående fremstå problematisk, da det kræver at individer selv gør en aktiv indsats for at acceptere tiltaget, hvilket individer med lav SES i lavere grad gør. Derfor kræver denne målgruppe opmærksomhed i forhold til opsøgning og rekruttering, hvis de individuelle indsatser skal bidrage til at reducere den sociale ulighed (Vallgård 2009). Dette er problematisk da, som beskrevet, FMS18 ikke adresserer særlige anbefalinger og rådgivning i forhold til, hvordan indsatser målrettet udsatte og sårbare målgrupper skal tilrettelægges, hvorfor heller ikke problematikken bag opsøgning og rekruttering adresseres i FMS18. Dette kan have den konsekvens, at kommunerne, som hovedsageligt anbefales at tilbyde individrettede tiltag, kun hjælper borgere med høj SES til en bedre mental sundhed, og at den sociale ulighed i dårlig mental sundhed dermed stiger yderligere.

7.2.1.8 Proximale og distale faktorer

Som beskrevet ovenfor, har FMS18s definition af dårlig mental sundhed og anbefalinger til kommunens arbejde, herunder sundhedsfremmende tiltag, en blanding af højrisiko- og populationsbaserede strategier samt hovedsageligt individrettede tiltag, primært fokus på de proximale faktorer, herunder faktorer under de intrapersonelle og interpersonelle niveauer. Der gives i FMS18 udtryk for en overordnet forståelse af, hvilke risiko- samt beskyttende faktorer der kan påvirke den mentale sundhed, som henholdsvis er det individuelle-, sociale- samt strukturelle niveau. Heraf har Sundhedsstyrelsen fokus på risikofaktorer på det individuelle niveau som værende individuelle ressourcer, fysisk helbred samt risikoadfærd såsom rygning, alkohol og fysisk inaktivitet. Det sociale niveau omhandler fysisk og psykisk misbrug, manglende tryghed og omsorg, svage sociale relationer, ensomhed, mobning og diskrimination. Det strukturelle niveau inkluderer lav SES, sygefravær og arbejdsløshed samt belastende arbejdsmiljø og boligområde (Sundhedsstyrelsen 2018b). I FMS18 bliver risikofaktorerne fra henholdsvis det intrapersonelle, det interpersonelle samt det organisatoriske niveau adresseret, som jævnfør Sallis et al. (2008), er de tre ud af fem niveauer, som er nærmest individet. Derfor medtager FMS18 kun risikofaktorer fra henholdsvis de proximale og nærmeste distale niveauer, hvorimod det samfunds- og politiske niveau, som i afsnit 2.3.1: *Bidraget konkurrencestatens idealer på det samfundsmæssige- og politiske niveau til social ulighed i dårlig mental sundhed?* er fundamentale årsagsfaktorer til dårlig mental sundhed, ikke adresseres. Dette er problematisk, da der er et behov for

at tage højde for alle distale niveauer, hvis et forebyggende- eller sundhedsfremmende tiltag skal have vedvarende effekt, da fokus på de faktorer nærmest individet oftest er 'symptombehandlende' og ikke adresserer alle de underliggende faktorer til tilstanden (Naylor et al. 2010, Link & Phelan 1995, Rose 2001). Dermed kan FMS18s manglende beskrivelse af risikofaktorer på de yderste distale niveauer medføre at kommunerne ligeledes overser de yderste distale faktorer. Ud fra FMS18 kan det tolkes, at risikofaktorerne på det sociale - og det strukturelle niveau er prioriteret højest. Det sociale niveau ses i anbefalingerne i FMS18 i forhold til, hvad kommunens understøttende tilbud bør indeholde:

"Tilbuddet skal med udgangspunkt i borgerens behov og ressourcer understøtte muligheden for at indgå i sociale sammenhænge og føle sig som en del af et positivt fællesskab."
(Sundhedsstyrelsen 2018b s. 24)

Således anbefaler Sundhedsstyrelsen, at de tilbud kommunen udarbejder i forebyggelsesarbejdet af dårlig mental sundhed, skal tage udgangspunkt i individets sociale sammenhæng og det positive fællesskab. Dette udgangspunkt gennemsyrrer hele FMS18, hvor det anbefales kommunerne at *"(...) tilbyde aktiviteter, sociale relationer og positive fællesskaber, som fremmer borgers mentale sundhed (...)"* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 30). Dette skulle gøres gennem *"(...) etablering af sociale relationer og fællesskaber mellem borgere (...)"* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 18) og dermed *"(...) forbedre den enkeltes sociale funktion (...)"* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 12). Endvidere er det strukturelle niveau gennemgående, hvor FMS18 anbefaler at der udarbejdes lokale politikker på arbejdspladser, for at reducere stress samt at forbedre det psykiske arbejdsmiljø og trivsel (Sundhedsstyrelsen 2018b). Det samme gør sig gældende for uddannelsesinstitutioner, hvor det anbefales at de kommunale skoler skal give *"(...) oplysning og vejledning til børn og forældre med det formål at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (...)"* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 12), at *"(...) elevers trivsel styrkes ved opbygning af sociale, inkluderende og positive fællesskaber samt forebyggelse af mobning."* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 20) og at der anvendes *"(...) årlige trivselsmålinger til at opspore dårlig trivsel på skolen."* (Sundhedsstyrelsen 2018b s. 27).

Derfor kan det tolkes, at Sundhedsstyrelsen lægger vægt på det sociale- og strukturelle niveau, herunder det interpersonelle og det organisatoriske niveau i Sallis' (2008) økologiske model, hvis den sociale ulighed i dårlig mentale sundhed skal reduceres. Dermed kan det fremstå, at fokus i forebyggelsesarbejdet, som frem til i dag hovedsageligt har været på det intrapersonelle niveau (Naylor et al. 2010), er blevet udvidet til det interpersonelle og organisatoriske niveau, og kan dermed anses som en positiv udvikling. Dog ses der stadig et behov for et fokus på de yderste distale niveauer, herunder

det politiske- og samfundsmæssige niveau, hvis en effektiv strategi mod reducere af social ulighed i dårlig mental sundhed skal tilvejebringes.

Ud fra ovenstående er det blevet analyseret, hvordan forskellige mentale sundhedsemner er blevet adresseret i FMS18. Ud fra dette ses en manglende overordnet definition af dårlig mental sundhed, hvilket kan give en utilstrækkelig vejledning til kommunernes forebyggelsesarbejde. Dog vurderes det, at Sundhedsstyrelsen i FMS18 har en overordnet forståelse af dårlig mental sundhed som et mellemstadium mellem psykisk sygdom og mental sundhed, hvilket kan imødekomme sygeliggørelse og stigmatisering af individer med dårlig mental sundhed. Endvidere ses der en manglende uddybning og rådgivning af, hvad social ulighed er og hvordan dette skal forebygges, da dette defineres snævert ud fra uddannelse, og som et dikotomt problem, der kan bidrage til, at kommunerne får en forståelse af social ulighed, som individet med lav SES' eget ansvar. Det er yderligere vist, at der ikke ses en klar skelnen mellem sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse i FMS18. Dette kan give metodiske problemer for kommunerne, i deres arbejde med at reducere social ulighed i dårlig mental sundhed. Yderligere er der i FMS18 hovedsageligt fokus på det fundamentalistiske sundhedssyn, og dermed er der ubalance mellem inddragelse af individets egen forståelse og eksperternes viden. Endvidere anbefaler FMS18 både populations- og højrisikostrategier, hvilket i højere grad kan imødekomme den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Herunder anbefales der hovedsageligt individrettede tiltag, frem for strukturelle, hvilket dog er problematisk, da disse tiltag har vist sig i lavere grad at have virkning på individer med lav SES.

7.3 Analyse af den kvalitative interviewundersøgelse

I den nedenstående tabel 7 ses en præsentation af informanternes kendetegn. Disse kendetegn kom frem under analysen, hvor et introducerende forskningstema i interviewguiden omhandlede at få baggrundsviden for informanternes rolle og erfaring med forebyggelsesarbejdet i kommunen, da dette kan have betydning for informanternes kendskab til forebyggelsesarbejdet. Begge informanter arbejdede på det strategiske niveau i kommunen og dermed på det sundhedspolitiske niveau. Informant 1 havde hovedsageligt ansvar for økonomi, personale og dokumentation, og havde under interviewet et overordnet fokus på forebyggelsesarbejdet i forhold til dårlig mental sundhed i sammenhæng med arbejdsløshed og uddannelse. Informant 2 havde ansvar for sundhedsområdet inden for voksne og ældre, og havde gennem interviewet hovedsageligt fokus på ældres mentale sundhed og de tilbud kommunen tilbyder gennem deres sundhedscentre. I analysen vil denne baggrundsinformation, sammen med informanternes udtagelser bidrage med at skabe en forståelse af hvilke erfaringer informanterne oplever i arbejdet med FMS18, og hvordan disse erfaringer kan bidrage til forandringsforslag. I den videre problembearbejdning vil informanterne ses som repræsentanter for de respektive kommuner.

Informant Præsentation

Informant 1	- Har arbejdet i kommunen i tre år - Arbejder på det strategiske niveau. - Ansvar for økonomi og personale, dokumentation og evaluering - Arbejder med det politiske i kommunen Har i forebyggelsesarbejdet et overordnet fokus på, at få borgere uden for arbejdsmarkedet i job og at få unge i uddannelse
Informant 2	- Chefkonsulent i en nordjysk kommune - Arbejder på det strategiske niveau - Arbejder hovedsagelig på sundhedsområdet inden for voksne og ældre - Arbejder med det politiske i kommunen Har i forebyggelsesarbejdet et overordnet fokus på de ældre borgere, og at tilbyde borgerne hjælp gennem kommunens sundhedscentre

Tabel 7: Præsentation af informanterne

7.3.1 WHO's definition ligger jo bag ved alt det vi arbejder med i kommunen

Der var i begge interviewes en overordnet tendens til, at når fokus blev indsnævret mod dårlig mental sundhed, blev dette spørgsmål besvaret ud fra, hvordan informanterne forstod mental sundhed. Herunder tog de udgangspunkt definitionen fra WHO, som Sundhedsstyrelsen beskriver i FMS18, som værende to-dimensionel. Endvidere sidestiller informant 1 begrebet med trivsel og som indbegrebet af at kunne være end del af samfundet og fællesskabet:

[Hvordan forstår du dårlig mental sundhed?] *“Jamen altså det, forstår jeg ud fra definition af mental sundhed, altså og det er jo også som det er beskrevet af WHO at det er 2 dimensioner, det det er både nogle følelser man har men så er det også en evne til at klare hverdagen (...) der er nogle dagligdags funktioner som man ikke kan klare, og som er med til at hæmme en i forhold til det man måske man gerne vil og det man bliver nødt til for at have en plads på arbejdsmarkedet eller i civilsamfundet i det hele taget.”* (Informant 1)

Ligeledes besvarede informant 2 spørgsmålet om dårlig mental sundhed, ud fra definitionen af mental sundhed, hvor både det to-dimensionelle begreb og trivsel kom til udtryk:

[Hvordan forstår du dårlig mental sundhed?] *“Jamen, mental sundhed det kan man jo omsætte til trivsel, så hvis man fungerer dårligt og har det dårligt (...) Hele paletten med det mentale, det er jo hvordan vi trives. At det, eh, det er væsentligt. (...) der er både to dimensioner deri også, der er både den der 'hvordan fungerer jeg i hverdagen, men hvordan oplever jeg også det at være der.’”* (Informant 2)

Således forstår begge informanter dårlig mental sundhed ud fra, hvordan mental sundhed er defineret af WHO, som to-dimensionelt. Informant 1s erfaring med at definere dårlig mental sundhed, tager udgangspunkt i WHO's definition. Informant 1 forstår dette som, at borgere der har dårlig mental sundhed kan have dagligdagsfunktioner de ikke kan klare, og som derfor kan hæmme dem i det borgerne har lyst til, og i at have en plads i civilsamfundet. Således har informant 1 en forståelse af definition ud fra både et fundamentalistisk og relativistisk sundhedssyn; et fokus på at fremme borgernes mentale sundhed, med det henblik at kunne tage plads i civilsamfundet og på arbejdsmarkedet, betragtes som et fundamentalistisk sundhedssyn, hvor det samfundsøkonomiske perspektiv er centralt. Dog ses det relativistiske sundhedssyn i, at informant 1 beskriver de to dimensioner således at der ikke kun skal fokuseres på borgerens funktion, men også på borgerens oplevelser. Som det beskrives, kan borgerens begrænsede funktioner i hverdagen, ligeledes medføre, at borgeren kan blive hæmmet i forhold til hvad borgeren gerne vil. Ligeledes beskriver informant 2, at dårlig mental sundhed må anskues i forhold til det hele menneske - hele paletten - hvor hele paletten er det to-

dimensionelle, som WHO definerer. Dermed er forståelsen af dårlig mental sundhed med udgangspunkt i et mere relativistisk sundhedssyn, hvor der tages højde for individuelle følelser. På trods af, at definitionen lægger op til, også at tage højde for de individuelle følelser, giver informant 1 dog udtryk for, at de har alle mulige kvantitative måder at måle mental sundhed på, som det udtales i det følgende:

“(...) at det er 2 dimensioner, det det er både nogle følelser man har men så er det også en evne til at klare hverdagen og det er egentlig den måde vi arbejder med det på, her ude og fravær af det, jamen det er jo dårlig mental sundhed, så har vi alle mulige måder vi måler det på i forhold til det kvantitative sådan i daglig tale så er det den måde vi arbejder med det på.”
(Informant 1)

Informant 1 beskriver efterfølgende disse kvantitative metoder som værende *“(...) stress-skalaen, depression-skalaen, WHO-5 skala, mental sundheds skala og alt det der (...)”* (Informant 1). Her afspejles usikkerhed bag, hvordan dårlig mental sundhed måles, når definitionen tager udgangspunkt i både et fundamentalistisk- og relativistisk sundhedssyn, men at der i målingen af tilstanden, kun tages udgangspunkt i en kvantitativ metode. Dette kan være problematisk, da en kvantitativ målemetode ikke tager højde for de følelser, oplevelser og tanker, der ligger bag det relativistiske i definitionen af mental sundhed. Informant 1 har erfaret at der til dagligt arbejdes ud fra en kvantitativ metode, når dårlig mental sundhed skal måles. Dette kan give udfordringer, da der ikke findes en gyldig metode til at måle dårlig mental sundhed, men at måling ud fra informant 1 gøres ud fra stress-skalaen, depression-skalaen, WHO-5-skalaen, mental sundheds-skalaen og alt det der.

Begge informanter gav udtryk for, at definitionen i FMS18 hjælper i forebyggelsesarbejdet, ved at legitimere indsatser og koble arbejdet med mental sundhed, som det udtales af informant 1:

“Altså, den [Forebyggelsespakken] har jo den der overordnet definition (...) den måde den hjælper på, den legitimere nogle indsatser som er man kan koble på arbejdet med mental sundhed, fordi i alle de år jeg har arbejdet med sundhed, så har vi haft svært ved at finde ud af hvad det er, det er jo f.eks. at arbejde med mental sundhed hvis man lære børn at læse i skolen, hvis folk får job så siger man jo også kunne dette ikke også være at arbejde med mental sundhed, men forebyggelsespakken har hjulpet med at legitimere og operationalisere indsatser på mental sundhed.” (Informant 1)

Således afspejler begge kommuners definition af dårlig mental sundhed måden hvorpå WHO definerer mental sundhed. Ud fra informanternes erfaringer er definition af vigtig betydning for, hvordan kommunerne arbejder med dårlig mental sundhed. Som informant 2 beskriver, at *“Definition som*

WHO har på mental sundhed, den ligger jo bag ved alt det vi arbejder med i dag i kommunen.” (Informant 2) og beskriver yderligere at når de i kommunen *“Skal implementere sådan noget her [Tiltag mod dårlig mental sundhed], så kan det let havne ud i en masse nicher. Og så kan man ligesom vende tilbage [Til definitionen] og sige, at hvad er det så for noget vi forstår ved nogen af de her ting?”* (Informant 2). Dermed erfarer informant 2, at WHO's definition ligger bag alt forebyggelsesarbejdet, som omhandler dårlig mental sundhed. Definitionen åbner op for den mulighed, at, når der opstår nicher, og definitionen af mental sundhed bliver forstået ud fra forskellige synspunkter, kan de vende tilbage til definitionen og få den ‘rette’ forståelse af denne igen. Yderligere har definitionen hjulpet informant 2s kommune med, ikke kun at fokusere på borgernes funktioner, men også borgernes oplevelser:

“Kommuner har tidligere været gode til at understøtte om borgernes funktioner. Lavet nogle tiltag der dækker meget måske de fysiske ting, ikke også, men det er funktionerne vi har haft fokus på, og men, som du kan se i det jeg også beskrev her på frisen bag ved, så lægger vi meget vægt på borgerens oplevelser også. Fordi det er den [Definitionen] der er med til, også, at kunne give den mentale sundhed.” (Informant 2)

Informant 2 erfarer, at definitionen, som ligger bag forebyggelsesarbejde i forhold til dårlig mental sundhed, har hjulpet kommunen med at holde fokus på den ‘rette’ definition, og har yderligere hjulpet informant 2 til at tage højde for både borgernes funktion og oplevelser. Som informant yderligere beskriver om forebyggelsesarbejdet, at *“ (...) selvom vi måske bliver noget fysisk, så er der en mental tankegang med i det her.”* (Informant 2). Således tager informant 2 udgangspunkt i både det relativistiske og fundamentalistiske sundhedssyn i forebyggelsesarbejdet, hvor der både tages højde for individets funktion og følelser.

Informant 2 gav yderligere udtryk for at definere dårlig mental sundhed i forhold til hvordan Sundhedsprofilen måler dette, når der blev spurgt ind til, hvordan de i kommunen arbejder med dårlig mental sundhed:

“(...) Mental sundhed, det skal der jo arbejdes på igennem hele livet. Og, eh, hvordan måler man hvor man er på sådan noget her? Og der har vi jo i Danmark, har man jo lavet vores Sundhedsprofil-undersøgelse. (...) Og den [Sundhedsprofilen] lægger jo netop op til at det er søvnen, det er stress, det er hvis man ikke er tilknyttet et netværk, for eksempel foreningsliv og så videre. Der kan være nogle af grundelementer og ensomhed er også.” (Informant 2)

At informant 2 tager udgangspunkt i dårlig mental sundhed i form af søvnmangel, stress, manglende netværk og ensomhed, kan tolkes som en bred anskuelse på forståelsen af dårlig mental sundhed. Den

måde definitionen bliver anskuet på af informant 2 kan fremstå lidt uklar, hvorfor definitionen i FMS18, som informanterne tager udgangspunkt i, må afspejle dette. Endvidere fortalte informant 2, at de benytter tal fra Sundhedsprofilen, for at se hvor kommunen har udfordringer i forhold til sundheden. Sundhedsprofilens mål af dårlig mental sundhed i befolkningen, kan ud fra citatet tolkes at tage udgangspunkt i en fundamentalistisk tilgang til forståelsen af dårlig mental sundhed, hvor der ikke tages højde for borgernes egne meninger, oplevelser og erfaringer i forhold til dårlig mental sundhed. Endvidere har disse mål kun fokus på de individuelle proksimale faktorer, som stress, ensomhed og socialt netværk. Dog gav informant 2 udtryk for, at viden fra Sundhedsprofilen gav informanten forhåbning om at give folk lyst til at leve sundt, hvor det at trives kommer i centrum:

“Så de ting har vi selvfølgelig kigget på løbende i de Sundhedsprofiler der har været igennem årene, og set, at her er der noget der kan give udfordringer. (...) altså vi har simpelthen tænkt at her skal vi give folk lyst. Så det vil sige den der, det at trives, også mentalt, bliver virkelig i centrum i den her. Så politikken hedder ‘Sundhed med lyst til livet’. Og, egentlig er det her, jo før jo bedre, at vi kan gøre noget i forhold til at få lyst til at dyrke noget sundt, og være sund, jo bedre. Og vi vil rigtig gerne gøre det sammen med borgerne (...)” (Informant 2)

At informant 2 tager udgangspunkt i Sundhedsprofilens mere fundamentalistiske forståelse af dårlig mental sundhed, men får vendt denne forståelse til en mere relativistisk forståelse, hvor borgerens lyst og trivsel er i centrum, viser at kommunen har en erfaring med dårlig mental sundhed, som en tilstand der ikke kun kan forebygges ud fra kun det fundamentalistiske sundhedssyn. Informant 2 tager ikke kun udgangspunkt i stressreducering og øget netværk, men ligeledes borgerens følelser og oplevelser. At de i kommunen ønsker at gøre det sammen med borgeren viser ligeledes en erfaring med, at det enkelte menneske er et subjekt der har forskellige behov og står i forskellige kontekster, hvorfor disse har brug for direkte kontakt. Derfor er de erfaringer kommunen gør sig, i forhold til, hvordan dårlig mental sundhed skal defineres, er, at de må tage udgangspunkt i de mål der ses i Sundhedsprofilen, men yderligere må vende disse mål til et relativistisk sundhedssyn, som tager højde for borgerens egen mening, følelser, oplevelser og kontekst.

Overordnet udtrykker begge informanter en erfaring med, at Sundhedsstyrelsens definition af dårlig mental sundhed i FMS18, er af vigtig betydning for deres forebyggelsesarbejde. Ud fra denne definition ses et primært fokus på proksimale faktorer og med både et fundamentalistiske og det relativistiske sundhedssyn.

7.3.2 Social ulighed- et kontinuum af definitioner

Da der under interviewene blev spurgt ind til, hvilket fokus informanterne har i forhold til forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed, havde informant 1 en bred forståelse af forebyggelsen af denne: *“Altså vi har (...) de pejlemærker der handler om mental sundhed, og det er for alle borgere, det er både bredpenslet det er også for særlige målgrupper (...)”* (Informant 1). At informant 1 beskriver, at de i kommunens forebyggelse arbejder både bredpenslet samt i forhold til særlige målgrupper, kan ses som, at der i forebyggelsen både arbejdes ud fra en populations- og højrisiko-baseret tilgang. Således har informant 1 en bred forståelse af, hvordan social ulighed i dårlig mental sundhed skal forebygges, da der både tages udgangspunkt i tiltag i hele befolkningen, men også over for særlige målgrupper. Endvidere beskrives det af informant 2, at de borgere der har det særligt svært søges at blive hjulpet ved at skabe lige forudsætninger, stærkt lokalsamfund, skabe netværk, øge selvhjulpenheden- og robusthed.

“(...) Vi vil gerne skabe lige forudsætninger ved at give folk forskellige støtte. Nogle kan selv, og andre har brug for hjælp til noget (...) Stærkt lokalsamfund vil vi gerne skabe, og kommunen skal være garant for mennesker og miljø betyder også at vi skal gribe dem der har det særligt svært, også mentalt. Vi vil gerne skabe robuste mennesker (...) så er der den der med borgerens selvhjulpenhed, den er i centrum og netværket det er i spil, for det er jo spørgsmålet om at give borgeren et godt netværk (...)” (Informant 2).

Ud fra ovenstående er informant 2s erfaringer med social ulighed i dårlig mental sundhed at skabe lige forudsætninger for alle. Hermed har informant 2 et sundhedsrelativistisk syn, hvor en anerkendelse overfor at nogle kan selv, imens andre har brug for hjælp til noget og ekstra støtte, afspejles. Dermed er informant 2s erfaring, at det er nødvendigt at tage højde for hver enkelt borger, og at nogle borgere har behov for mere støtte og hjælp end andre. Endvidere erfares det, at der er behov for et stærkt lokalsamfund, således at det kan gribe dem der har det særligt svært, og dermed skabe robuste mennesker, som kan være selvhjulpne og få et stærkt netværk. Yderligere kan det analyseres fra citatet, at der anvendes begreber inden for det individrettede sundhedsfremmende perspektiv, da selvhjælp og robuste mennesker er målet. Dette kommer ligeledes til udtryk i forhold til informant 2s beskrivelse af de tiltag de tilbyder gennem kommunens sundhedscentre, hvor det første de ønsker at hjælpe med er *“(...) at give borgerne en mestring til selv at være noget, fordi så bliver man mentalt rustet også til at klare. Så man skal have kompetencer til også at kunne klare tingene (...)”* (Informant 2) og *“Men tankegangen er også hele tiden ’hjælp til selvhjælp’, altså man skulle gerne kunne blive bedre og bedre (...)”* (Informant 2). Således har informant 2 erfaret, at metoden til at reducere social

ulighed i dårlig mental sundhed er, ud fra et sundhedsfremmende perspektiv, at give borgerne mestring og hjælp til selvhjælp. Ud fra et Foucault-perspektiv kan dette afspejle teknologien governmentality, hvor hensigten er at gøre individet robust og selvhjulpent, for dermed at øge dets produktivitet. Dette kan denne teknologi medføre, at genstandsfeltet for forebyggelsesarbejdet er at øge individets produktivitet, frem for at øge individets trivsel. Dermed kan tankegangen, som overordnet forstås som anerkendende og sundhedsrelativistisk, bidrage til, at individets subjektivitet forsvinder. Dette kan betyde, at der er en uoverensstemmelse mellem informant 2s egentlige ønsker for borgerne, og det som udformer sig i praksis.

Denne uoverensstemmelse kan ligeledes ses i informant 1s udtalelse i forhold til forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed. Da informant 1 blev spurgt ind til kommunens målsætninger i forhold til sociale ulighed i dårlig mental sundhed, havde informanten erfaring med, at forebyggelsesarbejdet af den sociale ulighed i dårlig mental sundhed måtte fokusere på at få borgere der ikke er i job, tilbage på arbejdsmarkedet.

“(...) vi [har] også en stor indsats der handler om mental ulighed i sundhed, lige nu har vi f.eks. et stor projekt her, hvor vi skal forsøge at få de borger der er allerlængst væk fra arbejdsmarkedet få dem med i det tilbud (...) så jo større andel vi får af de borger [Tilbage til arbejdsmarkedet] jo større succes har vi (...) fordi social ulighed er så markant et politisk pejlemærke i kommunen (...) Så må vi så sige vores generelle indsatser som handler om at give folk nogle redskaber til at håndtere deres stress, at de minimere risikoen for at falde ud af arbejdsmarkedet, så det er en forebyggende indsats i forhold til social ulighed” (Informant 1)

Ud fra ovenstående beskrives, at informant 1 arbejder med at få de borgere, der er allerlængst væk fra arbejdsmarkedet i job, hvilket er et markant politisk pejlemærke i kommunen. Derfor har informant 1 gjort sig erfaring med, at der arbejdes med at reducere social ulighed i dårlig mental sundhed, når der tilbydes indsatser der kan få borgerne tilbage til arbejdsmarkedet. Dette kan dog ligeledes påvirke borgerens subjektivitet, da genstandsfeltet flyttes fra at øge borgerens trivsel til at få borgeren tilbage på arbejdsmarkedet. Endvidere har informant 1 en erfaring med, at det er *“(...) dem [borgere] der er allermest udsatte, det er jo dem der er uden for arbejdsmarkedet. Det er dem der har den største andel af borger med dårlig mental sundhed (...)”* (Informant 1). Informant 1 forklarer ligeledes grunden bag denne konstatering, ved at udtrykke:

“(...) er røget helt ud af arbejdsmarkedet (...) og så som tiden går, har udviklet mental helbredsproblemer, fordi det er så hårdt ikke at have fællesskabet og være en del af og det er fuldstændig accelererende eller akkumulerende at jo længere tid der går jo dårligere får man det.” (Informant 1)

Informant 1 beskriver, at grunden til at manglende tilknytning til arbejdsmarkedet kan medføre dårlig mental sundhed, er at borgeren ikke har et fællesskab. Sociale relationer er ligeledes et centralt element i dårlig mental sundhed da sociale netværk og flere tætte forhold ifølge Kawachi & Berkman (2001) er associeret med bedre mental sundhed. Således ser informant 1 det væsentligt at få borgere tilknyttet arbejdsmarkedet, da informant 1 ser dette som en måde til at øge det sociale netværk, og dermed forebygge dårlig mental sundhed.

Yderligere beskriver informant 1, at grunden til at en tilknytning til arbejdsmarkedet er så vigtig i forhold til social ulighed er, at *"(...) de sociale problemstillinger er jo, fylder jo noget mere hos dem der ikke [er i arbejde] og er oftest årsagen til, at de er herinde, at de har fået stress af det (...)"* (Informant 1). At informant 1 anser, at løsningen på den sociale ulighed i dårlig mental sundhed er, at borgerne skal tilknyttes arbejdsmarkedet, kan dog udviske kompleksiteten, der ligger bag forebyggelsen af den sociale ulighed. Som det er analyseret i afsnit 2.2.3 *Definition af social ulighed i sundhed* har individer med lav SES i lavere grad de ressourcer, det overskud og den health literacy det kræver, at håndtere hverdagens- og arbejdslivets problematikker. Derfor vil en tilknytning til arbejdsmarkedet, og dermed et øget netværk, ikke nødvendigvis løse problematikken bag den sociale ulighed i dårlig mental sundhed.

Dog giver informant 1 ligeledes udtryk for en bredere forståelse af social ulighed, ved at udtale at *"Social ulighed er jo et kontinuum af definitioner så man kan jo altid argumentere for, at man arbejder med, at man arbejder med social ulighed."* (Informant 1). På den baggrund siger informant 1, at næsten alle deres indsatser *"(...) handler om social ulighed."* (Informant 1). Denne forståelse kan fremstå bred og uden retning, hvilket ikke lægger op til en specifik og målrettet tilgang. Dette er problematisk, da informant 1 dermed ikke forholder sig til hvilken metode, der skal anvendes i forhold til at forebygge den sociale ulighed, fordi *"(...) man altid kan argumentere for, at man arbejder med social ulighed."* (Informant 1). Således kan der i citatet ses en usikkerhed bag forståelsen af social ulighed, som kan have konsekvenser for forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed. I forhold til at skulle reducere den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, synes informant 1 at FMS18 tager fint højde for dette:

"Den tager jo fat i, i forhold til, som vi taler om med job og uddannelsesfrafald (...) har den jo anbefalinger med, og så har den også på den brede pensel at den handler om at vi skal sørge for at så mange indgår i positive fællesskaber som muligt." (Informant 1)

At så mange som mulige kan indgå i positive fællesskaber beskrives videre, at det “(...) *stiller krav til foreninger og kulturtilbud om at skal tage imod, man skal være bedre til at tage imod forskellige typer af borgere og ikke kun de ressourcestærke.*” (Informant 1). Informant 1 har erfaret, at der er behov for at der stilles større krav til, at foreninger og kulturer tager imod forskellige typer af borgere. Denne erfaring afspejler kompleksiteten bag social ulighed i dårlig mental sundhed, ud fra Sallis’ (2008) økologiske model, hvor årsager fra de yderste niveauer, omkring individet, er nødvendige at inddrage, hvis individernes sundhed skal forbedres.

Yderligere har informant 1 erfaret to barrierer i FMS18s adressering, som omhandler, hvordan forebyggelsen skal tage højde for borgere med en anden etnisk baggrund end dansk og studerende, som i følgende citat:

“(...) jeg mener ikke der er noget omkring integration [i Forebyggelsespakken] og sådan noget med, hvis jeg lige kan huske det, det synes jeg ikke lige der er. (...) Ja, borgere med anden etnisk baggrund.” (Informant 1).

Dette forslag kan udspringe af, at informant 1 tidligere i interviewet udtrykker en erfaring med, at det er nødvendigt at kunne tale dansk, for at kunne være en del af de tiltag, de tilbyder i kommunen:

“(...) kan have etnisk baggrund, altså det får du godt nok på dansk så man skal kunne snakke dansk, men sådan ting forsøger vi lidt at tage højde for, men det er jo svært altså (...)” (Informant 1)

At informant 1 erfarer, at ikke etniske danskere ikke imødekommes i FMS18, kan det være et udtryk for, at denne målgruppe kan blive overset i informant 1s arbejde, da de mangler konkret rådgivning og værktøjer til hvordan denne målgruppe skal håndteres. Yderligere har informant 1 erfaret begrænsninger ved FMS18 i forhold til studerende og den mellemfase som de står i, når de går på ungdomsuddannelse og er flyttet hjemmefra:

“(...) der er ikke nogen anbefalinger som handler om de studerende, altså den der mellemfase. Der er meget omkring børn og unge og men der alligevel også en fase af sådan, når man går på ungdomsuddannelse, man er jo i gang med at studere, man, og altså det kan også være en sårbar fase (...) der kunne jeg da godt tænke mig at der havde været noget nu... hvad hedder det, regeringens stress panel kommer med nogle anbefalinger omkring det, som ikke er nævnt i det her [i Forebyggelsespakken].” (Informant 1).

I citatet er det tydeligt, at der fra informant 1 er et ønske om, at der er anbefalinger til, hvordan der specifikt arbejdes med borgere i denne mellemfase, hvor de eksempelvis går på ungdomsuddannelse.

Her påtænker informanten, at der er en begrænsning i FMS18s rådgivning, og udtaler i den forbindelse, at de må søge til regeringens stress panel som kommer med nogle anbefalinger omkring det emne, som FMS18 ikke adresserer.

Endvidere gav en af informanterne udtryk for, at social ulighed er et kontinuum af definitioner, hvilket kan betragtes som diffus at placere i forebyggelsesarbejdet. Derfor har informanten erfaret, at FMS18 mangler en mere dybdegående rådgivning og vejledning på, hvordan social ulighed i dårlig mental sundhed defineres og arbejdes med i praksis. Endvidere er der erfaring med, at der skal stilles større krav til, at foreninger og kulturer tager imod alle former for borgere, hvis den sociale ulighed i dårlig mental sundhed skal reduceres og der er en overordnet mangel på rådgivning til, hvordan forebyggelsesarbejdet skal tage højde for integration og unge under uddannelse i FMS18.

7.3.3 Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* er ikke et mål, men det er et værktøj

Begge informanter beskrev FMS18 som vigtig i forhold til udarbejdelsen af sundhedspolitikker og forebyggende samt sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Informant 1 beskriver det som, at "*Forebyggelsespakken jo også er en stor del af, bagtæppet for den politik* [Sundhedspolitikken som kommunens handleplaner kobler sig op på]" (Informant 1). Informant 2 beskrev FMS18 som, at den i høj grad understøtter kommunens arbejde, da den giver overblik og er med til at definere, hvad mental sundhed er:

"Jamen det gør den [Forebyggelsespakken], absolut! Den understøtter det [kommunens arbejde], og den understøtter det også væsentligt bedre end den første Forebyggelsespakke gør. Den var mere uoverskuelig. Den her giver overblik (...)" (Informant 2)

Således kan FMS18 ses at have en absolut vigtig rolle i kommunernes forebyggelsesarbejde, hvor den understøtter kommunerne i deres udvikling af sundhedspolitik, den giver overblik over tiltag og den sætter rammen for kommunerne ved at definere, hvad mental sundhed er. Dermed er begge informanters erfaring, at FMS18 understøtter deres forebyggelsesarbejde og - politik, da den er bagtæppet for den politik som informant 1s kommunes handleplan kobles på og den giver informant 2 et overblik. Dog gav informanterne yderligere udtryk for, at FMS18 ikke blev inkorporeret i kommunernes arbejde i lige så høj grad, som den gjorde i starten, men baggrunden for dette er forskellige mellem de to informanter. Som informant 2 beskriver:

"(...) Men det er klart, at der er jo gået mange år hvor vi har arbejdet med, Forebyggelsespakkerne, og Forebyggelsespakkerne udtoner sig mere (...) fordi vi er så langt i gang med

nogle af de her ting, så det er måske ikke Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker der er i centrum mere, det er et værktøj, et redskab der ligger derude. Og det ser jeg den faktisk mere som, at det er deres rette placering, at de ikke er et mål, men det er et værktøj. Det har vi flyttet det til.” (Informant 2)

Som informant 2 udtrykker, er FMS18 ikke i ligeså høj grad i centrum længere, som den har været. Den er i kommunen blevet flyttet fra at være mål, til at være et værktøj. Dette uddyber informant 2 i forhold til, at de i kommunen arbejder mere målrettet med den første generation af forebyggelsespakken, men er begyndt at arbejde mere selvstændig efterfølgende: *“Vi rullede den ekstremt meget ud i første runde i X, over årene 14, 15 og 16, og så har de fået lov til at arbejde lidt mere selvstændigt ude i de forskellige centre i kommunen efterfølgende.”* (Informant 2). Således har arbejdet med forebyggelsespakken udtonet sig mere hen over årene, fordi kommunen er så langt i processen med de tiltag, som den første generation af forebyggelsespakken anbefalede. Informant 2s erfaring med forebyggelsespakkerne er således, at den første generation blev slavisk fuldt, og informant 2 holdte sig tæt op af disse anbefalinger og rådgivning, men at informant 2 har erfaret, at de nu arbejder mere selvstændigt og kun bruger FMS18 som et værktøj. Dermed ses det, at FMS18 opstiller en form for ramme for kommunerne i deres forebyggelsesarbejde, men at kommunerne dog ikke går helt i dybden med denne længere, da den er blevet et værktøj frem for at være en overordnet strategisk ramme. At FMS18 er blevet flyttet til at være et værktøj, og dermed ikke udgør den overordnede ramme for forebyggelsesarbejdet, kan medføre en variation af, hvordan kommunerne håndterer forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed.

Informant 1 gav ligeledes udtryk for, at FMS18 ikke blev inkorporeret i kommunens arbejde i samme grad, som den gjorde i starten. Dette grundet, at der går for lang tid mellem hver ny generation af forebyggelsespakkerne, og at disse dermed bliver forældede for kommunernes arbejde, inden en ny generation af forebyggelsespakker udgives. Denne problematik beskriver informant 1 i følgende citat:

“(…) Nu gik der så 6 år inden den blev revideret, så der går lang tid inden resultaterne af de ting der ting der er blevet arbejdet med kommer med, (...) hvis vi skal sætte nogle nye ting i gang slår jeg ikke altid op i den her [Forebyggelsespakken], så henvender jeg ligeså meget til andre kommuner for at høre om der allerede er nogen der har lavet noget omkring det her [indsatser], så på den måde er det jo ikke et dynamik værktøj.” (Informant 1)

Informant 1 omtaler dermed i forhold til forebyggelsespakkerne for mental sundhed, at der er gået seks år mellem den første og reviderede udgave. Derfor erfarer informant 1, at der er en begrænsning i forebyggelsespakkernes rådgivning, da disse bliver forældet hurtigere, end de nye generationer af

forebyggelsespakker bliver udgivet. Derfor vælger informant 1 at henvende sig til andre kommuner, for at rådføre sig med hvad der har virket for dem, og få inspiration i forhold til nyeste resultater. I forhold til dette, har informant 1 erfaret, at FMS18 ikke er et særlig dynamisk værktøj, og udtrykker i den sammenhæng et forslag til, at forebyggelsespakken kunne gøres mere dynamisk:

“Men hvis man skulle sige noget, så kunne det godt være, det kan man jo ikke i sådan en fast udgave her, men så kunne det godt være det, at [Forebyggelsespakken] var lidt mere dynamisk, for udviklingen går jo også bare enormt hurtig i særdeles det mentale område, så hvis der går 6 år mere end til der kommer en ny forebyggelsespakke, så bliver den jo hurtig irrelevant den her (...)” (Informant 1)

Informant 1 udtaler, at et forandringspunkt kunne være, at FMS18 blev gjort mere dynamisk. Dette med baggrund i, at den udvikling der er inden for det mentale område går enormt hurtig. Forebyggelsespakken kan derfor hurtigt blive irrelevant for kommunens arbejde, hvis den ikke løbende opdateres. Endvidere har informant 1 erfaring med, at de anbefalinger og rådgivning, som FMS18 indeholder, *“(...) jo selvfølgelig ikke [er tilstrækkelige], for sådan en stor kommune som denne (...)”* (Informant 1). Dette giver informant 2 ligeledes udtryk for, gennem en udtalelse om, at de i kommunen må støtte sig til andet end FMS18:

Jeg vil sige at vi finder jo også en masse andre ting som vi støtter os til undervejs, hvor det ikke kun er Forebyggelsespakken men fx KLs [Kommunernes landsforening] forebyggelse for fremtiden. (...) og KL har også deres sociale ulighed i sundhed, så ehm, vi har brugt de ting der ligger rundt omkring også, så det ikke kun er Forebyggelsespakkerne. Men de [Forebyggelsespakkerne] gennemsyrrer jo det hele, fordi det ligger jo i deres mål på landsplan, og derfor så ruller vi også det ud, men vi ruller det også ud fordi det er det borgerne har brug for. (Informant 2)

Således finder begge informanter det nødvendigt at støtte sig til andre, herunder kommuner eller foreninger, som kan rådgive dem i deres forebyggelsesarbejde, og udtaler ligeledes, at *“(...) den [Forebyggelsespakken] er blevet til et godt grundlag, som et værktøj, som supplerende med en masse andre værktøjer også.”* (Informant 2). Således har informant 2 erfaret, at FMS18 hovedsageligt er et grundlag, men at den skal suppleres med andre værktøjer. Dermed underbygges det, at kommunernes anvendelse af FMS18 som et værktøj kan medføre variation i kommunernes forebyggelsesarbejde, da de støtter sig til forskellige værktøjer og erfaringer, frem for at støtte sig til FMS18 som overordnet ramme. Yderligere giver informant 1 udtryk for, at *“(...) mental sundhed løses jo i de andre sektorer, områder og det forsøger forebyggelsespakken jo også at komme ind over, men kan jo umuligt gøre det fyldestgørende.”* (Informant 1). I sammenhæng med dette, gives der udtryk for, at der er flere ting

der kan influere på mental sundhed, som ligger uden for de sektorer, som informanterne arbejder med, hvilket "(...) den [Forebyggelsespakken] *selvfølgelig ikke er afdækkende i forhold til, men det har jeg sådan set heller ikke de store forventninger til den er, det jo næsten for store krav at stille.*" (Informant 1). Således har informant 1 erfaret, at FMS18 er begrænset i indholdet af anbefalinger, rådgivning og heller ikke fyldestgørende adresserer, hvordan andre sektorer og områder uden for deres arbejdsområde, kan løse dårlig mental sundhed. Dermed ses der igen en erfaring i behovet for at adressere kompleksiteten bag dårlig mental sundhed, hvis dette skal løses. Ud fra citatet kan informant 1s forståelse af forebyggelsen af dårlig mental sundhed, ses at være så kompleks, at det er for store krav at stille til FMS18 at den skal være afdækkende og fyldestgørende i anbefalinger for, hvordan der arbejdes med dårlig mental sundhed på tværs af sektorer. Omvendt har informant 2 ikke gjort sig denne erfaring, da der gives udtryk for, at der ikke forekommer begrænsninger i FMS18, men overordnet er tilstrækkelig. Informant 2s tilfredshed med forebyggelsespakken bliver yderligere skildret i følgende citat:

"Jeg synes den er tilstrækkelig, og jeg har egentlig ikke behov for, at der kommer en hel masse ændringer (...) Så jeg synes, den har de ting der skal til, den fortæller om anbefaling, den fortæller om lovgivning, den fortæller om rammerne for arbejdet, og så giver den en masse inspiration. Så jeg synes den dækker, den dækker bredt og godt." (Informant 2)

Således giver informant 2 udtryk for en overordnet tilfredshed ved FMS18, som fortæller om anbefalinger, lovgivning og rammerne samt giver inspiration. At begge informanter anvender FMS18 som et supplerende værktøj, men dog har divergerende behov for, hvad der adresseres i FMS18, kan betyde, at Sundhedsstyrelsen ikke formår at klarlægge, hvad FMS18s formål er i forhold til kommunernes forebyggelsesarbejde. Dog var begge informanter overordnet tilfredse med FMS18, på trods af at den blev beskrevet som værende ikke afdækkende og fyldestgørende inden for visse områder. Dette kan resultere i, at informanterne ser FMS18 som et værktøj, og at de ikke mener, at de kan stille større krav til noget, der skal fungere som et værktøj. Det at informanterne forstår FMS18 som et værktøj frem for en overordnet ramme i forebyggelsesarbejdet, kan betyde, at de ikke er skærpede i forhold til elementer, som kunne have været udlagt mere dybdegående. Havde informanterne haft en forståelse for FMS18 som en overordnet ramme for forebyggelsesarbejdet omkring dårlig mental sundhed, kunne det bidrage til, at informanterne var mere kritiske og skærpede på forbedringer, som de kunne have tilbagemeldt til Sundhedsstyrelsen.

7.3.4 Vi prøver at lave særlige modeller, der tager højde for rekruttering

Begge informanter gav udtryk for, at de tilbyder alle borgere sundhedsfremmende- og forebyggende tilbud i deres kommuner. Et eksempel er i følgende citat fra informant 2:

“(...) Det først man måske møder, det er vores sundhedscentre (...) Så det arbejdes der meget på der, men også med KRAM-faktorerne, kost, rygning, alkohol, motion og mental sundhed (...) Vi arbejder i sundhedscentrene også med idræt for psykisk sårbare, det er også mentalt jo.” (Informant 2)

I citatet ses det, at informant 2 giver borgeren tilbud gennem sundhedscentrene. Tilbud hvor individet selv skal gøre en indsats, herunder at møde op i sundhedscentret, bærer præg af, at kommunerne tager udgangspunkt i individrettede tiltag. Dette fremgår ligeledes i et citat fra informant 1:

“(...) der er vores stress tilbud det hedder ‘Åben og rolig’ som er for alle borger over 18 år der har symptomer på stress (...) de kan få op til 5-8 ekstra samtaler hvor de kan blive jobklar, klar til at komme ind på de almindelige hold med den ekstra støtte der måske er brug for (...)” (Informant 1)

Med udgangspunkt i informanternes udsagn, stiller begge informanternes kommuner tilbud til rådighed for borgerne, som er rettet mod enkeltindivider, som aktivt skal handle, for at deltage i tilbuddet og modtage støtte. Individrettede tiltag kræver således en form for rekruttering, som informant 1 udtrykker det:

“(...) for det er dem [Borger længst fra arbejdsmarkedet] vi ikke kan rekruttere og det er også dem der falder fra. Så der prøver vi at lave nogle særlige modeller som tager højde for det.” (Informant 1)

Dermed tager informant 1 udgangspunkt i nogle særlige modeller, for sådan at rekrutterer borgere, som er svære at rekruttere og fastholde. Således har informant 1 erfaret, at rekruttering er en vigtig problematik der kræver særlige modeller, når der er tale om rekruttering af særlige målgrupper. Dog gav informanterne i løbet af interviewene ikke udtryk for, at FMS18 rådgiver dem i kommunernes rekrutteringsarbejde. Rekrutteringsprocesser er vanskelige, specielt i forhold til at rekruttere individer med lav SES, da disse i lavere grad benytter sig af sundhedstilbud (Drukker et al. 2007; Vallgård et al. 2014). Yderligere er rekrutteringsprocessen vanskelig i forhold til dårlig mental sundhed, da dette er en tilstand der er svær at måle og genkende. Som informant 1 udtrykker, så *“(...) har vi nogle kursister som i bund og grund er i godt humør og som er glade men har nogle problemstillinger (...)”* (Informant 1). At borgerne kan have dårlig mental sundhed, men stadig være i godt humør, kan

problematiskere genkendelsen af tilstanden yderligere, hvorfor rekrutteringen af borgere der har dårlig mental sundhed kan overses. Endvidere kan rekrutteringsprocessen medføre den utilsigtede konsekvens at stigmatisere og sygeliggøre den gruppe borgere der skal rekrutteres, da disse borgere 'udstilles' som havende en uønsket adfærd (Vallgård et al. 2014). Derfor er der behov for fyldestgørende rådgivning i forhold til, hvordan kommunerne skal rekruttere i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed, og hvordan kommunerne skal være opmærksomme på utilsigtede konsekvenser bag. At informanterne ikke erfarer, at FMS18 rådgiver i forhold til kommunernes rekrutteringsproces, kan derfor være problematisk, når social ulighed i dårlig mental sundhed skal reduceres.

7.3.5 Hvis der kommer nogle utilsigtede hændelser

Begge informanter gav udtryk for at der opstår utilsigtede konsekvenser når der udarbejdes tiltag:

“Ja, det gør vi. Fordi det er jo med hele vores rygrad i hverdagen, og, vi er underlagt også at skulle rapportere hvis der kommer utilsigtede hændelser i vores DPSD2 [Dansk Patientsikkerhedsdatabase] (...) hvis der kommer nogle utilsigtede hændelser, så skal vi jo aktivt gøre noget for at det ikke sker igen. Og det vil jeg også sige at når nu vi laver et nyt tiltag, så tænker vi jo også ind i en risikovurdering på, hvad kan der ske her, hvis det er, et eller andet. Så det har vi da absolut med i det.” (Informant 2)

Ved utilsigtede hændelser melder informant 2 disse til DPSD2, for på den måde at sikre at dette ikke vil ske igen. Dermed har informanten gjort den erfaring, aktivt at rapportere hvis utilsigtede hændelser finder sted, men kom ikke med eksempler på, hvilke utilsigtede hændelser de i kommunen havde oplevet. Utilsigtede hændelser beskrives ikke yderligere af informant 2. Omvendt beskriver informant 1 at vedkommende har oplevet nogle konkrete utilsigtede hændelser i visse tiltag:

“Ja, men vi oplever mange positive ting og det er jo meget det at når folk er sammen at de så selv danner fællesskaber og selv hjælper med at tage sig af hinanden og instruktøren eller koordinatoren (...) bliver overflødig og det synes jeg er positiv (...) når de er færdige med at gå her så mange af den har også somatiske problemstillinger, vil gerne stoppe med at ryge, tage sig også videre men har igen ikke haft overskud til det, men når de er færdige her vil de faktisk gerne ringes op af X1s team og gå ind i et rygestopforløb eller andre livsstils tiltag så det synes jeg er sådan positiv ting” (Informant 1).

Her beskriver informant 1, at de positive ting de har oplevet er, at borgerne efter deltagelse i tilbud selv danner fællesskaber, og dermed er dette en positiv utilsigtet hændelse, da informant 1 ikke giver udtryk for at, det var planlagt, at borgerne selv skulle finde sammen i fællesskaber. Endvidere beskriver informant 1 en positiv utilsigtet hændelse, da de borgere der har somatiske problemstillinger,

gerne vil videre til andre forløb hvor borgerne har mulighed for eksempelvis rygestopforløb. Dermed kan det ses at ved at forebygge dårlig mental sundhed, har det de positive utilsigtede hændelser, at andre livsstilsproblemer ligeledes forebygges. Informant 1 har således gjort den erfaring, at nogle borgere får mere overskud til at ændre deres somatiske problemstillinger. Endvidere beskriver informant 1, at tiltag til forebyggelse af dårlig mental sundhed også har ført negative konsekvenser med sig:

“Hvis der er mange på et hold som har et fællesskab og snakker om, at de er stressede fordi der har været nogen organisationsændringer på deres arbejdsplads eller dårlig ledelse og så videre og så sidder og har en anden opfattelse af hvad deres stress skyldes og kan føle en form for eksklusion i forhold til det i en gruppe, det er måske det sådan det mest utilsigtede (...) vi kommer til at opleve her.” (Informant 1)

Her beskriver informant 1, at nogle borgere godt kan opleve en form for eksklusion, da borgernes oplevelse af stress er individuel. Informant 1 betragter dermed dette som en negativ utilsigtet hændelse, da dette ikke er noget de kan tage højde for inden udarbejdelse af tiltaget. Hermed er informant 1s erfaring i forhold til utilsigtede hændelser, at nogle borgere kan føle sig udenfor fællesskabet, hvis borgerens stress ikke udspringer af det samme. Sundhedsstyrelsen udgav i 2009 en publikation, hvor de ekspliciterede de utilsigtede konsekvenser kommunerne og sundhedsprofessionelle skal være opmærksomme på ved implementering af indsatser (Sundhedsstyrelsen 2009). På trods af dette adresserede informanterne ikke, at have en større opmærksomhed på de utilsigtede konsekvenser, som sundhedsprofessionelle anbefales at være opmærksomme på, i arbejdet med at øge borgernes trivsel. At informanterne ikke har fokus på dette kan være problematisk, fordi der i enhver forebyggende indsats er nogle forhold som opstår, der ikke var planlagt (Merton 1936).

7.3.6 Vi gør det jo meget på individuelt og socialt niveau. Men det strukturelle er nok lidt længere væk

I interviewene gav begge informanter udtryk for, at sociale relationer og -netværk er af stor betydning for den mentale sundhed. Når der blev spurgt ind til, hvilke niveauer informanterne arbejder ud fra, i forhold til de niveauer der er illustreres i FMS18, herunder det individuelle-, det sociale og det strukturelle niveau, arbejder begge informanterne på det sociale niveau. Dog arbejdede den ene informant hovedsageligt inden for det individuelle- og det sociale niveau, og den anden arbejdede inden for det sociale- og det strukturelle niveau, som det fremgår i følgende citater.

“Altså vi gør det jo meget på individuelt og socialt niveau (...) Men det strukturelle er nok lidt længere væk. Og dog ikke! Fordi det strukturelle er jo også opbygningen af de tiltag som vi har i kommunen” (Informant 2)

“Nu skal jeg lige se, strukturel niveau, altså vi arbejder jo på det der med at fastholde dem i et uddannelsesmiljø, men det hører jo under der her strukturelle niveau. Og så arbejder vi rigtig meget på det der med at genaktivere deres sociale relationer.” (Informant 1)

Informant 2 giver udtryk for, at det individuelle- og det sociale niveau hovedsageligt er det de arbejder under og informant 1 arbejder mest med det strukturelle- og sociale niveau. Dog beskrev informant 1 gennem interviewet flere tiltag, som havde fokus på det individuelle niveau, herunder indsatser som skulle give borgerne i kommunen redskaber til at håndtere stress, støtte til at komme ind på arbejdsmarkedet, hjælpe borgerne til at genfinde deres tabte ressourcer samt øge borgernes fællesskab og kundskab. Ligeledes giver informant 2 udtryk for, at de arbejder med at styrke borgernes kompetencer og mestring:

“(...) så [Borgeren] skal have kompetencer til også at kunne klare tingene, man skal have relationer, man skal acceptere den rolle man har, i sit liv, ikke også, og mestre det (...)” (Informant 2)

Således har informanterne erfaring med, at de i deres individrettede tiltag hovedsageligt anvender den sundhedsfremmende metode, herunder at tilbyde borgerne støtte til at øge og genfinde ressourcer, øge kundskab, fællesskab, stresshåndtering og mestring. Yderligere var det ligeledes gennemgående i interviewene med begge informanter, at det sociale niveau var vigtigt i forhold til dårlig mental sundhed, hvor flere af kommunernes indsatser omhandlede at styrke de sociale relationer og netværk, som: *“Vi skal sørge for at så mange indgår i positive fællesskaber som muligt.”* (Informant 1) *“(...) at styrke relationer mennesker imellem.”* (Informant 2) samt *“(...) understøtte foreningernes og fællesskabsaktiviteter.”* (Informant 2). Derfor har begge informanter erfaret, at både det individuelle og det sociale niveau er vigtigt i forebyggelsen af dårlig mental sundhed, og informanterne tog udgangspunkt i en overordnet fælles forståelse af, hvad disse to niveauer indbefatter. Yderligere gav informanterne udtryk for, at de ligeledes arbejder ud fra forskellige udgangspunkter i det strukturelle niveau, som, for informant 1, var at fastholde borgerne i uddannelsesmiljøet, og, for informant 2, var at indrette kommunen således, at det bidrager til muligheden for at opholde sig i naturen.

“(...) altså vi arbejder jo på det der med at fastholde dem i et uddannelsesmiljø, men det hører jo under der her strukturelle niveau.” (Informant 1)

“Men vi er jo alligevel meget opmærksom på, at fx tager vi strukturel niveau, jamen så har vi jo også meget ovre i vores park og vej-del, hvor man kan lave, og naturvejleder, ikke også, for at lave et, så byen den er indrettet til at borgeren også kan komme til at cykle i naturen eller i byen eller komme ud med en naturvejleder og så videre.” (Informant 2)

Ud fra ovenstående udtalelser er der ikke konsensus mellem informanternes udgangspunkt i arbejdet med det strukturelle niveau. Informant 1s erfaring med det strukturelle er at fastholde unge i uddannelsesmiljøet og informant 2s erfaring at det strukturelle niveau er opbygningen og udviklingen af kommunens udendørsmiljø. Dermed kan denne forskellighed skyldes, at Sundhedsstyrelsen i FMS18 ikke er eksplicitte i deres forklaring af forebyggelsesarbejdet på det strukturelle niveau.

I sammenhæng med de niveauer informanterne arbejder inden for, havde informant 1 ligeledes en erfaring med, at kommunerne kun har adgang til at arbejde med mental sundhed inden for visse niveauer:

“Det synes jeg ikke altså nu prøver jeg at holde lidt fokus på, hvad kommunen kunne have adgang til og arbejde med (...) det kan jo godt være at man ikke har sørget for at der er lys nok så borgerne ikke tør bruge det [de grønne områder], fordi der er for meget utryghed og kriminalitet og der er mange ting der influere på mental sundhed som ikke kan løses i en sundhedsforvaltning, men som har med alle mulige andre ting at gøre.” (Informant 1)

Som informant 1 udtrykker, kan der arbejdes med mental sundhed inden for mange sektorer og niveauer i samfundet, såsom grønne områder, tryghed og lys i nærmiljøet. Ud fra dette havde informant 1 en mening om, at disse niveauer ikke er adresseret i FMS18, da den er skrevet til kommunens sundhedspolitiske arbejde:

“Derfor tror jeg at den [Forebyggelsespakken] er svær at lave, lige præcis den her, fordi det [Dårlig mental sundhed] løses i andre sektorer område egentligt og den er jo lavet til kommunens sundhedspolitiske arbejde.” (Informant 1)

Således har informant 1 erfaret at dårlig mental sundhed også skal løses i andre sektorer, end kun dem sundhedsforvaltningen har adgang til. Derfor mener informant 1, at disse andre niveauer ikke er adresseret i FMS18, da dette ikke indebærer sektorer sundhedsforvaltningen har adgang til. Dette på trods af at et arbejde på disse niveauer, muligvis kunne have en effekt på dårlig mental sundhed ved for eksempel at forebygge kriminalitet og utryghed. Derfor kan det være problematisk at alle niveauer og underliggende faktorer, som kan influere på dårlig mental sundhed, ikke adresseres i FMS18. En adressering af dette i FMS18 ville kunne konstruere sundhedsforvaltningernes diskurs og italesættelse, hvilket ville kunne diffundere ud i de andre sektorer i kommunen. Dermed ville der i

højere grad blive taget højde for kompleksiteten bag social ulighed i dårlig mental sundhed. Således ville en adressering kunne medføre, at der blev taget højde for alle fem niveauer i Sallis' (2008) økologiske model, og dermed afdække kompleksiteten af underliggende faktorer bag social ulighed i dårlig mental sundhed.

Gennem de kvalitative interviews er det blevet analyseret, hvordan kommunerne arbejder med FMS18, og hvilke erfaringer de har gjort sig hermed. Det er blevet analyseret at definitionen i FMS18 ligger bag meget af informanternes arbejde, samt har bidraget til, at informanterne både arbejder fundamentalistisk og relativistisk. Endvidere er det analyseret, at der blandt informanterne er usikkerhed i definitionen af social ulighed, samt hvilke niveauer der arbejdes ud fra, hvilket kan afspejle en manglende uddybning af disse i FMS18. Yderligere erfarer informanterne, at FMS18 kun adresserer det, som sundhedsforvaltningen i kommunerne har adgang til, og ikke de resterende niveauer som kan influere på dårlig mental sundhed. Overordnet var der dog tilfredshed med FMS18 på trods af at den, for begge informanter, måtte suppleres med andre værktøjer, såsom rekrutteringsmodeller, stress panel og Sundhedsprofilen. Yderligere erfarede informant 1 begrænsninger ved FMS18, herunder at den er uodynamisk, kan være utilstrækkelig og ikke fyldestgørende for større kommuner, samt have mangler i adresseringen af væsentlige emner såsom integration og uddannelse.

~ Del 4 ~

Diskussion og forandringsforslag

8. Diskussion

I de følgende afsnit vil de empiriske fund, og analyserne af disse, blive diskuteret op mod teori. Yderligere vil specialets anvendte metoder blive diskuteret. Formålet med at diskutere de empiriske fund, sammenholdt med en diskussion af specialets anvendte metoder, er at besvare problemformuleringen, som dermed danner baggrund for, og bidrager til, et forandringsforslag til FMS18.

8.1 Resultatdiskussion

I det følgende vil de empiriske fund blive diskuteret fra henholdsvis den systematiske litteratursøgning, dokumentanalysen af FMS18 samt analysen af interview med informanter ansat i to forskellige kommuner. Diskussionen vil være opdelt således, at FMS18s rolle i kommunerne diskuteres, herefter kommunernes anvendelse af den definition af mental sundhed og social ulighed der adresseres i FMS18 og slutteligt vil anvendelsen af individrettede tiltag samt de niveauer der arbejdes på i kommunerne blive diskuteret. Dette med henblik på, hvordan FMS18 bidrager til disse anvendelser, for således at danne beslutningsgrundlag i forbindelse med forandring af FMS18.

8.1.1 Forebyggelsespakke – Mental Sundhed 2018s rolle i kommunernes arbejde

Gennem dokumentanalysen er det analyseret, at Sundhedsstyrelsen er placeret højt i sundhedsvæsenets hierarki, og ud fra den socialkonstruktivistiske ideologi, vil de diskurser og forståelser, som Sundhedsstyrelsen udlægger gennem FMS18, internalisere sig i kommunerne som sandheden. Yderligere er Sundhedsstyrelsens diskurs præget af det samfundssystem denne indgår i. Det beskrives i studiet af Callaghan et al.(2017), at nationale politikker lægger fundamentet for, hvad mental sundhed er, og er med til at forme rammerne for forebyggelsen af dårlig mental sundhed. Endvidere har disse politikker betydning for balancen mellem, hvem der besidder magten i forhold til sundhed (Ibid.). Det fremgik ligeledes af interviewene, at Sundhedsstyrelsens høje politiske position blev anerkendt af informanterne, da FMS18s anbefalinger og definition af mental sundhed lå bag alt kommunens forebyggelsesarbejde. Dog gav informanterne ligeledes udtryk for, at de ikke anvendte FMS18 ud fra en slavisk fremgangsmåde, men kun som et værktøj til inspiration, suppleret med andre værktøjer og informationer om indsatser fra andre kommuner. Dette kan være problematisk, da det kan skabe en variation mellem kommunerne i forhold til arbejdet med dårlig mental sundhed. Dog kan det ligeledes ud fra et socialkonstruktivistisk udgangspunkt være tvivlsomt, hvor varierende

tilgangene mellem kommunerne kan være, da kommunerne, som har læst og søgt inspiration i FMS18, er blevet formet efter den samme forståelsesramme, og dermed ligeledes formet til at udføre forebyggelsesarbejdet ud fra den selvsamme forståelse. Yderligere anerkender informanterne Sundhedsstyrelsen, og dennes position i sundhedsvæsenet, hvilket yderligere kan forstærke, at kommunerne formes efter Sundhedsstyrelsens forståelsesramme. Dog kan denne anerkendelse medføre, at informanterne ikke er kritiske over for Sundhedsstyrelsens adressering af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18, men tilpasser sig ukritisk efter den. Således er det uvist, om FMS18 kun er et inspirerende og understøttende værktøj i kommunernes forebyggelsesarbejde, eller om den diskurs Sundhedsstyrelsen udlægger, gennem FMS18, konstruerer kommunernes forebyggelsesarbejde af social ulighed i dårlig mental sundhed i en bestemt retning, uanset i hvilken grad informanterne vælger at bruge FMS18.

At informanterne kun anvender FMS18 som et supplerende værktøj, kan der være flere grunde bag. Enten er Sundhedsstyrelsens hensigt med FMS18, at det kun skal være et supplerende værktøj for kommunernes arbejde, hvorved kommunerne anvender den hensigtsmæssigt. En anden grund kunne være, at hensigten med FMS18 er, at den skal være mere end et værktøj, men at den ikke er dynamisk og ikke indeholder tilstrækkelig rådgivning til større kommuner, som én af informanterne udtalte, hvorfor den kun kan anvendes som et værktøj. Det kunne også være at informanterne ønsker at være selvstændige i deres arbejde og mindre bundet af den fremgangsmåde FMS18 udlægger. Uanset hvilken grund der ligger bag, så gav informanterne udtryk for at være overordnet tilfredse med FMS18 som supplerende rådgivende værktøj. Denne tilfredshed kan være grundet Sundhedsstyrelsens vage udlægning af, hvilket formål FMS18 skal have i kommunernes forebyggelsesarbejde, og at kommunerne anerkender Sundhedsstyrelsens høje position og dermed har tillid til Sundhedsstyrelsens arbejde, og således ikke er kritiske overfor FMS18s indhold. En yderligere forklaring kunne ligeledes være, at den diskurs FMS18 udlægger, er internaliseret i kommunerne, og at de derfor ikke er skærpet på, om der er elementer der kunne være udlagt bedre og mere dybdegående. Ud fra ovenstående bør FMS18, uanset om den anvendes som ramme for kommunernes forebyggelsesarbejde, eller som supplerende rådgivende værktøj, være dynamisk og indeholde fyldestgørende rådgivning, til både større og mindre kommuner. Dette da kommunerne, uanset hvilken rolle de tillægger FMS18 i deres forebyggelsesarbejde, er konstrueret efter den diskurs Sundhedsstyrelsen udlægger i FMS18. Yderligere vurderes det, at Sundhedsstyrelsen skal klarlægge hvilken rolle FMS18 skal have i kommunernes

forebyggelsesarbejde, da dette ligeledes kan medføre, at kommunerne i højere grad forholder sig kritiske overfor FMS18s indhold.

8.1.2 Definitionen af dårlig mental sundhed og social ulighed

Informanterne gav udtryk for, at Sundhedsstyrelsens uddybning af WHO's definition, som værende to-dimensionel, har hjulpet dem til at tage udgangspunkt i både borgernes funktion, oplevelser og følelser i forhold til forebyggelsen af dårlig mental sundhed. Dette afspejler, at Sundhedsstyrelsens uddybning medvirker til, at informanterne tager udgangspunkt i både et fundamentalistisk- og relativistisk sundhedssyn i deres forebyggelsesarbejde, og dermed har et holistisk syn på individet. Dog fremgik det gennem interviewene, at når dårlig mental sundhed bliver målt, tages der udgangspunkt i kvantitative metoder, som afspejler de anbefalede målemetoder i FMS18, som er validerede måleinstrumenter for trivsel. Dette er problematisk, da der er inkonsistens mellem Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed, som har afsæt i både det fundamentalistiske- og relativistiske sundhedssyn og anbefalingerne af måleinstrumenter, der kun har afsæt i kvantitative mål. Endvidere kan den manglende definition af dårlig mental sundhed medføre, at måleinstrumenter kommunerne anbefales at anvende ligeledes ikke formår at inkorporere kompleksiteten bag dårlig mental sundhed, men i stedet måler dårlig mental sundhed via definerede tilstande som stress og depression. Dermed kan disse målemetoder medføre, at kommunerne over- eller underestimerer, hvilke borgere der har dårlig mental sundhed.

Informanterne tog udgangspunkt i definition af mental sundhed der adresseres i FMS18, når de blev spurgt ind til definitionen af dårlig mental sundhed. Dette uden at de forholdte sig til den manglende definition af dårlig mental sundhed. Dog gav informanterne, foruden anvendte målemetoder, ikke udtryk for en forståelse af dårlig mental sundhed som sygdomsbaseret, men rettere som en tilstand der, ligesom det beskrives i FMS18, ikke nødvendigvis er sygdomsafhængig. Hvor en af informanterne gav udtryk for, at en borger godt kunne have dårlig mental sundhed, men stadig være i godt humør. Som det ligeledes beskrives af Allen og McKenzie (2015), sættes mental sundhed, ifølge Callaghan et al. (2017) ofte i en biomedicinsk forståelsesramme, hvor det modsatte af mental sundhed sidestilles med sygdom, hvilket kan have de utilsigtede konsekvenser at øge sygeliggørelsen og stigmatiseringen af individer med dårlig mental sundhed. Yderligere beskriver Fieldhouse (2012), at der ofte tages afstand fra individer, der opfattes at have en mental sygdom, hvilket yderligere kan føre til stigmatisering og diskrimination. De stigmatiserede individer kan dermed blive påvirket således, at

de stopper med at gøre det, de gerne vil og bliver yderligere ekskluderet fra samfundet og fællesskabet, og således får endnu dårligere mental sundhed (Fieldhouse 2012).

At Sundhedsstyrelsen prioriterer at adressere dårlig mental sundhed som uafhængig af sygdom, kan dermed bidrage til, at kommunerne internaliserer denne forståelse og i højere grad undgår de utilsigtede konsekvenser, såsom stigmatisering og sygeliggørelse, og dermed undgår at borgeren socialt ekskluderes og at dennes dårlige mentale sundhed udvikles eller forværres. Dog kan det diskuteres, hvorvidt definitionen i FMS18 kun reducerer stigmatisering og sygeliggørelse, da definition har et overordnet individualiseret fokus, og har dermed ikke medtaget de underliggende faktorer, som kunne påvirke individets dårlige mental sundhed. Dette beskrives ligeledes i Callaghan et al. (2017), hvor konstruktionen af mental sundhed i de neoliberale politikker, hovedsageligt tager udgangspunkt i individet som ansvarlig for egen sundhed, hvorfor det anses som værende op til individet selv at tage ansvar for egen sundhedstilstand. Dette kan have de konsekvenser at de underliggende distale faktorer, såsom samfundets pres, individets nærmiljø og SES, overses, og dermed bidrages der ikke til en reducere i den sociale ulighed.

På trods af FMS18s udgangspunkt, hvor både højrisiko- og populationsbaserede forebyggelsesstrategier tilgodeses, som i højere grad kan bidrage til en reducere af social ulighed, er der dog en overordnet begrebsforvirring i forhold til social ulighed. I et af interviewene blev social ulighed eksempelvis forstået ud fra et bredt kontinuum, så informanten mente, at der altid kunne argumenteres for, at der arbejdes med social ulighed. Denne begrebsforvirring kan afspejle den mangelfulde dybdegående definition af social ulighed i FMS18, hvor den eneste beskrivelse der forekommer, omhandler at individer med laveste udførte uddannelsesniveauer har den højeste forekomst af dårlig mental sundhed (Sundhedsstyrelsen 2018b). Derfor vurderes det, at Sundhedsstyrelsens adressering af social ulighed er utilstrækkelig, når dette ikke ekspliciteres yderligere, og når denne begrebsforvirring forekommer blandt informanterne. Konsekvenserne ved dette kan være, at kommunerne ikke arbejder eksplicit med at forebygge social ulighed i dårlig mental sundhed, selvom kommunerne går ud fra at de gør. Dette kan være problematisk, da der hovedsageligt tages udgangspunkt i individrettede indsatser i FMS18 og i kommunernes forebyggelsesarbejde. Disse indsatser kræver et særligt fokus, da det ellers overordnet er højtuddannede borgere, der vil deltage i disse indsatser (Drukker et al. 2007, Vallgård et al. 2014). Dette beskrives ligeledes i McAllister et al. (2018) hvor social ulighed i dårlig mental sundhed ses blandt demografiske faktorer som køn og etnicitet, og at en mere omfattende

støtte til individer med dårlig mental sundhed vil medføre en reducere af den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Yderligere beskrives det, at velfærdsstater, som eksempelvis Danmark, generelt har lavere forekomst af dårlig mental sundhed, end lande som ikke har lige så udbredt fokus på velfærden, på trods af at velfærdsstater, som Danmark, ikke nødvendigvis har en lavere social ulighed (McAllister et al. 2018). Dette underbygger, at der kræves et særligt fokus i arbejdet med social ulighed i dårlig mental sundhed, hvorfor social ulighed ikke kan defineres så bredt, som det fremgik hos informanten, da arbejdet med social ulighed kræver et særligt fokus. Ud fra ovenstående, har Sundhedsstyrelsens uddybning af WHO's definition medført, at kommunerne i højere grad arbejder ud fra et holistisk syn på individet. Dog kan den manglende definition af dårlig mental sundhed medføre, at de validerede målemetoder, der er tilgængelige for kommunerne, ikke tager højde for kompleksiteten bag dårlig mental sundhed. Yderligere er det blevet diskuteret, at den manglende definition af social ulighed i FMS18, kan vanskeliggøre, at forebyggelsesarbejdet er målrettet at reducere denne.

8.1.3 Individrettede tiltag og problematikken bag

I FMS18 ses der en overordnet tendens til, at der anbefales og rådgives til individrettede tiltag, hvilket afspejler sig i de indsatser informanterne nævner i interviewene, som hovedsageligt foregår som tilbud i sundhedscentre eller andre indsatser der retter sig mod enkeltindivider. Det beskrives i et af interviewene, at der i højere grad, gennem individrettede sundhedsfremmende tiltag, tages højde for borgernes divergerende behov for støtte. Dette var ifølge informanten vigtigt, hvis den sociale ulighed i dårlig mental sundhed skal reduceres. Dog kan individrettede tiltag have flere utilsigtede konsekvenser, da det kræver at individet selv tager en aktiv beslutning om at deltage, hvorfor en rekrutteringsproces ofte er nødvendig (Vallgård 2009). Informanterne gav dog ikke udtryk for, at de tog udgangspunkt i FMS18 i forhold til mulige rekrutteringsprocesser, hvor én af informanterne anvendte kommunens eget udviklede rekrutteringsmodel. Dette kan være grundet den manglende fyldestgørende adressering og rådgivning i forhold til rekruttering i FMS18, hvor den eneste adressering omhandler, at der skal etableres opsøgende indsatser til sårbare og udsatte, men der præsenteres ingen rådgivning af, hvordan dette skal gøres. Dette kan resultere i, at der opstår utilsigtede konsekvenser, hvilket ligeledes er et emne, FMS18 ikke adresserer. En manglende adressering af de utilsigtede konsekvenser i FMS18 kan afspejles i interviewene, hvor der ikke blev givet udtryk for et centralt fokus på utilsigtede konsekvenser, som sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksomme på i forebyggelsesarbejdet omkring social ulighed i dårlig mental sundhed. Behovet for et særligt fokus på dette underbygges af Fieldhouse (2012), som beskriver, at brugere af mentale sundhedsydelser ofte

føler sig stigmatiserede af samfundet og sundhedsprofessionelle, og dermed i lavere grad opsøger professionel hjælp. Dette afspejles yderligere i studiet af Mauro & Williams (2013), hvor frygten for at blive stigmatiseret, frygten for manglende fortrolighed samt frygten for at blive dømt negativt, holder unge fra at søge sundhedsprofessionel hjælp i forhold til dårlig mental sundhed. Ifølge studiet er det yderligere vigtigt, at der sættes tidligt ind i forhold til at lære børn og unge om mental sundhed, hvis disse skal opsøge tiltag og hjælp (Ibid.). I FMS18 forekommer der anbefalinger i forhold til tidlig opsporing, men ikke i forhold til undervisning i mental sundhed af børn og unge i skolen. På trods af at FMS18 adresserer børn og unge, kan det dog være usikkert, om denne målgruppe er tilstrækkeligt uddybet, da der ikke adresseres direkte anbefalinger om, at børn og unge skal undervises i mentale sundhedsemner. Yderligere havde én af informanterne et ønske om flere anbefalinger i forhold til de studerende, som den såkaldte *sårbare mellemfase*. At undervise børn og unge i mentale sundhedsemner vil ifølge Mauro & Williams (2013) kunne lette rekrutteringen, da disse dermed i højere grad selv vil opsøge professionel hjælp - dette da rekrutteringen påvirkes af deres viden om og kompetencer til at søge støtte. Derfor vurderes det, at den manglende adressering af rekruttering og mulige utilsigtede konsekvenser, er manglende elementer i FMS18, som kan have konsekvenser for forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed.

Endvidere kan de individrettede tiltag, som anbefales i FMS18 og som kommunen tilbyder borgerne, afspejle den sundhedsfremmende metode, da genfinde ressourcer, øge kundskab, fællesskab, stresshåndtering og mestring, er begreber der anvendes. Yderligere erfarede en af informanterne, at måden den sociale ulighed i dårlig mental sundhed skulle reduceres, var ved at give borgerne *hjælp til selvhjælp*. Det beskrives endvidere i studierne af Mauro & Williams (2013) og Callaghan et al. (2017), at der skal være fokus på empowerment for unge, med fokus på uddannelse omkring mental sundhed, hvis dårlig mental sundhed skal reduceres. Ifølge Fieldhouse (2012) kan empowerment opnås gennem social inklusion og gennem én til én støtte, der understøtter individets *hjælp til selvhjælp*, hvilket ligeledes er det kommunerne anvender, i deres fokus på individrettede tiltag og på det sociale niveau. Sundhedsfremme er dermed et positivt begreb, som har til formål at tilegne borgeren større magt og handlekapacitet over eget liv, for derigennem at forbedre borgerens velbefindende og tilpasning til samfundets krav. Dog kan sundhedsfremmebegrebet ligeledes anses negativt. Begrebet har udgangspunkt i den neoliberale sundhedspolitik, hvor grundtanken er, at der skal investeres i individets handlekompeterencer, hvilket skal gøre individet i stand til at varetage egen sundhedstilstand gennem den skjulte magtteknologi *governmentality*. Sundhedsfremme er dermed ikke kun en positiv og neutral

omsorg for befolkningen, da sundhedsfremme ønsker at styre individets forståelse af, hvad det sande og ønskværdige liv er, som gennem definitionen af mental sundhed, kan sættes i sammenhæng med at være produktivt og effektivt. Dette er i overensstemmelse med studiet af Callaghan et al. (2017), hvor det beskrives, at mentale problemer, som betragtes som et socioøkonomisk problem, er nødvendige at forebygge, for at holde unge i uddannelse og fastholde voksne i job. Dette da mentale problemer anses som et problem for effektiviteten og noget som holder individet fra at kunne bidrage produktivt til samfundet (Ibid.). Dette beskrives yderligere i McAllister et al. (2018), som adresserer, at uddannelsespolitikker i dag fokuserer mere på effektivitet end på elevernes og de studerendes mentale sundhed.

Således kan diskursen bag sundhedsfremme have en skjult agenda, hvor mental sundhed bliver betegnelser for en underliggende forståelse om, at individet skal være produktivt og effektivt. Dermed kan den overordnede sundhedsfremmende diskurs i FMS18 internaliseres i kommunerne, som dermed har fokus på at forebygge dårlig mental sundhed ved at gøre individet produktivt og ydende til samfundet, ved at tilbyde støtte i form af stresshåndtering og mestring af hverdagen. Denne internalisering ses ligeledes i interviewene, hvor dårlig mental sundhed blev sidestillet med manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, og at dårlig mental sundhed dermed skulle forebygges ved at give borgeren støtte i, at komme tilbage på job. Dette er problematisk da diskursen, hvor produktivitet og mental sundhed sidestilles, ikke nødvendigvis er den opfattelse borgeren har af mental sundhed. Derfor er det nødvendigt med en balance mellem sundhedsprofessionelles opfattelse og borgerens egen opfattelse, hvis ikke kompleksiteten bag tilstanden skal udviskes, jævnfør afsnit 2.3.1: *Bidraget konkurrencestatens idealer på det samfundsmæssige- og politiske niveau til social ulighed i dårlig mental sundhed?* Det vurderes, at der tages højde for dette gennem FMS18, da det i denne anbefales at sikre borgerinddragelse, hvilket én af informanterne ligeledes gav udtryk for, ved at beskrive, at kommunen ønsker at udføre forebyggelsesarbejdet sammen med borgeren. Dog blev borgerens egen mening om dårlig mental sundhed ikke yderligere ekspliciteret, i hverken FMS18 eller gennem interviewene, hvorfor det kan være tvivlsomt, hvorvidt der er balance mellem sundhedsprofessionelles og borgernes forståelse i kommunernes forebyggelsesarbejde. Det kan dermed være tvivlsomt, hvorvidt sundhedsfremmende metoder har negative konsekvenser for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, eller om fokus på uddannelse og produktivitet er væsentligt i forhold til at forberede den enkelte borger i det samfund, borgeren er en del af.

8.1.4 Manglende adressering af distale niveauer

I FMS18 anbefales der tiltag inden for de individrettede-, sociale- og strukturelle niveauer i forebyggelsesarbejdet med social ulighed i dårlig mental sundhed. Dette afspejles ligeledes i kommunernes forebyggelsestiltag, hvor begge informanter har fokus på tiltag indenfor ovenstående niveauer. De yderste af Sallis' niveauer, det politiske- og samfundsmæssige niveau, er ikke adresseret i FMS18. Dette er problematisk, da det ifølge studiet af McAllister et al. (2018) beskrives, at det er vigtigt at have fokus på både indsatser i nærmiljøet og de ydre strukturer i samfundet hvis den sociale ulighed i dårlig mental sundhed skal reduceres. Yderligere adresserer FMS18 ikke determinanter inden for det politiske- og sociale niveau, hvilke McAllister et al. (2018) omtaler som værende direkte relateret til social ulighed i dårlig mental sundhed. Eksempelvis politiske domæner omhandlende beskæftigelsespolitikker, politikker omhandlende den sociale sikkerhed i samfundet, områdebaserede indsatser og uddannelsespolitikker har betydning for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed (McAllister et al. 2018). Dette beskrives ligeledes i Callaghan et al. (2017), hvor der skal være fokus på de underliggende faktorer, hvis den mentale sundhed skal forbedres blandt børn og unge.

At FMS18 ikke adresserer det samfunds- og politiske niveau, kan dermed vanskeliggøre forebyggelsesarbejdet af den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Én af informanterne gav udtryk for, at det ikke blev opfattet som et krav til FMS18, at alle niveauer og sektorer, som kommunens sundhedsforvaltning alligevel ikke har adkomst til, skulle adresseres. Dog gav informanten ligeledes udtryk for, at hvis den sociale ulighed i dårlig mental sundhed skal reduceres, kræver det et stærkt lokalsamfund som kan gribe de individer der har det særligt svært, og således gøre borgerne selvhjulpne gennem fællesskabet. Som det beskrives i Mauro & Williams (2013) søger børn og unge hjælp hos de sundhedsprofessionelle som er tilstede i deres nærmiljø. Dette afspejler informanternes udtryk for vigtigheden af, at der stilles krav til foreninger og tilbud rundt i samfundet, som skal være bedre til at tage imod alle typer af borgere. Dette underbygges af Fieldhouse (2012), som beskriver, at der er behov for et stærkt tværsektorielt samarbejde, og at alle medlemmer i samfundet spiller en determinerende rolle, og har et ansvar i at forebygge den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Yderligere beskriver Fieldhouse (2012), at det er vigtigt at adressere de bredere politiske faktorer, som kan påvirke individets mentale sundhed, da en manglende adressering af dette kan medføre stigmatisering og en social eksklusion af individet. Der kan dermed argumenteres for, at Sundhedsstyrelsen burde adressere flere niveauer gennem FMS18, herunder både det samfunds- og det politiske niveau. En adressering af flere niveauer i FMS18 kunne internalisere en diskurs i kommunerne om, at dårlig mental sundhed er

mere kompleks end kun at være forårsaget på baggrund af individets egne kompetencer, sociale netværk samt uddannelses- og arbejdsmiljø. Dette ville kunne medføre, at kommunerne udarbejdede tiltag der i højere grad tog højde for kompleksiteten i social ulighed i dårlig mental sundhed, og dermed forebygge flere direkte årsager samt inddrage flere samfundsborgere og kommunale sektorer i det forebyggende arbejde.

8.2 Diskussion af anvendte metoder i specialet

I det følgende afsnit vil specialets metodiske valg blive diskuteret samt en vurdering af styrker og svagheder. Ligeledes vil metodevalgets anvendelighed til besvarelse af speciales problemformulering, med de dertilhørende underspørgsmål, blive diskuteret.

8.2.1 Socialkonstruktivisme som videnskabsteoretisk referenceramme

Den socialkonstruktivistiske position har haft afgørende betydning for mange valg i forskningsprocessen. Derfor er det nødvendigt at diskutere, hvilke konsekvenser specialets videnskabsteoretiske referenceramme har tilvejebragt. Herunder må det bemærkes, at resultaterne i specialet ikke kan betragtes som objektive sandheder, da virkeligheden i relation til socialkonstruktivismen vil være en social konstruktion (Pedersen 2012). Som beskrevet i afsnit 5.3.1: *Specialegruppens baggrund for erkendelse*, er ontologien i socialkonstruktivismen central for at kunne generere ny viden. Derfor er specialegruppens ontologi blevet ekspliciteret gennem refleksion. Denne refleksion vurderes som en styrke fordi denne kan bidrage til en intersubjektiv validering af resultaterne, og en højnet transparens (Justesen & Mik-Meyer 2012). Dog erkendes det inden for socialkonstruktivismen, at det ikke er plausibelt at være fuldt ud bevidst om egen ontologi, da visse dele af ontologien være ubevidste, grundet virkelighedens konstruerede karakter (Darmer et al. 2010). Med udgangspunkt i dette, kan det derfor ikke udelukkes, at specialemedlemmerne har haft en ubevidst forståelse af social ulighed i dårlig mental sundhed, der kan have haft betydning for datagenereringen og dermed også specialets resultater.

8.2.2 Evidensgrundlag via systematisk søgning

Den systematiske litteratursøgning har medvirket til at lokalisere litteratur, der kunne besvare hvilken evidens der foreligger inden for forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed.

Den systematiske litteratursøgning er detaljeret beskrevet i bilag 1: *Søgebilag*. Den systematiske litteratursøgning er dokumenteret i specialets metodeafsnit og vedlagt søgetermer, antal referencer, dato for søgning og de udvalgte databaser i bilag. Dette blev gjort for at sikre at de metodiske valg er transparente, udførlige og kan genskabes bedst muligt, hvilket er med til at øge reliabiliteten. En dybdegående beskrivelse medvirker til at højne reproducerbarheden, således de udvalgte studier kan genfindes, hvis søgningen foretages igen (Buus et al. 2008). De indledende søgninger anses som en styrke, da de medvirkede til forbedrede søgninger i den efterfølgende systematiske søgning. Dette grundet at de indledende søgninger hjalp med at finde relevante søgeord til anvendelse i den systematiske litteratursøgning. Endvidere blev der anvendt recall i den systematiske søgning. Denne tilgang er vurderet hensigtsmæssig, da recall i højere grad sikrer, at flere relevante studier identificeres, da det medfører en bredere tilgang til søgningen. Recall kræver dog flere tidsmæssige ressourcer, da det kan medføre meget støj, modsat tilgangen *precision*. Precision indebærer en snæver søgning, gennem en mere skærpet brug af emne- og fritekstord, som i højere grad bidrager til mindre støj (Buus et al. 2008). På trods af den mindre støj, kunne anvendelsen af precision have medført, at der blev fundet færre relevante referencer, hvorfor specialegruppen anvendte recall.

Ud fra den udarbejdede facetsøgning, blev der ikke identificeret relevante kvalitative referencer, hvilket kunne skyldes de facetter og søgetermer der blev anvendt, som i højere grad tog udgangspunkt i kvantitative og målbare begreber, end kvalitative oplevelser og erfaringer. Der blev derfor foretaget to systematiske søgninger, hvoraf den sidste fokuserede på at identificere kvalitative studier. Dette ved at ændre første facet, så der i stedet for at søge efter social ulighed, blev der søgt efter erfaringer og oplevelser. Ifølge Frandsen et al. (2017) giver en efter søgning efter bedre muligheder for at finde kvalitativ litteratur, da der i stedet for at søge på *population*, som social ulighed, søges der på *phenomenon of interest*, som oplevelse og erfaring. Ved at have foretaget to systematiske litteratursøgninger, er problemstillingen i højere grad blevet nuanceret med både kvanti- og kvalitative tilgange.

8.2.2.1 Databaser

Søgningen blev foretaget i seks databaser: Embase, PubMed, Sociological Abstracts, Cochrane, Cinahl og PsycInfo. Der ikke blev foretaget søgninger i andre databaser, da ovenstående databaser indeholder en omfattende og dermed fyldestgørende mængde litteratur indenfor problemfeltet. Ved at inddrage andre databaser, kunne det have bidraget med andet litteratur. Derfor kan det ikke udelukkes, at der eksisterer anden relevant litteratur, som ikke er fremfundet i de udvalgte databaser. Men

specialegruppen vurderede, at de udvalgte databaser har været et passende antal, da søgningerne har bidraget med relevante referencer til besvarelse af problemformuleringen.

8.2.2.2 Udvælgelsen af den identificerede litteratur

Udvælgelsen af studier blev, i første fase, udført individuelt efter titel og abstract hvor studierne herefter blev roteret mellem gruppemedlemmerne. På trods af rotationen af studierne i anden og tredje fase skulle højne den interne validitet, er gruppen bevidste om, at der trods en endelig udvælgelse i fællesskab stadig er risiko for, at relevante studier er blevet frasorteret i udvælgelsens første og anden fase. Dette kunne have været undgået, hvis alle specialemedlemmer sad sammen med alle søgninger og udvalgte gennem alle tre faser, for derefter at diskutere i gruppen, hvilke studier der er medtaget og hvorfor de er medtaget. Tilgangen er dog mere tidsmæssigt ressourcekrævende og blev derfor fravalgt. Yderligere blev der i specialet anvendt en tilgang, hvor studier i første fase blev udvalgt på titel alene. Det er den mest anvendte udvælgelsesproces (Buus et al. 2008). Da titlen på studier ikke nødvendigvis afspejler indholdet, kan det have haft den betydning, at der er fravalgt studier der eventuelt har haft et relevant indhold, men irrelevant titel. Den interne validitet kunne dermed have været højnet yderligere, hvis studierne i første fase, var blevet udvalgt på baggrund af både titel og abstract. Afslutningsvis blev studierne kritisk gennemlæst ved hjælp af tjeklister, hvilket har sikret den interne validitet, idet studiernes metode og relevans i forhold til specialets problemformulering blev vurderet. Specialemedlemmerne udførte kvalitetsvurdering af studierne individuelt. Det kunne have højnet den interne validitet yderligere, hvis alle medlemmer vurderede alle studier, og diskuterede resultaterne efterfølgende. Derfor kunne specialegruppen have højnet validiteten af den systematiske litteratursøgning inden for flere tilgange, men dette blev vurderet for tidskrævende, hvorfor de valgte tilgange til udvælgelse af studierne, har sikret den interne validitet bedst muligt i relation til det tidsperspektiv specialet rummede.

Specialet tog ikke udgangspunkt i en bestemt målgruppe i litteratursøgningen, da FMS18 ikke skelner mellem bestemte målgrupper. Dette vurderes at styrke den eksterne validitet, idet specialets resultater ikke er fokuseret på en bestemt målgruppe, og kan dermed anvendes i et bredere perspektiv. Studier fra ikke vestlige lande blev ekskluderet, da dette skulle sikre overførbarheden til en dansk kontekst. Selvom udelukkende vestlige lande blev medtaget, kan der forekomme forskel på den organisatoriske opbygning af samfundet og sundhedsvæsenet i forhold til, hvordan forebyggelse og sundhedsfremme i befolkningen gribes an. Derfor er der risiko for, at de studier som blev lokaliseret, ikke er direkte

overførbart til dansk kontekst. Dog blev det vurderet af specialegruppen, at de udvalgte studier, i tilstrækkelig grad kan overføres til dansk kontekst og bidrage med forandringsforslag.

8.2.3 Anvendte kvalitative metoder

Der blev i specialet anvendt en kvalitativ dokumentanalyse samt kvalitative interviews til besvarelsen af andet og tredje underspørgsmål. I det følgende afsnit vil en diskussion af disse metoder derfor blive udfoldet.

I dokumentanalyse af FMS18 er der taget afsæt i Becker Jensens analysespiral, som inspiration til opbygningen af dokumentanalysen. Analysespiralen tager afsæt i den hermeneutiske tilgang, som tager udgangspunkt i, at viden er knyttet til subjektet, og at forståelse udspringer af fortolkning (Darmer et al. 2010). Hermeneutikken har derfor haft en særlig rolle i udviklingen af socialkonstruktivismen, da forståelse ud fra subjektiv fortolkning er central i socialkonstruktivismen (Ibid.), hvorfor analysespiralen blev vurderet anvendelig i specialets dokumentanalyse. Analysespiralen er blevet anvendt ud fra et socialkonstruktivistisk afsæt, at forståelsen af FMS18s gennem analysen blev dekonstrueret og sammensat til en ny social konstrueret forståelse. En socialkonstruktivistisk tilgang kan derfor bidrage til at opnå en forståelse af den magt Sundhedsstyrelsen har i forhold til forebyggelses af dårlig mental sundhed i kommunerne. Endvidere er analysespiral anvendt, da denne giver en håndgribelig vejledning til de forskellige steps i analysen. Gennem problemanalysen er det forsøgt at udlægge FMS18 således, at den korresponderer med det der skrives i FMS18, hvilket blev hjulpet af citater. Analysestrategien har haft til hensigt at fremstå neutral og tro mod det, som står i FMS18, men med mulighed for at være kritisk i analysen af FMS18, i forhold til konsekvenser af adresseringer i Forebyggelsespakken og anskue den fra andre vinkler.

I sammenhæng med de semistrukturerede interviews, har der løbende været kritiske refleksioner omkring interviewmetoden og -guiden, som derfor løbende blev revideret, når specialegruppen fik nye perspektiver og større indsigt i problemstillingen. Interviewguiden har taget udgangspunkt i inspiration fra Kvale & Brinkmann (2015), hvilket har bidraget til en systematisk og håndgribelig fremgangsmåde for udarbejdelsen af det semistrukturerede interview, som dermed har sat specialegruppen i stand til at træffe velovervejede beslutninger om metode og udførelse. Efter første interview blev der i specialegruppen diskuteret, hvordan interviewet var gået, og der blev samtidig besluttet, hvordan interviewerens kunne forbedre interviewet til det efterfølgende interview. Transskriptionsprocessen

blev udført således, at den bidrog til interne validitet under analyseprocessen, ligeledes blev højnet mest muligt. Dette da specialemedlemmerne, som ikke havde udført interviewet, udførte transskriptionen. Efter endt transskription, blev transskriptionerne læst og efterlyttet i fællesskab. Gennem interviewanalysen blev klart, at nogle elementer kunne have været udfoldet yderligere gennem flere uddybende spørgsmål under interviewene. Eksempelvis kunne der have været spurgt yderligere ind til, hvilke former for rekrutteringsmodeller informant 1 anvendte. Havde specialegruppen foretaget pilottestning af interviewguiden, kunne dette, ifølge Kvale & Brinkmann (2015), have bidraget til, at interviewerens havde tilegnet sig større praktisk, teknisk og social erfaring i forhold til en interview-situation, og dermed have et dybdegående indblik i, hvilke emner der eventuelt kunne spørges mere dybdegående ind til. Hvordan de individuelle semistrukturerede interviews blev udarbejdet, er beskrevet i metodeafsnit 6.3: *Metode for kvalitativ interviewundersøgelse - tredje underspørgsmål* og endvidere i bilag 3: *Interviewguide*.

8.2.3.1 Kvalitetsvurdering af kvalitative metoder

Kvalitet i kvalitativ forskning kan vurderes ud fra opstillede kvalitetskriterier (Brinkmann & Tanggaard 2015). Malterud (2001) har opstillet en række kvalitetskriterier baseret på alment gyldige kriterier for den kvalitative forskning. Disse kriterier kan øge gyldigheden i den kvalitative undersøgelse. Kriterierne inkluderer refleksivitet, en detaljering af metoden samt analysen og triangulering. Disse kriterier gennemgås i følgende med udgangspunkt i specialet.

Refleksivitet

Specialegruppen har været refleksiv over processen ved at eksplicitere baggrunden for specialegruppens erkendelse, i afsnit 5.3.1: *Specialegruppens baggrund for erkendelse*. Denne er funderet i en folkesundhedsmæssig optik, samt i de referencer, der er anvendt til at beskrive dårlig mental sundhed og ulighedsproblematikken gennem problemanalysen. Endvidere har specialegruppens egne erfaringer, oplevelser og fordomme relateret til social ulighed, haft betydning for specialets resultater. Dette da forskeren influerer på den undersøgelse der foretages (Kitto et al. 2008, Malterud 2001). Specialegruppen har fra begyndelsen været bevidste om at, gruppen som 'forskere', med de erfaringer samt den baggrund der medfølger, influerer på undersøgelsens fortolkning. Med et socialkonstruktivistisk udgangspunkt kan dette ikke undgås, men ved at eksplicitere specialegruppens baggrund for erkendelse, kan læser gøres bekendt med, hvorledes gruppens erkendelse i forholder til social ulighed i dårlig mental sundhed har konstrueret resultaterne.

Til nuancering af FMS18, er informationer fra informanter fra to kommuner inddraget, som begge arbejder med FMS18 og mental sundhed i deres respektive kommuner. Dette må anses som en styrke i specialet, når der skal arbejdes med forandringsforslag, da det kan bidrage til mere praksisnære forslag, end hvis der udelukkende havde været anvendt litteratursøgning og dokumentanalyse som metoder. En kombination af de tre anvendte metoder har bidraget med teoretiske- og praksisnære forslag til forandring af FMS18. Da der i specialet er foretaget analyser af både studier i litteratursøgningen, FMS18 og interviews, er der i analysen blevet inddraget subjektive fortolkninger, hvilket, i tråd med socialkonstruktivismen, er den måde forståelse og erkendelse skabes. Sandheden og den sikre viden er derfor skabt gennem fortolkninger som er socialt afhængige, og kan variere afhængig af kontekst, og skal ikke anses som usikker og fejlbehæftet viden, hvis der eksplicit er taget højde for disse (Malterud 2001).

Ved inddragelse af informanter til empiriindsamling i de kvalitative interviews kan der opnås en indsigt i individuelle forståelser samt hvilke faktorer og sammenhænge der kan have indflydelse på informanternes meninger og handlinger (Launsø et al. 2017). Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at informanterne kan skjule eller fordreje sandheder, for på den måde at besvare det, de mener interviewer er interesseret i at høre (Ibid). Dette kan influere på specialets resultater, da informanterne bevidst eller ubevidst tilpasser deres svar. Dette kunne eksempelvis være, at informanterne beskrev kommunens arbejde, så det fremstod i det bedste lys, eller at de beskrev deres mening om FMS18, som værende mere positivt, da de sidder i en stilling, hvor det kan påvirke deres arbejde, hvis de er for kritiske over for det kommunale arbejde eller arbejdet med FMS18.

Detaljerig metode

Andet kriterie for validitet af kvalitative metoder er, at metoden der vælges, skal fremstå detaljeret i undersøgelsen (Malterud 2001). En detaljerig metode øger den interne validitet, hvilket giver mulighed for at følge de valg der er truffet gennem processen (Ibid.). Dette stemmer overens med kvalitetskriterierne om stringens i Kitto et al. (2008), som inkluderer, at der skal være transparens og stringens i den måde, hvorpå den kvalitative undersøgelse er udført og fremlagt på. Dette er forsøgt opnået ved at beskrive specialets metode samt analysestrategier situationsnært, i forhold til det som undersøges i henholdsvis FMS18, og kommunernes anvendelse af FMS18. Endvidere er der undervejs argumenteret for valg i relation til specialets problemformulering samt underspørgsmål og forskningsparadigmer. Disse valg er begrundet med udgangspunkt i den faglitteratur som er blevet

præsenteret gennem specialegruppens folkesundhedsmæssige uddannelse, med det formål at træffe valg som kan relateres til anerkendte forskere i forhold til at kunne besvare samt udfolde bestemte typer af problemstillinger. En eksplicit udfoldelse af metoden har dermed øget transparensen i specialet.

Ifølge Frederiksen (2015) er det anbefalelsesværdigt at anvende forskellige metoder, for på den måde at validere resultater fra forskellige vinkler. Derfor kan kombinationen af de metoder, som er anvendt i specialet, ses som en styrke. Dog kunne andre strategier og metoder have været anvendt i besvarelsen af specialets problemformulering og dertilhørende underspørgsmål. Eksempelvis kunne fokusgruppeinterview have været anvendt i stedet for individuelle interviews, for at få en dybere indsigt i kommunernes generelle holdninger til FMS18 i stedet for enkelte informanternes holdninger og tanker. Validering og dermed styrke kunne være fremkommet, hvis både den anvendte interviewform i specialet og tilføjelse af fokusgruppeinterview havde været anvendt, da det kunne have skabt yderligere nuancering af problemstillingen. Dette krævede dog, at tidsmæssige ressourcer skulle have været anvendt på at foretage yderligere interviews, hvilket ville påvirke den tid, som der kunne anvendes på andre elementer i specialet.

Endeligt er et element til detaljering relateret til analysen, hvor en detaljeret analyse øger den interne validitet (Malterud 2001). I dette speciale styrkes analysen via inddragelse af citater fra både FMS18 og interviewudtalelser. Ved anvendelse af citater i den analytiske procedure muliggør det i højere grad, at der ses sammenhæng mellem data og forskerens forståelse, sådan at de analytiske pointer kan følges af læseren (Tanggaard & Brinkmann 2015). Den tekstnære analysetilgang, ved anvendelse af citater, har således muliggjort at de analytiske pointer i dokument- og interviewanalysen, bidrager til øget validitet.

Triangulering

Tredje kriterium for øget validitet af kvalitative metoder er triangulering (Malterud 2001). Hensigten med dette er at nuancere problemstillingen, ved at forskningen kobles til flere perspektiver (Ibid.). Dette medvirker til at øge forståelsen af komplekse fænomener (Ibid.). Triangulering kan udføres ved forskertriangulering, hvor flere forskere medvirker i den analytiske proces. På den måde øges validiteten og troværdigheden, da der opnås forståelse på et nuanceret fundament (Kitto et al. 2008). Alle medlemmer i dette speciale har bidraget til de kvalitative metoder, herunder dokument- og

interviewanalysen, både gennem verbal og skriftlig diskussion, med det formål at tydeliggøre nuancer hinanden imellem. Ligeledes er det forsøgt at sammenkoble fortolkning af FMS18 med teoretiske perspektiver, så teoretisk triangulering kan opnås. Dette skulle sikre, at dokumentanalysen af FMS18 ikke stod alene, men ligeledes blev koblet op på praksisnære perspektiver, hvilket også er forekommet gennem interviewene. Endvidere kan valideringen opnås gennem metodetriangulering (Malterud 2001). I dette speciale blev metodetriangulering anvendt ved både at inddrage kvalitative metoder i form af dokumentanalyse og semistrukturerede interviews, samt kvalitativ og kvantitativ forskning fra studier fundet gennem den systematiske litteratursøgning, hvilken er en kvantitativ metodetilgang. Tilsammen skulle metoderne og forskningen besvare specialets problemformulering. Hver metode har styrker og svagheder, og ved triangulering kompenseres der for hinandens svagheder (Launsø et al. 2017). Metodetriangulering blev vurderet til at styrke den interne validitet. Dog er metodetriangulering begrænset i de tilfælde, hvor problemformuleringen har et specifikt metodisk perspektiv, da valget af metoder er styret af problemformuleringen (Ibid). Problemformuleringen i dette speciale er udformet med tilhørende underspørgsmål, hvor disse blev besvaret med hjælp fra en dokumentanalyse, en analyse af den kvalitative interviews samt en systematisk litteratursøgning. Dermed har besvarelsen af problemformuleringen medført en ubalance i den kvalitative og kvantitative metode og at de muligheder metodetriangulering bidrager til, ikke er blevet udnyttet til fulde.

9. Forandringsforslag

I det følgende afsnit vil specialets forslag til forandring af FMS18 blive præsenteret. Forandringsforslaget er opstillet på baggrund af specialets resultatdiskussion.

9.1 Forslag 1: Adressering af social ulighed som selvstændig målsætning

Som fundet i dokumentanalysen adresseres den sociale ulighed i dårlig mental sundhed sparsomt, da den nærmeste definition af social ulighed er den dikotome forskel mellem højt og lavt uddannelsesniveau, hvor de kortuddannede ses som socialt udsatte og sårbare. Ligeledes udspecificeres det ikke, hvordan indsatser målrettet disse grupper skal tilrettelægges. Dette er problematisk, da det i forebyggelsesarbejdet med social ulighed i dårlig mental sundhed, er vigtigt at der tages højde for muligt forekommende utilsigtede konsekvenser, herunder stigning i social ulighed, stigmatisering og sygeliggørelse. Denne problematik forstærkes yderligere af, at FMS18 hovedsageligt anbefaler individrettede tiltag uden at rådgive omkring rekruttering og opsøgning af borgere med lav SES.

Yderligere har betragtningen af social ulighed i dårlig mental sundhed i FMS18, som den snævre dikotome forskel mellem højt og det lavt uddannelsesniveau, medvirket til, at kommunernes forståelsesramme af social ulighed ligeledes synes snæver. Dette kom frem gennem interviewene, hvor én informant italesatte socialt udsatte, som den målgruppe der ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet, og at den sociale ulighed i dårlig mental sundhed ville reduceres, når borgerne gennemfører uddannelser og tilknyttes arbejdsmarkedet. At social ulighed i dårlig mental sundhed adresseres som dikotomt i FMS18, kan dermed have konsekvenser. Dette fordi de metoder kommunen anvender for at reducere den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, ligeledes bliver snæver, med udgangspunkt i et sundhedsfundamentalistisk syn. Dette da kompleksiteten og borgernes sociale kontekst, som er væsentlige aspekter at inddrage i redueringen af social ulighed i dårlig mental sundhed, overses.

Med denne viden ses der et behov for en mere uddybende adressering af den sociale ulighed i FMS18. Denne adressering skal udspecificere i forhold til hvordan indsatser rettet mod socialt udsatte skal tilrettelægges. Ligeledes skal der tages højde for social ulighed ud fra den bredere gradient-forståelse i forhold til de utilsigtede konsekvenser der kan være ved førnævnte tiltag, samt ved rekruttering og opsøgning til disse tiltag. Dette for at kompleksiteten og individets kontekst medtages i

forebyggelsesarbejdet, når reducere af den sociale ulighed skal forekomme. Dog kan det diskuteres hvorvidt denne forståelse kan ændres, da forståelsen er indlejret i både Sundhedsstyrelsen og i kommunernes arbejde med mental sundhed. Ud fra et socialkonstruktivistisk perspektiv, kan Sundhedsstyrelsens adressering i forhold til social ulighed, ændre på den forståelsesramme der forekommer i samfundet. Ved at Sundhedsstyrelsen uddyber og definerer den sociale ulighed ud fra en bredere forståelse, som en gradient der ikke kun påvirkes af uddannelsesniveau, vil denne forståelse kunne internaliseres sig i samfundet og i kommunernes forebyggelsesarbejde. Yderligere vil uddybningen medføre, at problematikken bag social ulighed i højere grad bliver et fokuspunkt i forebyggelsesarbejdet. Eksempler på dette, kan findes i de andre skandinaviske lande, hvor eksempelvis Norge og Sverige i højere grad anser den sociale ulighed som et politisk problem, der berører hele befolkningen og skal løses inden for alle sektorer (Vallgård 2009).

9.2 Forslag 2: Inddragelse af flere niveauer i forebyggelsesarbejdet

Ud fra specialets resultatdiskussion er der opnået en forståelse af, hvorledes FMS18 adresserer, at forebyggelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed foregår på tre niveauer; det individuelle-, det sociale- og det strukturelle niveau, hvilket ligeledes afspejles i kommunernes forebyggelsesarbejde. Dog er det fundet, at på trods af disse tre niveauer, bidrager definitionen af mental sundhed samt de anbefalede indsatser til, at ansvaret for dårlig mental sundhed hovedsageligt placeres hos individet selv. Dette afspejler den neoliberalistiske ideologi, der ligger bag konkurrencestatens mentalitet (Pedersen 2011). Denne ideologi er problematisk, da det er uhensigtsmæssigt at pålægge individet ansvaret for egen sundhed, da individer med lav SES i lavere grad besidder de ressourcer og kompetencer der er nødvendige for at tage ansvar for egen sundhed (Vallgård 2009). Derfor er der behov for, at der i højere grad udvikles strukturelle tiltag, og at ansvaret for den sociale ulighed i dårlig mental sundhed dermed flyttes fra individet med lav SES til at blive et fælles ansvar. Dette kræver, at der arbejdes på flere områder med social ulighed, og at et tværsektorielt samarbejde inkluderes.

Hermed ses et forandringspotentiale i den sociale praksis i FMS18, hvor en del af ansvaret flyttes fra individet til samfundet. Dette vil medføre et bedre udgangspunkt for, at FMS18 har virkning i forhold til at reducere social ulighed i dårlig mental sundhed. Derudover vurderes det, at hvis noget af ansvaret flyttes fra individet til samfundet, gennem større brug af strukturelle indsatser med fokus på distale faktorer i stedet for proksimale faktorer, kan dette bidrage til at forebyggelse adresseres ud fra et

samfundsproblem, og derved pålægges individer ikke ansvar, de kan være udfordrede på at løfte alene.

Ydermere er det, med inspiration fra Sallis' økologiske model (2008), nødvendigt at adressere det samfunds- og politiske niveau, hvis hele kompleksiteten bag social ulighed dårlig i mental sundhed skal reduceres. Dette kom til udtryk gennem interviewene, hvor informanterne tilkendegav, at arbejdet med social ulighed i dårlig mental sundhed skal løses på tværs af sektorer og ikke kun i sundhedssektoren. Dog gav informanterne udtryk for, at de ikke havde adgang til disse sektorer, men at de alligevel mente at der bør stilles krav til, at disse sektorer medinddrages i forebyggelsesarbejdet i social ulighed i dårlig mental sundhed. Dog kan det anses at være på det politiske niveau, at dette krav skal stilles. Som udtalt af begge informanter, så er det på højere politiske niveauer, at der træffes beslutninger om, hvad der skal være særlige fokusområder i forhold til sundhed i de enkelte kommuner. Dette har således bidraget til forandringsforslag om, at det samfunds- og politiske niveau skal adresseres i FMS18, så der herfra kan rådgives om, at andre sektorer og forvaltninger end kun kommunernes sundhedsforvaltning, ligeledes skal være en del af forebyggelsesarbejdet i forhold til social ulighed i dårlig mental sundhed.

Det er dog tvivlsomt hvorvidt FMS18s adressering af det politiske- og samfundsmæssige niveau vil medføre ændringer, da kommunernes sundhedsforvaltning, som en af informanterne gav udtryk for, ikke har adgang til disse niveauer. Dog kan Sundhedsstyrelsens adressering af disse niveauer, ud fra det socialkonstruktivistiske perspektiv, overordnet understøtte en ændring af den diskurs der eksisterer i forebyggelsesarbejdet med den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Ved at Sundhedsstyrelsen, som ligger højt i sundhedsvæsenets hierarki, adresserer den sociale ulighed i dårlig mental sundhed, som et ansvar der ligger udover kommunens sundhedsforvaltning, ville denne diskurs efterhånden internalisere sig i samfundet som sandhed. Vigtigheden af dette uddybes i McAllister et al. (2018) som omtaler at forebyggelsesarbejdet af social ulighed i dårlig mental sundhed påvirkes af hvordan tilstanden anses politisk, og at ændringer af politikker kan medvirke til at forebyggelsesstrategier ændres.

Et eksempel på, hvordan inddragelsen af flere niveauer kan tilrettelægges, beskrives i studiet af Lee (2010), hvor en kombination af strategier og sektorer kan medvirke til at skabe en diskurs i samfundet, hvor samarbejdet på tværs af flere niveauer bliver normen for forebyggelsen. Dette gennem en

kombination af både top-down strategier, herunder reguleringer, og bottom-up strategier, herunder lokale samfundsinterventioner, ved eksempelvis at inddrage borgere samt aktører i lokalområdet (Ibid.). Denne kombination kan således reducere problematikken bag social ulighed i dårlig mental sundhed, da den nuancerer problematikken og angriber den fra flere vinkler. Denne tværsektorielle strategi er ligeledes eksekveret i Sverige, hvor forebyggelsen af social ulighed tager udgangspunkt i et tværsektorielt samarbejde, hvor der anvendes både up-stream og down-stream strategier. Dette kan ses at være vejen frem, da Sverige, ifølge Vallgård (2009), i lavere grad har sociale forskelle i mortalitet og sygelighed end andre skandinaviske- og europæiske lande.

9.3 Forslag 3: Klart defineret formål

Gennem analysen af FMS18 fremstod det uklart, hvilken rolle Sundhedsstyrelsen tilegner FMS18 i kommunernes forebyggelsesarbejde, hvilket kan vanskeliggøre kommunernes forståelse af og forventning til FMS18. Med udgangspunkt i informanternes udtalelser, er erfaringen med FMS18, at den ikke er dynamisk og tilstrækkelig som enkeltstående rådgivningsværktøj til større kommuner. Erfaringen med FMS18 havde således formet kommunernes forståelse af FMS18 som et supplerende værktøj. En af informanterne udtalte, at de i kommunen anvendte første generation af Forebyggelsespakke - *Mental Sundhed* som et mål, men at den lange periode mellem første og anden generation af forebyggelsespakkerne medførte, at mål og resultater i første generation blev opfattet som forældede, hvorfor kommunerne måtte anvende FMS18 som et supplerende værktøj. Dette kan være en grund til, at informanterne ikke stillede større krav til den utilstrækkelige adressering af eksempelvis social ulighed. Den forståelse informanterne havde i begyndelsen, som værende et mål, indikerer, at informanterne havde en forventning til FMS18 som mere end et værktøj, men at de grundet den lange periode mellem udgivelserne, har stillet sig tilfreds med FMS18 som værktøj. Havde Sundhedsstyrelsen haft en klar definition af FMS18s rolle i kommunerne, kunne forventningerne i kommunen være derefter. Dette kunne muliggøre, at kommunerne i højere grad formår at give konstruktiv kritik og feedback til Sundhedsstyrelsen, da det ville være klarlagt, hvad de kunne forvente af FMS18. Denne manglende klarlæggelse af FMS18s rolle kan således have bidraget til, at Sundhedsstyrelsen ikke er bekendt med mulige behov for forbedringer af FMS18, grundet en utilstrækkelig konstruktiv feedback-korrespondance mellem kommunerne og Sundhedsstyrelsen.

Denne viden har ført til forandringsforslag om, at Sundhedsstyrelsen præcist skal definere FMS18s formål og rolle i kommunernes forebyggelsesarbejde, da dette kan påvirke kommunernes anvendelse af, forventninger til og kritiske vurdering af FMS18 i praksis, og således bidrage til forbedring af FMS18 gennem løbende evalueringer mellem kommunerne og Sundhedsstyrelsen.

Ovenstående forslag kan dog diskuteres, da specialegruppen ligeledes ikke er sikker på, hvad Sundhedsstyrelsens intention bag FMS18 er, og i hvilken grad denne skal bidrage til kommunernes forebyggelsesarbejde. Hvis Sundhedsstyrelsens intention er, at FMS18 kun skal være et supplerende værktøj, kan de adresseringer og uddybninger forekomme tilstrækkelige, som én af informanterne ligeledes udtalte gennem interviewene. Hvis Sundhedsstyrelsens intention er, at FMS18 skal være mere end dette værktøj, kan der dog stilles større krav til FMS18, hvilket den anden informant ligeledes gjorde. Uanset intentionen og formålet med FMS18, så vil dét Sundhedsstyrelsen adresserer påvirke diskursen, i samfundet og i de kommunale forvaltninger, i forhold til, hvordan den sociale ulighed i dårlig mental sundhed skal forebygges. Med udgangspunkt i dette er det væsentligt, uanset om FMS18 anvendes som et værktøj eller udgør rammen for forebyggelse af social ulighed i dårlig mental sundhed, at Sundhedsstyrelsen gennem FMS18 i højere grad adresserer de underliggende faktorer bag den sociale ulighed i dårlig mental sundhed.

~ Del 5 ~

Konklusion

10. Konklusion

Formålet med dette speciale var at kritisk analysere, hvordan social ulighed i dårlig mental sundhed adresseres i FMS18, og hvordan evidensbaseret viden, samt en indsigt i kommunernes arbejde og erfaring med FMS18, kunne bidrage med forandringsforslag af FMS18, så den sociale ulighed i dårlig mental sundhed kan reduceres i Danmark. Det blev fundet, at FMS18s adressering af social ulighed i dårlig mental sundhed har formet kommunernes forebyggelsesarbejde med dette. Endvidere blev det fundet, at Sundhedsstyrelsen via FMS18 tager udgangspunkt i både det sundhedsrelativistiske og -fundamentalistiske syn i definitionen af mental sundhed, med et primært fokus på det fundamentalistiske, og yderligere at de yderste niveauer i Sallis' model ikke adresseres. Det blev fundet, at kommunerne anerkender Sundhedsstyrelsens høje position i samfundet, og at de anbefalinger der adresseres i FMS18, ligger bag kommunens forebyggelsesarbejde, som ligeledes ses i kommunernes udgangspunkt i både det fundamentalistiske- og relativistiske sundhedssyn, og med udgangspunkt i de niveauer, der er adresseret i FMS18. Dette er i overensstemmelse med den systematiske litteratursøgning, hvor det kan konkluderes, at de nationale politikker hovedsageligt har et sundhedsfundamentalistisk syn, og at disse er afgørende for forståelsen af social ulighed i dårlig mental sundhed.

Endvidere har Sundhedsstyrelsen i FMS18 ikke prioriteret at adressere og dybdegående definere social ulighed, og hvordan kommunerne bør tilrettelægge indsatser for at reducere social ulighed. Dette blev ligeledes afspejlet i kommunernes forståelse, da der forekom en uklarhed bag, hvad informanterne forstod ved social ulighed i dårlig mental sundhed. Yderligere tager FMS18 overordnet udgangspunkt i sundhedsfremmende- og individrettede strategier, som har til formål at gøre individet produktivt, hvilket afspejler, at forebyggelsen overordnet tager udgangspunkt i de proksimale forståelser bag den sociale ulighed i dårlig mental sundhed. Dette blev ligeledes italesat af informanterne, som erfarede, at deres tiltag hovedsageligt tog udgangspunkt i de sundhedsfremmende- og individrettede strategier, hvor målet var at styrke individets hjælp til selvhjælp gennem kurser i stress- og hverdagshåndtering.

Derfor ses der i FMS18 et behov for forandring i forhold til at definere dårlig mental sundhed samt social ulighed, da dette har betydning for, hvordan kommunerne udarbejder tiltag, der skal reducere dette. Yderligere er der behov for, at FMS18 adresserer alle Sallis' niveauer og at formålet med FMS18 i højere grad ekspliciteres.

11. Referenceliste

Aho, K 2008, 'Medicalizing mental health: A phenomenological alternative', *Journal of Medical Humanities*, vol. 29, no. 4, pp. 243–259.

Allen, KA & McKenzie, VL 2015, 'Adolescent mental health in an Australian context and future interventions', *International Journal of Mental Health*.

Allmark, P 2006, 'Choosing Health and the inner citadel', *Journal of Medical Ethics*.

Amaddeo, F & Jones, J 2007, 'What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services?', *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 16, no. 1, pp. 16–19.

Brænder, M, Kølvrå, C, & Laustsen, CB 2014, *Samfundsvidenskabelig tekstanalyse*, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag, København.

Braun, V & Clarke, V 2006, 'Using thematic analysis in psychology', *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, no. 2, pp. 77–101.

Brinkmann, S 2015, 'Etik i en kvalitativ verden', in L Tanggaard & S Brinkmann (eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog*, Hans Reitzels Forlag, København, pp.463–479.

Brinkmann, S & Tanggaard, L 2015, 'Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver. En introduktion', in L Tanggaard & S Brinkmann (eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog*, Hans Reitzels Forlag, København, pp.13–29.

Buus, N et al. 2008, 'Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller | Sygeplejersken, DSR', *Sygeplejersken*, vol. 108, no. 10, pp. 2–8.

Callaghan, JEM, Fellin, LC, & Warner-Gale, F 2017, 'A critical analysis of Child and Adolescent Mental Health Services policy in England', *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 22, no. 1, pp. 109–127.

Canese, K & Weis, S 2013, *PubMed: The bibliographic database, The NCBI Handbook [Internet]*, , no. 2002 Oct 9 [Updated 2013 Mar 20], <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153385/>>.

Chida, Y & Steptoe, A 2008, 'Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies', *Psychosomatic Medicine*, vol. 70, no. 7, pp. 741–756.

Corrigan, P 2004, 'How stigma interferes with mental health care', *American Psychologist*, vol. 59, no. 7, pp. 614–625.

Darmer, P et al. 2010, 'Introduktion til videnskabsteori', in, *Paradigmer i praksis - Anvendelse af metoder til studier af organiserings- og ledelsesprocesser*, Handelshøjskolens Forlag, København.

Don, N 2000, 'Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health Promotion International*, pp. 259–267.

Drukker, M, Gunther, N, & van Os, J 2007, 'Disentangling associations between poverty at various

levels of aggregation and mental health.’, *Epidemiologia e psichiatria sociale*.

Drummond, MF et al. 2015, ‘Measuring and valuing effects: health gain’, in, *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Program*, Oxford University Press, Oxford.

EBSCO 2018, *The CINAHL Database, EBSCO Nursing Resources*, viewed 1 May 2018, <<https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases/the-cinahl-database>>.

Elsevir 2019, *Embase*, viewed 21 March 2019, <<https://www-elsevier-com.zorac.aub.aau.dk/solutions/embase-biomedical-research>>.

Faber, FT et al. 2017, ‘Systematisk søgning efter kvalitativ litteratur kan styrkes’, *Ugeskrift for læger*, p. 60.

Fieldhouse, J 2012, ‘Mental health, social inclusion, and community development: lessons from Bristol’, *Community Development Journal*, vol. 47, no. 4, pp. 571–587.

Foucault, M 2010, *The birth of biopolitics*, M Senellart et al. (eds.), Palgrave Macmillian, New York.

Frandsen, TF et al. 2014, ‘En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger’, *Ugeskrift for læger*, p. 63.

Frederiksen, M 2015, ‘Mixed methods forskning’, in S Brinkmann & L Tanggaard (eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog*, Hans Reitzels Forlag, København, pp.197–213.

Friis, AJ 2018, ‘Styrelser og tilsyn i sundhedsvæsenet’, in Janne Friis Andersen; Kirsten Falk (ed.), *Sundhedsvæsenet på tværs*, Munksgaard, København, pp.195–210.

Galobardes, B, Lynch, J, & Smith, GD 2007, ‘Measuring socioeconomic position in health research’, *British Medical Bulletin*.

Glasdam, Stine 2009, ‘Folkesundhed - menneskehedens interesse par excellence’, in Stinne Glasdam (ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, pp.17–28.

Goffman, E 2009, *Stigma - om afvigerens sociale identitet*, 2. udgave, B Gooseman (ed.), Samfundslitteratur, Frederiksberg.

HealthDirect 2018, *Nine signs of mental health issues*, *HealthDirect*, <<https://www.healthdirect.gov.au/signs-mental-health-issue>>.

Van Der Heide, I et al. 2016, ‘Health literacy in Europe: The development and validation of health literacy prediction models’, *European Journal of Public Health*, vol. 26, no. 6, pp. 906–911.

Hoang, D, Kristoffersen, I, & Li, IW 2019, ‘All in the mind? Estimating the effect of mental health on health behaviours’, *Social Science and Medicine*, vol. 225, no. July 2018, pp. 69–84, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361930084X?dgcid=rss_sd_all>.

Hørmann, E 2015, ‘Litteratursøgning’, in Stinne Glasdam (ed.), *Bachelorprojekter indenfor det*

sundhedsvidenskabelige område- indblik i videnskabelige metoder, Dansk Sygeplejeråd, København, pp.37–49.

JB1 2017, © Joanna Briggs Institute 2017 *Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research*, <<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>www.joannabriggs.org>.

Jensen, LB 2011, *Indføring i tekstanalyse*, 2. udgave, Roskilde Universitetforlag, Roskilde.

Justesen & Mik-Meyer 2012, 'Quality criteria and qualitative methodology', in, *Quality research methods in organisation studies*, Hans Reitzels Forlag, pp.35–50.

Juul, S & Bransholm, PK 2012, *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag, København.

Kawachi, I & Berkman, LF 2001, 'Social ties and mental health', *Journal of Urban Health*, vol. 78, no. 3, pp. 458–467.

Keyes, CLM 2005, 'Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no. 3, pp. 539–548.

Kitto, SC, Chesters, J, & Grbich, C 2008, 'Quality in qualitative research', *Medical Journal of Australia*, vol. 188, no. 4, pp. 243–246.

Kristensen, FB & Sigmund, H 2007, *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*.

Kvale, S & Brinkmann, S 2015, *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, 3. udgave, Hans Reitzels Forlag, København.

Launsø, L, Rieper, O, & Olsen f. 1963, L 2017, 'Forskningstyper & Det paradigmatisk bagland', in L Launsø (ed.), *Forskning om og med mennesker*, Kbh. : Munksgaard.

Lee, K 2010, 'How do we move forward on the social determinants of health: The global governance challenges', *Critical Public Health*, vol. 20, no. 1, pp. 5–14.

Leslie, ER et al. 2011, 'A Prospective Study of Diet Quality and Mental Health in Adolescents', *PLoS ONE*, vol. 6, no. 9, p. e24805.

Link, BG & Phelan, J 1995, 'Social Conditions As Fundamental Causes of Disease', *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, no. 1995, pp. 80–94.

Lund, H 2014, *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : redskaber til evidensbaseret praksis*, 1. udgave, H Lund (ed.), København : Munksgaard.

Lund, R 2011, 'Sociale relationer og helbred', in A-MN Andersen, B Netterstrøm, & ER Sund (eds.), *Medicinsk sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*, Munksgaard, København.

Lynggard, K 2015, 'Dokumentanalyse', in, *Kvalitativemetoder. En grundbog*, Hans Reitzel Forlag, København.

Malterud, K 2001, 'Qualitative research: standards, challenges, and guidelines', *The Lancet*, vol. 358, no. 9280, pp. 483–488.

Marmot, M & Wilkinson, RG 2005, *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.

Mauro, JM Del & Williams, DJ 2013, 'Children and Adolescents' Attitudes Toward Seeking Help From Professional Mental Health Providers', *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 35, no. 2, pp. 120–138.

McAllister, A et al. 2018, 'How do macro-level structural determinants affect inequalities in mental health? – a systematic review of the literature', *International Journal for Equity in Health*, vol. 17, no. 1, pp. 1–15.

McDaid, D & Park, A La 2011, 'Investing in mental health and well-being: Findings from the DataPrev project', *Health Promotion International*.

Merton, RK 1936, 'The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action', *American Sociological Review*.

Milner, A et al. 2018, 'Do employment factors reduce the effect of low education on mental health? A causal mediation analysis using a national panel study', *International Journal of Epidemiology*, vol. 47, no. 5, pp. 1423–1431.

Møller, RB 2009, 'Et forsvar for sundhedsfundamentalismen - til kritik af en tidstypisk tankegang', in S Glasdam (ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Naylor, C et al. 2010, 'Reducing health inequalities in priority public health conditions: using rapid review to develop proposals for evidence-based policy', *Journal of Public Health*, vol. 32, no. 4, pp. 496–505.

OECD Health 2016, 'Health policy in Denmark Health policy in Denmark', *OECD Health Policy Overview*, <<http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Denmark-June-2016.pdf>>.

Osler, M & Andersen, A-M 2014, 'Livsforløb og helbred', in L Rikke, C Ulla, & I Lars (eds.), *Medicinsk sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*, Munksgaard, København, pp.205–218.

Pedersen, CR, Holstein, BE, & Köhler, L 2005, 'Parents' labour market participation as predictor of children's well-being: Changes from 1984 to 1996 in the Nordic countries', *European Journal of Public Health*.

Pedersen, KB 2012, 'Socialkonstruktivisme', in, *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori*, Hans Reitzel forlag, København, pp.187–233.

Pedersen, OK 2011, *Konkurrencestaten*, 1. udgave, Hans Reitzels Forlag, København, <www.hansreitzel.dk>.

Petersen, A 2016, *Præstationssamfundet*, 1., Forfatteren og Hans Reitzels Forlag, København.

Plurphanswat, N, Kaestner, R, & Rodu, B 2017, 'The effect of smoking on Mental Health', *Am J Health Behavior*, , no. 4, pp. 471–483.

ProQuest 2019, *Sociological Abstracts.*, viewed 4 April 2019, <<https://search-proquest-com.zorac.aub.aau.dk/socabs/advanced?accountid=8144>>.

Rose, G 2001, 'Sick individuals and sick populations', *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, pp. 427–432, <<http://ije.oxfordjournals.org/content/30/3/433.short>>.

Sallis, JF, Owen, N, & Fisher, EB 2008, 'Ecological models of health behavior', in K Glanz, BK Rimer, & K Viswanath (eds.), *Health behavior and health education - Theory, research and practice*, John Wiley & Sons, Inc. , San Francisco, pp.465–485.

Salmon, N-J, Thomas, JM, & Farrow, C 2018, 'The relationship between fruit and vegetable consumption, mental health and psychological wellbeing', *Appetite*, vol. 130, no. 2018, p. 314, <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.05.230>>.

Sundhedsstyrelsen 2008, *Fremme af mental sundhed -baggrund, begreb og determinanter*, København, <<http://www.sst.dk>>.

Sundhedsstyrelsen 2009, *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*, København.

Sundhedsstyrelsen 2011a, *Den nationale sundhedsprofil 2010 - HVordan har du det?*, København.

Sundhedsstyrelsen 2011b, *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*, København.

Sundhedsstyrelsen 2012, *Forebyggelsespakke - Mental Sundhed 2012*, København.

Sundhedsstyrelsen 2016a, *Sygdomsbyrden i Danmark - Risikofaktorer*, København S.

Sundhedsstyrelsen 2016b, *Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv - en analyse af registerdata fra 'Sundhedsprofilen 2010'*, København.

Sundhedsstyrelsen 2017, *Ulighed i sundhed*, *Sundhedsstyrelsen.dk*, viewed 18 February 2019, <<https://www.sst.dk/da/planlaegning/ulighed>>.

Sundhedsstyrelsen 2018a, *Danskernes Sundhed - Den nationale Sundhedsprofil 2017*, København.

Sundhedsstyrelsen 2018b, *Forebyggelsespakke - Mental Sundhed 2018*, København.

Tanggaard, L & Brinkmann, S 2015, 'Interviewet. Samtalen som forskningsmetode', in L Tanggaard & S Brinkmann (eds.), *Kvalitative metoder. En grundbog*, Hans Reitzels Forlag, København, pp.29–55.

Thoits, PA 2011, *Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health*, Bloomington.

Tove, F et al. 2013, 'En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger', *Ugeskrift for læger*, p. 63.

Vallgård, S 2009, 'Sundhedspolitik i de skandinaviske lande', in S Glasdam (ed.), *Folkesundhed - i*

et kritisk perspektiv, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København.

Vallgård, S, Diderichsen, F, & Jørgensen, T 2014, *Sygdomsforebyggelse*, 1. udgave, Munksgaard, København.

Verweij, M & van den Hoven, M 2012, 'Nudges in public health: Paternalism is paramount', *American Journal of Bioethics*.

Villadsen, K 2013, 'Michel Foucault', in H Andersen & LB Kaspersen (eds.), *Klassisk og moderne samfundsteori*, Hans Reitzel Forlag, København.

Whiting, P et al. 2016, 'ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed', *Journal of Clinical Epidemiology*.

WHO 2013, *Investing in mental health: evidence for action.*, Geneva.

WHO 2019, *Mental health*, World Health Organization, viewed 5 March 2019, <https://www.who.int/mental_health/en/>.

Wiley John; Sons 2019, *About the Cochrane Library*.

World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse., Victorian Health Promotion Foundation., & University of Melbourne. 2004, *Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice : summary report.*, World Health Organization.

World Medical Association 2013, *Fortaleza*, viewed 18 December 2018, <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>>.