

Sundhedskapital, anerkendelse og sociale fællesskaber



-En undersøgelse om motion som omdrejningspunkt i en social indsats mod strukturel ulighed i sundhed

Uddannelse: Kandidat i Socialt Arbejde

Uddannelsessted: Aalborg Universitet

Navn: Liva Ghabarou

Studienummer: UX66HU

Anslag: 156.000

Vejleder: Mathias Herup Nielsen

Indholdsfortegnelse

Resumé	3
Problemfelt	4
Litteraturgennemgang	8
<i>Relevans for dette speciale</i>	<i>11</i>
Videnskabsteori	12
<i>Filosofisk hermeneutik og dennes anvendelse i specialet</i>	<i>12</i>
<i>Kritisk hermeneutik</i>	<i>13</i>
<i>Socialkonstruktivismen</i>	<i>14</i>
Metode	15
<i>Forskningsdesign</i>	<i>15</i>
<i>Casestudiet</i>	<i>15</i>
<i>Observationer</i>	<i>16</i>
<i>Kvalitativt interview</i>	<i>17</i>
<i>Metodiske overvejelser og metodekritik</i>	<i>21</i>
<i>Metodiske overvejelser vedrørende generativ AI (GAI)</i>	<i>24</i>
Præsentation af empiri	26
Teori	27
<i>Pierre Bourdieu</i>	<i>27</i>
<i>Axel Honneth</i>	<i>28</i>
<i>Sundhedskapital og kulturel sundhedskapital</i>	<i>28</i>
<i>Kritiske refleksioner om valg af teori</i>	<i>28</i>
Analyse	31
<i>Felt, kapital, doxa og symbolsk vold</i>	<i>31</i>
Sundhedsfeltet	31
Doxa	32
Kapital	33
Symbolsk vold	38

<i>Delkonklusion (felt, kapital, doxa og symbolsk vold)</i>	39
<i>Modmagt og subfelter</i>	40
<i>Delkonklusion (modmagt og subfelter)</i>	43
<i>Socialt fællesskab, anerkendelse og habitus</i>	43
<i>Anerkendelse</i>	47
<i>Habitus</i>	53
<i>Delkonklusion (Socialt fællesskab, anerkendelse og habitus)</i>	57
Konklusion på analysen	58
Diskussion	60
<i>Kritik af den dominerende sundheds- og fitnessdiskurs - det sociale arbejdes dilemma og ansvar</i>	60
Konklusion på specialet og besvarelse af problemformuleringen:	67
Litteraturliste	70

Resumé

This thesis explores how a focus on health capital within social work can serve as a means to address health inequality, social marginalization, and social justice for vulnerable groups. The target group of the thesis is minority ethnic women living in a socially disadvantaged housing area. The theoretical framework draws on the work of Bourdieu, P. (2007) and Honneth, A. (2006), particularly the concepts of field, capital, doxa, habitus, symbolic violence, and recognition. The concepts of health capital and cultural health capital are central to the analysis and are used to examine the barriers to health faced by the participants, as well as how to actively create alternative spaces where health capital can be cultivated among the target population.

The thesis is based on a case study of the social initiative MAMAMOVE, a fitness and health program for vulnerable women in a socially disadvantaged housing areas. The data consists of qualitative interviews and field observations.

The analysis revealed that social work, through the provision of physical activity, can create a space where the target group can develop cultural health capital and health capital on their own terms. In this space, a sense of community emerged, enabling participants to cultivate other forms of capital, such as social capital. The analysis indicates that fostering health capital can positively influence other forms of capital, as these are not closed-off silos but are instead interrelated and mutually reinforcing. The cultivation of health capital can initiate a positive spiral that contributes to the development of other forms of capital. Health capital also led to increased recognition from others, which proved essential for participants' identity formation and participation in broader social arenas.

The thesis highlights the potential within social work to work strategically with health capital as a way to address health inequality. It emphasizes the importance of creating inclusive spaces that offer alternative paths to health, spaces for recognition, and opportunities for social belonging. The thesis concludes that a focus on health among vulnerable groups can be an effective approach to tackling deeper social work issues such as social justice, health inequality, and social marginalization. It argues that targeted health promotion initiatives are necessary and that social work holds a responsibility to engage in the creation of such health-promoting efforts for marginalized groups.

Problemfelt

'Jeg har aldrig svedt sådan her før, når jeg har lavet motion – heller ikke i et fitnesscenter'.

Sætningen her faldt efter en times træning fra en storsmilende kvinde. Hun havde lige gennemført en times hård træning i en gymnastiksal i Nordvest, hvor hun i fællesskab med andre kvinder ugentligt deltager. Træningskonceptet er et nyt sundhedsinitiativ, skræddersyet til udsatte kvinder, der bor i et boligsocialt område. Konceptet hedder MAMAMOVE, og er skabt af undertegnede, da jeg gennem det sidste halve år har været i et iværksætter-program på Aalborg Universitet, hvor jeg har slået mine folder som social iværksætter. Her har jeg i samarbejde med en boligsocial indsats i Nordvest (Beboerprojekt Nordvest) skabt en indsats, der via træning og inkluderende fællesskab forsøger at styrke en udsat gruppe kvinders sundhed. MAMAMOVE er født ud fra en vision om at udligne ulighed i sundhed, og skabe sundhedsmæssige, sociale og økonomiske fordele for både individ og samfund. Tesen er, at når udsatte kvinder får adgang til inkluderende træning, øges deres fysiske og mentale velvære, hvilket forebygger livsstilssygdomme og giver mestringsoplevelser. Samtidig skaber MAMAMOVE et rum for sundhedsfremmende dialog og sociale fællesskaber. Her italesættes typiske sundhedsproblematikker, der kommer af at have en kvindelig krop, som underlivsprolaps, HPV-screening og brysttjek for cancerknuder. Tesen er, at disse uformelle snakke styrker tidlig opsporing og forebyggelse.

Sundhed er et vigtigt fokus i det sociale arbejde, da forskning peger på, at ulighed i sundhed rammer udsatte grupper med lav socioøkonomisk status, og det lader til, at minoritetsetniske borgere bliver ramt særligt hårdt (Sundhedsstyrelsen, 2023). Sundhedsstyrelsen udgav i 2023 en stor rapport, hvor de kortlagde sundhedsprofilen for minoritetsetniske borgere op imod en dansk baggrundsbefolkning. Her finder de, at især borgere med mellemøstlig og nordafrikansk baggrund har en ringere sundhed end baggrundsbefolkningen. Adspurgte til eget selv vurderet helbred, scorer denne gruppe lavest på næsten samtlige parametre, herunder fysisk og mentalt helbred, stress, social isolation, ensomhed og nedtrykthed. I spørgsmålet om, hvorvidt gruppen lever op til WHO's anbefalinger vedrørende fysisk aktivitet, svarer en stor andel nej, hele 72,3%, op imod en dansk befolkning, hvor andelen, der ikke lever op til anbefalingerne er 57,7%. I rapporten peger forskerne på flere forskellige forklaringsmodeller, blandt andet stressorer i forbindelse med immigrationen og traumatiske oplevelser i hjemlandet, samt rodløshed og bekymringer over den eventuelle resterende familie i hjemlandet. Der kan også opstå en diskrepans, når immigranternes kompetencer og meritter

fra hjemlandet ikke anerkendes i en dansk kontekst og fører til ufaglærte jobs, og lav socioøkonomisk status. Rapporten peger også på social eksklusion, marginalisering, fordomme, diskrimination og institutionel racisme kan have indflydelse på sundheden og have en negativ påvirkning på borgernes mulighed for at få det optimale ud af sundhedssystemet (ibid).

Dette lag af marginalisering, social eksklusion og diskrimination som faktorer, der kan have en indflydelse på ens adgang til sundhed, bringer mig tilbage til de kvinder, der er målgruppen for MAMAMOVE. Samtlige af deltagerne har flere udsatheder med sig. De har minoritetsbaggrund, de har lav eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet, de døjer med forskellige fysiske og psykiske lidelser, og flere af dem er enlige forsørgere til flere børn. Det kalder på en intersektionel forståelse af udsathed. Intersektionalitet handler om, at sociale kategorier som køn, etnicitet og socioøkonomisk status ikke er isolerede, men interagerer og skaber komplekse, og ofte usynlige former for ulighed og diskrimination. Et individ er altså summen af ens udsatheder, og alle disse skal medtages for at forstå det hele menneskes vilkår (Pringle, 2018, s. 19). For minoritetskvinder betyder det, at deres udsathed ikke kun afhænger af deres etnicitet, men også af faktorer som klasse og arbejdsmarkedstilknytning, der tilsammen skaber en kompleks form for udsathed, der kan have indflydelse på deres sundhed, og som kræver en kompleks og sammensat løsning.

I rapporten beskrives, hvordan der kan være visse synlige og usynlige barrierer, når det kommer til at få adgang til sundhed for minoritetsetniske borgere. Af de synlige barrierer kan nævnes egenbetaling af tolk, manglende procedurer for opsporing af psykiske lidelser, og manglende koordinering på tværs af social- og sundhedssektoren. Af usynlige barriere nævnes manglende kendskab til rettigheder og muligheder, utilstrækkelige kompetencer hos sundhedspersonalet i mødet med patientgruppen, og modstridende forventninger til, hvilken rolle en sundhedsperson skal spille – og rapporten identificerer dette, som manglende sundhedskompetencer (Sundhedsstyrelsen, 2023). Det begreb vil jeg udfolde med teorier indenfor det sociale arbejde, der understreger, at det sociale arbejdes praksis og teori, er relevante til at forstå ulighed i sundhed og tilbyder nogle nuancerede forståelser af komplekse problemstillinger.

I en artikel af J.K. Shim, beskrives sundhedskompetence som et barometer for i hvor høj grad et individ har ressourcer til at tilegne sig, bearbejde og forstå sundhedsinformation. Denne kompetence er nødvendig for at kunne træffe gode beslutninger om sundhed, og påvirker den

behandling man får i sundhedsvæsenet (Shim, 2010). I artiklen beskrives, at individer der fx anvender et sprog der inkluderer biomedicinske termer i mødet med sundhedsfaglige, var tilbøjelige til at få mere tid og opmærksomhed af den sundhedsfaglige. Shim introducerer begrebet *kulturel sundhedskapital*, der zoomer ind på interaktionsformer mellem patienter og sundhedsprofessionelle, som kan fremme en positiv behandlingsrelation. Det fremhæves at visse former for adfærd fra patienter, ofte formet af deres kulturelle og sociale baggrund, kodes som mere legitime i mødet med sundhedssystemet, og kan føre til bedre adgang til behandling. Begreberne udspringer af Pierre Bourdieus teori om kapitalformer, der beskriver hvordan visse former for ressourcer og kompetencer er fordelagtige alt efter hvilken social arena et individ befinder sig i (Bourdieu, 2007). Kobler man et *intersektionelt* blik på de forskellige kapitalformer og altså ser på dem som en del af en helhed, vil man få et billede af, hvordan de forskellige kapitalformer influerer hinanden (Sodemann & Larsen, 2024).

I en artikel om ulighed i sundhed, kommer forfatterne netop ind på, hvordan forskellige kapitalformer influerer hinanden, og hvordan forholdet mellem ens sociale position kan lede til sygdom og omvendt (Vedsted, P, 2017). Et konkret eksempel beskrives i bogen 'Ulighedens drejebog', og forklares således: Hvis en borger har lav sundhedskapital og deraf mange sygedage, kan det være svært at opretholde tilknytning til arbejdsmarkedet. Det kan føre til en ændring i ens økonomiske kapitaler, som er medvirkende til at man er nødsaget til at flytte hen til en billigere bolig med dårligere boligforhold, måske med mindre adgang til sundhedsfremmende initiativer. Det kan i sig selv gøre den udsatte borger mere syg og altså i besiddelse af endnu lavere sundhedskapital. Således skabes en spiral, hvor forskellige kapitalformer påvirker hinanden negativt igen og igen (Sodemann & Larsen, 2024). Eksemplet viser, hvordan det især er den lave sundhedskapital, der leder til den negative spiral. Men når kapitalformer kan påvirke hinanden negativt, kan de også påvirke hinanden positivt, og det gør mig nysgerrig på, om man i det sociale arbejde kan arbejde aktivt med udsatte gruppers sundhedskapital, som en måde at udligne ulighed og skabe mere social retfærdighed. Det leder mig frem til følgende problemformulering:

Hvordan kan et fokus på at opbygge sundhedskapital hos mennesker bidrage til at løse sociale problemer og ulighed gennem socialt arbejde?

For at undersøge ovenstående tages der i dette speciale konkret udgangspunkt i den sociale indsats MAMAMOVE.

Litteraturgennemgang

For at læse mig ind på mit emne, har jeg lavet en litteraturgennemgang, jeg kort vil gennemgå. Formålet med litteraturgennemgangen er at blive klogere på, hvilken viden, der allerede er tilgængelig indenfor problemfeltet, og opnå et indblik i den forskning som dette speciale står på skuldrene af (Monrad, M., 2018). For at finde relevant empiri, har jeg gjort brug af systematisk søgning, citationssøgning og kædesøgning i databaserne Primo Research Assistant, Scopus, Social Science Premium. De forskellige databaser bidrager med forskellige måder at fremsøge relevant litteratur på (ibid).

I min indledende fase har jeg lavet en søgning i Primo research Assistant. Primo Research Assistant har her i den indledende fase bidraget med inspiration til det i starten mere brede emne, og til specifikke søgeord, og givet et udgangspunkt for efterfølgende citations- og kædesøgninger. Min indledende søgning i Primo Research Assistant tjente også som inspiration til relevante emneord til bloksøgningen. De relevante artikler brugte jeg til at lave en citationssøgning i Google Scholar.

Herefter foretog jeg en systematisk søgning, som er en måde at finde mest muligt tilgængeligt empiri om problemfeltet (ibid). Der er anvendt både emneord og fritext-ord. Der søges enkeltvis på termene, og derefter disse i kombination med hinanden, via de boolske operatorer *AND* og *OR*. Jeg startede i databasen Social Science Premium, som har en bred spredning og er relevant indenfor samfundsvidenskaberne (ibid). Jeg lavede en tilsvarende søgning i databasen Scopus. Slutteligt gennemgik jeg de forskellige søgeresultater og udvalgte de forskningsartikler, der var relevante for dette speciale. De specifikke søgestrengte og resultater af disse vedlægges som bilag (bilag 1), hvor jeg har anvendt en skabelon udarbejdet af AAUs bibliotek, til at gå metodisk til litteraturgennemgangen og til at dokumentere min søgning.

Jeg vil nu kort præsentere de forskningsartikler jeg har anvendt til at læse mig ind på problemfeltet.

1. *Physical activity among muslim women. The roles of religious identity, health consciousness and muslim population density* (Hussein & Cunningham, 2023)

Studiet undersøger, om muslimsk kvinders religiøse tilhørsforhold kan være en forhindring for at deltage i fysiske aktiviteter. I alt deltog 499 kvinder i studiet, heraf 177 fra USA og 322 fra andre lande. Forskerne anvendte et tværsnits-survey-design for at undersøge sammenhængen mellem religiøs identitet, sundhedsbevidsthed og intentioner om at deltage i fysisk aktivitet blandt muslimske kvinder, for at undersøge, hvordan de påvirker kvindernes adfærd ift. fysiske aktivitet. Studie viser en positiv sammenhæng mellem et stærkt muslimsk tilhørsforhold, og intentioner om at dyrke fysisk aktivitet, hvilket går imod en mere gængs opfattelse af, at muslimske kvinders tro i sig selv, afholder dem fra at deltage i fysiske aktiviteter. Studiet peger på, at når man udvikler sundhedsprogrammer, bør de være kulturelt sensitive, hvilket vil tilskynde kvinderne til at deltage i fysiske aktiviteter. Studiet er relevant for dette speciale, da målgruppen hos MAMAMOVE er kvinder med muslimsk baggrund. En ubevidst bias som gennemlæsningen af dette studie har gjort mig bevidst om er, at det ikke nødvendigvis er målgruppens religiøse tilhørsforhold *i sig selv* der er den største barriere for at deltage i sundhedsfremmende tiltag.

2. Exercise Behavior, Facilitators and Barriers among Socio-economically Disadvantaged African American Young Adults (Kosma & Buchanan, 2018)

Studiet undersøger, hvordan udsatte, unge afroamerikanere i udsatte områder forholder sig til motion. Studiet er kvalitativt, og data består af dybdegående interviews med 14 deltagere, som i gennemsnit var 33 år. Studiet fandt, at deltagerne blev motiverede til motion af forskellige årsager, blandt andet ved ønsket om bedre helbred og en mere normativ trænet krop. De oplevede glæde ved motion, når de opnåede nye færdigheder. Der blev identificeret flere barrierer for deltagelse. For at fremme fysisk aktivitet blandt målgruppen peger studiet på flere ting. Blandt andet bør man sikre tilgængelige træningsmiljøer, specifikt for kvinder med lav socioøkonomisk status, samt at træningstilbud bør være kulturelt sensitive. Ydermere bør man have fokus på at udbrede viden om træning, skader og forebyggelse. Studiet er relevant for dette speciale, da målgruppen er udsatte og bor i socioøkonomiske udsatte områder. Det matcher til dels målgruppen hos MAMAMOVE. De anbefalinger som studiet kommer med til hvad fokus bør være på, når man laver tilbud om fysiske aktiviteter, vil jeg også komme ind på i dette speciale. At udbrede viden om sundhed har været et kernefokus hos MAMAMOVE siden begyndelsen, og det indgår også som et kernepunkt i dette studie. Studiet fandt også, at kvinderne identificerede det at have børn som en barriere for at lave

fysisk aktivitet, og kommer med anbefalinger til mere ligelig fordeling af de huslige pligter i hjemmet. Det er et tankevækkende fund, som også kan spejles hos deltagerne hos MAMAMOVE.

3. *Participation of Pakistani Female Students in Physical Activities: Religious, Cultural, and Socioeconomic Factors* (Laar, Shi & Ashraaf, 2019)

Studiet undersøger, hvilke begrænsninger for deltagelse pakistanske kvindelige studerende oplever, når det kommer til deltagelse i fysiske aktiviteter. Data består af tyve semi-strukturerede interviews. Studiet fandt, at det var en kombination af religiøse tilhørsforhold, socioøkonomisk status og kulturelle normer, der afholdt kvinderne fra at deltage i fysiske aktiviteter. På trods af en normativ antagelse om at muslimsk tilhørsforhold er den største barriere for deltagelse, fandt studiet, at det i overvejende grad var de kulturelle og sociale faktorer, der satte begrænsningerne for kvindernes deltagelse. Det var især manglende forståelse fra familien, manglende faciliteter og økonomiske forhold, der udgjorde begrænsninger. Studiet peger på, at man bør overveje disse faktorer, når man udvikler politikker, der skal bakke op om kvinders deltagelse i fysiske aktiviteter. Blandt andet ved at lave kulturelt sensitive tilbud, men også ved at udbrede viden i samfundet om de mange sundhedsfordele, der kan opnås ved at være fysisk aktiv. Studiet medtages på grund af fokus på både de religiøse, kulturelle og socioøkonomiske barrierer, som også er relevante for målgruppen hos MAMAMOVE.

4. *Zumba in the Postindustrial Midwest: Minority Women and Access to Physical Fitness* (Razon, Selen ; Powers, Shannon ; Pursglove, Lindsay ; Zupin, Dagny ; Judge, Lawrence W., 2017)

Studiet undersøger, hvordan et specifikt træningstilbud (zumba) kan fremme fysisk aktivitet hos kvinder med lav socioøkonomisk status. 34 deltagere deltog i et fire måneders træningsprogram, der var gratis, og som tilbød børnepasning og sund mad efter træningen. Dataindsamlingen bestod af spørgeskemaer, som deltagerne udfyldte ved forsøgets afslutning, der især fokuserede på deltagernes motivation, oplevelse og ideer til fremtidige lignende programmer. Studiet fandt, at de især deltog, fordi tilbuddet var gratis og det var sjovt. De fleste oplevede, at programmet var effektivt og sjovt. De fleste ville gerne deltage i lignende programmer igen. Studiet konkluderede, at en tilpasning af målgruppens økonomiske og kulturelle behov, er effektivt til at øge deltagelse i

fysisk aktivitet for minoritetskvinder, der bor i udsatte områder. Studiet medtages, da interventionen i studiet er en undersøgelse af en specifik træningsindsats blandt udsatte minoritetsetniske kvinder, som spejler MAMAMOVE, som en social indsats, der afprøver en specifik form for træning som en måde at højne målgruppens deltagelse i fysiske aktiviteter og lave sundhedsfremmende, socialt arbejde.

Relevans for dette speciale

På tværs af alle studierne ses, at deltagelse i sundhedsfremmende, fysiske aktiviteter, blandt kvinder med minoritetsbaggrund og lav socioøkonomisk status defineres af flere faktorer: kulturelle, sociale, religiøse og økonomiske. Disse faktorer identificeres og uddybes som nogle gennemgående barrierer på tværs af alle studierne, og uafhængigt af, hvilken oprindelse deltagerne har. Samtidig identificeres også flere løsninger til at eliminere disse barrierer. I udviklingen af sundhedsfremmende initiativer, der omhandler fysisk aktivitet, bør man indtænke kulturel sensitivitet, eliminere økonomiske barrierer og fokusere på at opbygge trygge og inkluderende fællesskaber. Ved at udbrede sundhedsviden, arbejde med styrkelse af målgruppen og ikke mindst støtte kvinderne socialt, er der bedst chance for, at de specialtilpassede sundhedsinitiativer kan gøre en forskel i at mindske ulighed i sundhed og styrke deltagelse blandt målgruppen. Denne viden er relevant og vigtig for dette speciale, der netop udforsker ulighed i sundhed, barrierer og sundhedskapital blandt udsatte, minoritetsetniske kvinder, gennem en social- og sundhedsfaglig indsats som MAMAMOVE.

Videnskabsteori

Hermeneutik er en videnskabsteoretisk retning, handler grundlæggende om at fortolke og forstå den sociale virkelighed. Med hermeneutikken kan man via fortolkning frembringe den mening, der ligger bag menneskers handlinger. En fortolkende videnskabelig tilgang som hermeneutikken kan ikke siges at være hverken værdifri eller objektiv. Det bryder med et positivistisk paradigme, der i sin videnskabelige tilgang stræber efter en objektiv sandhed, der kan frembringes via metodiske regler og tilgange, der er mål- og dokumenterbare. Således kan en fortolkende videnskab som hermeneutikken synes usikker og uvidenskabelig i en positivistisk optik. Hermeneutikkens ærinde er dog ikke at undersøge naturlove. I en undersøgelse af den sociale verden er menneskers oplevelser og adfærd påvirkelige af deres kontekst, og ikke naturgivne og uforanderlige (Juul, 2012). Hermeneutikken har flere forskellige retninger, og dette projekt lægger sig indenfor den filosofiske og den kritiske hermeneutik, der nu vil blive uddybet og perspektiveres til projektet.

Filosofisk hermeneutik og dennes anvendelse i specialet

Den filosofiske hermeneutik undersøger, hvordan det er at være et menneske, som er under indflydelse af den verden det befinder sig i. Som forsker bliver ens fortolkningsevner afgørende for det videnskabelige resultat. Den hermeneutiske cirkel illustrerer, hvordan man netop sætter sine forforståelser i spil, og opnår nye forståelser i en cirkulær proces. Dette gør, at man får nye erkendelser, som man igen kan sætte i spil i genlæsning af tekster. Ideelt set opnås det Gadamer benævner som horisontsammensmeltning; når to forforståelser møder hinanden, smelter sammen og åbner op for nye erkendelser (ibid).

I dette projekt søger jeg netop at forstå den sociale virkelighed som mennesker oplever den. Jeg undersøger en indsats, jeg selv har iværksat, og som jeg har meget forhåndsviden om. Jeg vælger ikke at gå til projektet med en forestilling om, at jeg i min undersøgelse af problemfeltet kan være objektiv og fortolkende ud fra et rent og fordomsfrit sted, blot ved at gøre mig mine forforståelser klart. Tværtimod vil jeg med filosofen Hans-Georg Gadamer, se mine forforståelser som værdifulde og essentielle, da de leder til bedre, mere kvalificerede forskningsspørgsmål, og større muligheder for at opnå dybere erfaringer. Dermed ikke sagt at alle forforståelser er bevaringsværdige, og Gadamer påpeger, at man i tilgangen til empirien vil være i stand til at give slip på sine forforståelser, når de ikke svarer til det, der træder frem i empirien (ibid). Fx havde jeg

under udviklingen af MAMAMOVE en idé om, at de kvinder der ville anvende tilbuddet ville være barslende omkring 30-års alderen. I samtaler med de boligsociale medarbejdere, der er tæt på målgruppen blev jeg gjort opmærksom på, at de kvinder de så som potentielle deltagere ikke nødvendigvis gik hjemme pga. barsel, men gik hjemme pga. manglende arbejdsmarkedstilknytning. De var sandsynligvis lidt ældre, og havde flere børn i forskelligt aldersspænd. Med denne nye erkendelse ændrede vi i den tekst vi sendte ud, så der ikke stod 'tag din baby med', men stod 'man må gerne tage børn med'. Samme erkendelse førte til, at jeg ændrede i min interviewguide, så den ikke kredser om ensomhed under barslen, men fokuserer på det sted kvinderne er i livet i dag, og jeg mener, at dette er et godt eksempel på en horisontsammensmeltning. Når jeg som undersøger af problemfeltet er så personligt tæt på, virker det oplagt at anvende et filosofisk hermeneutisk ståsted. Denne har altså allerede været i spil, inden jeg gik i gang med dette speciale.

Jeg vil især lægge mig indenfor en filosofisk hermeneutik, når jeg laver min dataindsamling, og når jeg koder denne. Jeg er en aktiv del af selve den verden, der undersøges og fortolkes. Det kan være en styrkende position, så længe jeg hele tiden blotlægger mine forforståelser, tager dem op til revidering og er klar til at lade mig lede af empirien og ikke lede efter beviser på mine egne fordomme.

Kritisk hermeneutik

Den kritiske hermeneutik tilbyder et kritisk perspektiv til den hermeneutiske cirkels horisontsammensmeltning. Ved at inddrage kritisk hermeneutik får man en linse til at analysere magtstrukturer, ideologier og herredømmeforhold, altså alt det som vores forforståelser er et produkt af. Dette perspektiv er udviklet af bl.a. Jürgen Habermas, der netop kritiserer den filosofiske hermeneutik for at mangle et kritisk perspektiv (ibid). Med et kritisk perspektiv er der bedre betingelser for kritiske samfundsanalyser, da de forforståelser forskeren sætter i spil, udsættes for et kritisk blik. Det er nyttigt i dette speciale, da jeg ønsker at undersøge, hvilke strukturelle barrierer og magtforhold, der gør sig gældende i problemfeltet. Kritisk hermeneutik vil i dette speciale være et videnskabsteoretisk fundament i analysen, og bidrage til, at jeg vil forholde mig mere kritisk overfor de ting, der er kommet frem i mine interviews, ud fra tanken om, at mine interviewpersoners oplevelser kan være præget af samfundsstrukturer og internaliserede normative idealer, fx i deres opfattelser af træning og sundhedsideal.

Sammenfattende kan siges, at den filosofiske hermeneutik et mit videnskabsteoretiske fundament i starten af specialet, hvor jeg er interesseret i mine interviewpersoners oplevelser på individniveau, og via den hermeneutiske cirkel fortolker dem og opnår nye erkendelser. Den kritiske hermeneutik kommer i spil i min analyse af data, hvor jeg vil forholde mig kritisk til de udsagn og fortolkninger, der kommer frem, og konstant analysere, hvilke magtstrukturer på samfundsniveau, der kunne ligge til grund for de fortolkninger der præsenterer sig.

Socialkonstruktivismen

Indenfor socialkonstruktivismen forstås sociale fænomener ikke som objektive og sande, men snarere som en fortolkning af virkeligheden. Fænomener ansues ikke som eviggyldige, men snarere bestemt af de perspektiver, der lægges ned over virkeligheden, og præger vores opfattelse af sociale fænomener. Vi er derfor selv aktive medskabere af den virkelighed, vi omgiver os med. Samfundsmæssige fænomener er foranderlige, og ikke fastforankrede og urokkelige. Opfattelsen af sociale fænomener er afhængige af den historiske, kulturelle og samfundsmæssige kontekst de befinder sig i. Indenfor socialkonstruktivismen findes flere retninger, hvor fx en ontologisk konstruktivisme ikke anerkender en objektiv verden, virkeligheden i sig selv opfattes som konstrueret og kun til stede, når den erkendes af os (Rasborg, 2013). Dette speciale indskrives i en mere erkendelsesteoretisk socialkonstruktivisme, da jeg erkender, at der er en objektiv virkelighed, der eksisterer uafhængigt af, om jeg erkender den. Det betyder fx, at jeg erkender at målgruppen for MAMAMOVE besidder nogle objektive, fysiske markører: de har kvindelige kroppe og kendetegn, og de har et etniske ophav. Samtidig ved jeg, at det perspektiv, som disse personer indskrives i, er afgørende for, hvordan de opfattes. Dvs. at de betydninger, disse objektive fysiske markører har, afhænger af det gældende perspektiv. Da vi er i Danmark, vil disse kvinders ophav udløse betegnelsen minoritet, men var vi i et andet land, er det ikke sikkert at disse kvinder ville blive opfattet som minoriteter. Altså er begrebet *minoritet* i sig selv underlagt en konstrueret menneskelig forståelse social konstruktion, som er styret af de herskende normer og diskurser. Specialet indskrives i en perspektivistisk epistemologi, hvor forståelsen af, hvad det vil sige at være en person med de ovenstående markører, afhænger af det perspektiv det indgår i, og altså hvilke magtstrukturer og interesser, der er til stede. Socialfaglig viden og metoder forstås i dette socialkonstruktivistiske perspektiv som konstruerede.

Metode

Forskningsdesign

For at besvare mit forskningsspørgsmål, har jeg valgt at tage udgangspunkt i casestudiet i udarbejdelsen af mit forskningsdesign. Jeg vil kort redegøre for casestudiet, hvordan jeg vil anvende casestudiet metodisk og slutteligt, hvorfor casestudiet er relevant til at indsamle empiri, der kan besvare min problemstilling.

Casestudiet

Et casestudie er en kvalitativ forskningsmetode, der tager udgangspunkt i et specifikt udvalgt enkelttilfælde (en case) til at undersøge et fænomen i dybden, i en naturligt forekommende, men dog specifik, kontekst. Casestudiet er relevant, når man i kvalitativt forskningsøjemed ønsker at belyse menneskers handlinger, sociale dynamikker, og væremåder i deres konkrete kontekst (Thualagan, 2019). Man undersøger altså ikke blot, hvad mennesker beretter i deres fortolkning af verden, eksempelvis ved interviews, man observerer også, hvordan de agerer og handler i den konkrete kontekst de befinder sig i. Med casestudiet opnås en kontekstuel viden, der kan være værdifuld og nuancere det problemfelt, der undersøges. Den viden, der opnås med casestudiet er ikke endegyldige sandheder, men den præsenterer snarere nye perspektiver, der kan nuancere og mangfoldiggøre ens problemforståelse. Casestudiet kan bestå af forskellige slags empiri, og kan i tråd med anden kvalitativ empiriindsamling, være en måde at opnå en dybere viden om fænomeners betydning, der ikke kan opnås via kvalitative metoder (ibid).

Jeg brugte tredje semester af denne kandidat på at udvikle den sociale indsats MAMAMOVE, som er skabt ud fra et ønske om at udligne social ulighed i sundhed. Målet er at styrke udsatte kvinder gennem fællesskab, bevægelse og sundhedsfremmende vidensdeling. I praksis tilbyder indsatsen fysisk træning, med fokus på puls og styrke, der tager højde for kvindekroppen, og eventuelle skader og følger efter at have født børn. I samarbejde med en boligsocial indsats forsøger MAMAMOVE at løse to problemer på en gang: At give et sundhedsløft via træning, og en mulighed for at arbejde med socialfaglige problemer samtidig. Fællesskab er i fokus, og ved at invitere til samvær efter træningen, skabes et trygt rum, hvor deltagerne kan spejle hinanden og opleve et støttende community med kvinder i samme båd som dem selv.

MAMAMOVE-holdet i Nordvest kommer til at danne ramme for det casestudie, som jeg i dette speciale vil undersøge i dybden. Jeg vil bygge mit casestudie op om to forskellige slags kvalitative data, nemlig kvalitative interviews og feltobservationer. Disse to måder at indsamle data på supplerer hinanden, da observationer kan bruges til at få øje på de stemninger, der er i den konkrete kontekst målgruppen befinder sig i. De kvalitative interviews kan bidrage til at forstå, hvordan disse stemninger opleves af de forskellige personer, og give et dybere indblik i deltagernes oplevelser (Thualagant, 2019). Jeg vil nu gå i dybden med, hvordan jeg har indsamlet data, og redegøre for de refleksioner og udfordringer jeg er løbet ind i undervejs.

Observationer

Observationerne anvendes til at belyse, hvordan stemningen er i rummet, når træningen afholdes, hvordan deltagerne agerer uformelt og i samspil med hinanden og de boligsociale medarbejdere og hvilke situationer og samtaler, der spontant opstår. Jeg har siden opstarten af holdet i november ført en logbog, hvor jeg efter hver træningsgang har brugt en observationsguide, til at strukturere mine observationer. Jeg har noteret, hvor mange deltagere der var, stemningen, deres oplevelse af træningen og interessante udsagn. Da jeg selv har forestået træningen, kan mine observationer beskrives som deltager-observationer, da jeg er en stor faktor i settingen, og ikke sidder stille og observerende ovre i hjørnet. Mine observationer er semi-strukturerede, da jeg skriver nogle specifikke nøgletal ned efter hver gang, og på den måde kigger efter det samme hver gang, men samtidig lader jeg også mine observationer være åbne for, hvad der måtte opstå i rummet. Når vi efter træningen drikker kaffe, har jeg her forsøgt at holde mig mere neutral og observerende, i et forsøg på at se, hvilke samtaler der udspiller sig, målgruppen imellem og de boligsociale medarbejdere. Med dette metodiske valg, læner jeg mig op af teori der beskriver feltobservationer og uformelle samtaler, som en måde at opnå valid viden om menneskers adfærd og interaktioner (Brinkmann, S. & Kvale, S. 2015). Især hvis man søger at afdække underliggende betydninger og tavse sandheder, der kan være i en gruppe, som tages for givet som 'naturligheder', kan disse være svære at afdække i et interview, da det netop er underliggende og ikke nødvendigvis noget, interviewpersonen selv er bevidst om. Anvendes udelukkende interviews, hvor man spørger personer ind til deres subjektive oplevelse af deres adfærd, risikerer man altså at opnå en lidt ensidig empiri, der er knap så valid som hvis den kombineres med observationer og uformelle samtaler (ibid). Når jeg ud fra et socialkonstruktivistisk ståsted forsøger at afdække

sundhedskapital, er det især de implicitte sandheder og målgruppens adfærd og deres samspil med omgivelserne som jeg gerne vil have frem, og derfor er feltstudiets med dets observationer og uformelle samtaler, en valid måde at opnå empiri.

Kvalitativt interview

Jeg har valgt at supplere mine feltobservationer med kvalitative interviews. De kvalitative interviews bidrager med en unik indsigt, men de kan ikke stå alene i en analyse, hvor omdrejningspunkt er menneskers adfærd i samspil med omgivelserne. De kvalitative interviews kan supplere med et dybt indblik i, hvordan deltagerne som individer oplever verden, nærmere bestemt, deres fortolkning af verden (ibid). Interviews giver mig mulighed for at få udfoldet nogle af de ting, der udspiller sig i det observerede rum. Når jeg med et hermeneutisk ståsted udfører interviews, er jeg optaget af deltagerens fortolkninger af meninger. Interviews vil her fungere som en stemme fra brugerne, så det ikke blot er fra min livsverden fortolkningen sker, men i samspil med målgruppen og dermed bidrage til den hermeneutiske horisontsammensmeltning, der danner base for samtalerne i interviewene. Selvfølgelig vil min analyse af empirien influere, hvordan jeg tolker de ting målgruppen siger, men interviews vil være en måde for mig rent faktisk at forstå målgruppens oplevelser og tanker på et dybere plan, så min opgave ikke blot baserer sig på observationer og antagelser om brugernes gøre og laden. Med interviews får jeg en mulighed for at udfolde min analyse på to niveauer, nemlig et mikro- og et makroperspektiv. Interview vil give mig et indblik i deltagerens livsverden på mikroniveau, som sammen med feltobservationer kan pege opad på et mere strukturelt makroniveau. De udførte interviews er blevet foretaget på tre forskellige måder: Som et gruppeinterview, som almindelige interviews, med deltagelse af undertegnede og en interviewperson, og et enkelt online-interview.

Forud for interviewene har jeg udarbejdet en interviewguide, som er udformet efter inspiration fra Kvaless teori om det kvalitative interview og udførelsen af dette (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale beskriver syv faser i en interviewundersøgelse, som en praktisk guide til, hvordan man kan gribe en interviewundersøgelse an (ibid). Jeg vil redegøre for de trin, jeg har anvendt og som har hjulpet mig i udformningen af min interviewguide:

1. Tematisering

Da jeg så småt begyndte at planlægge, hvordan jeg skulle udføre min interviewundersøgelse, brugte jeg tre spørgsmål, som ifølge Kvale er essentielle. De hjalp mig til at skabe struktur omkring opbygningen af min interviewguide. De tre spørgsmål er disse: *Hvorfor* (afdæk formålet med undersøgelsen) *hvad* (allerede eksisterende viden) og *hvordan* (hvilke teorier kan være relevante til at belyse den ønskede nye viden) (ibid).

Tematiseringsfasen startede allerede i begyndelsen af mit tredje semester på kandidaten i socialt arbejde, hvor jeg skulle opfinde en social indsats. Jeg vidste, at jeg qua min baggrund som jordemoder gerne ville lave en indsats, hvor sundhed var omdrejningspunktet, og jeg var nysgerrig på, hvordan jeg kunne kombinere min sundhedsfaglighed med den nye socialfaglige viden jeg har oparbejdet i kraft af at studere socialt arbejde. Social ulighed i sundhed er en velkendt problematik, og jeg spurgte mig selv *hvorfor* denne udfordring bliver ved med at eksistere, på trods af stort politisk fokus på ulighed i sundhed. Jeg havde en oplevelse af, at samtalen om social ulighed i sundhed, hurtigt kom til at fokusere på andre sociale udfordringer. Det socialfaglige kom i fokus og uligheden i sundheden rykkede aldrig helt. Forskellige socialfaglige ulighedsproblematikker skulle løses først, og den konkrete, håndgribelige sundhedsindsats, var mindre vigtig. Jeg begyndte at spørge mig selv, om en måde at løse ulighed i sundhed kunne være at gribe det bagvendt an, altså først forsøge at gøre grupper med lav sundhed sundere, og via bedre sundhed se, om det i sig selv, ville kunne udligne andre slags uligheder. Jeg gik herefter videre til mit *hvad*, som bestod i at erhverve mig forhåndsviden om emnet. Jeg skrev en opgave på sidste semester om barrierer for sundhed, og her havde jeg allerede indsamlet en del viden om adgang til sundhedstilbud, særligt for minoritetsetniske grupper. Jeg trak på denne viden, og lavede en ny litteratursøgning, som er mere målrettet dette speciale. Her fandt jeg ny viden med en mere sociologisk vinkel på sundhed, som jeg læste op på. Samtidig orienterede jeg mig i de nyeste rapporter fra Sundhedsstyrelsen om ulighed i sundhed, og læste blandt andet bogen 'Ulighedens drejebog' af Morten Sodemann, der de seneste mange år har forsket i indvandrersundhed og stiftet Indvandrermedicinsk Klinik (Sodemann & Larsen, 2024). Nu var jeg kommet til mit *hvordan*, hvor det gjaldt om at finde relevant teori til at belyse mit forskningsspørgsmål. Selvom specialet ikke er pensum-bundet, valgte jeg at gennemgå det pensum vi er blevet præsenteret for på studiet. Her fik jeg et bredt overblik over

videnskabsteori, metodiske retninger og teorier med relevans for det sociale arbejde, og jeg fik en fornemmelse af hvilke teorier der ville kunne bidrage med interessante perspektiver. For bedst muligt at besvare mit forskningsspørgsmål, virkede casestudiet, en empiriindsamling bestående af feltobservationer og kvalitative interviews, og en socialkonstruktivistisk analyse brugbar, til at dæmme op for nye perspektiver på ulighed i sundhed.

2. design

Anden fase omhandler undersøgelsesdesign. Jeg udførte et casestudie og fik mulighed for at lave fire interviews, heraf tre interviews med målgruppen, hvor et var et gruppeinterview med syv deltagere. Jeg valgte at inddrage et interview fra en boligsocial medarbejder, fordi jeg oplevede, at selvom de ikke var direkte stemmer fra målgruppen, havde de nogle værdifulde refleksioner som ville kunne belyse mit forskningsspørgsmål endnu bedre. Jeg har brugt en del overvejelser på, om det at 'blande informanter' ville gøre min analyse for bred og uklar, men konkluderede, at de to typer informanter belyser mit forskningsspørgsmål fra forskellige vinkler. Det gør ikke analysen uklar, tværtimod står den i et stærkere lys og træder mere klart frem. Mine feltobservationers relevans har jeg redegjort for i afsnittet 'observationer'.

3. Interview

Kvale foreskriver, at man i udarbejdelsen af sin interviewguide, gør sig klart hvad der er hhv. forsknings- og interviewspørgsmål. Hvis man blot stiller sit forskningsspørgsmål, er der risiko for, at interviewerens ikke svarer fyldestgørende (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor udarbejdede jeg en interviewguide, der havde to kolonner. Selve forskningsspørgsmålet i den ene kolonne, og så to-tre spørgsmål i et normalt, tilgængeligt sprog, som var interviewspørgsmålene, der skulle bringe mig til i sidste ende at besvare det mere forkromede forskningsspørgsmål. I hermeneutisk stil søgte jeg at stille åbne, nysgerrige spørgsmål, bringe mine egne forforståelser i spil i en ligeværdig samtale med informanterne, og således frembringe nye erkendelser. Mine mere overordnede forskningsspørgsmål hjalp mig til at skabe retning, hvis interviewet begyndte at gå ud af en tangent, så jeg hele tiden havde mit forskningsspørgsmål in mente.

4. Transskription

Jeg optog samtlige interviews, og transskriberede dem herefter til tekst. Jævnfør Kvale har jeg transskriberet det helt tekstnært, og bevaret samtlige formuleringer som de blev sagt (ibid). Det er gjort ud fra et ønske om at bevare informanternes originale udsagn så sandfærdigt som muligt. Det vil ses, at ikke alle informanterne taler flydende dansk.

5. Analyse

Min analysestrategi bygger også på et begreb som Kvale beskriver, nemlig meningskondensering (ibid). Det foregik således, at jeg først omgik 'grovlæste' al min indsamlede empiri for at danne mig et overblik over, hvad empirien umiddelbart frembragte. I denne første læsning har jeg haft en induktiv tilgang, hvilket betyder, at jeg bevidst har forholdt mig nysgerrigt og åbent til empirien, og lade denne styre (Olsen & Monrad, 2018), fremfor at gå på jagt efter fede citater og temaer. De temaer, der gik igen hos informanterne og virkede betydningsfulde, blev mine meningsenheder, som jeg samlede i temaer. Herefter gik selve analysen i gang, hvor jeg via den valgte teori, brugte empirien til at frembringe ny viden. Hvor jeg i gennemlæsningen af empirien havde en induktiv tilgang, gik jeg i analysearbejdet over til en mere abduktiv tilgang. En abduktiv tilgang bygger på en cirkulær veksling mellem de valgte teorier og de empiriske iagttagelser. Abduktion er en måde at belyse et fænomen via en teori, der kan give en nuanceret eller større forståelse af fænomenet (ibid), hvilket er det, jeg har gjort i min analysestrategi, for at frembringe ny viden ud af den indsamlede empiri.

6. Verifikation

Efter inspiration fra Kvale, har jeg undervejs i dette speciale været opmærksom på, om fire interviews, kombineret med feltobservationer, er nok data – også selvom specialet trækker på anden litteratur, der bidrager til verifikationen af mine fund. Idet jeg er transparent om min analytiske proces og min indsamlede empiri, mener jeg dog godt, at dette speciale kan bidrage til at belyse visse aspekter af problemfeltet.

7. Rapportering

Jeg vil bestræbe mig på at give en så nøjagtig og præcis beskrivelse af de fund, jeg gør mig i dette speciale. Jeg vil fokusere på at skabe transparens om den indsamlede data, være tro mod empirien og deltagernes udsagn, og tydeliggøre, hvordan empirien omsættes analytisk (ibid). Alt sammen for at give læseren en oplevelse af, at det er nemt at forstå, hvorfor jeg drager de konklusioner der kommer frem undervejs.

Metodiske overvejelser og metodekritik

Når jeg i dette speciale søger at afdække, hvordan opbygning af sundhedskapital, kan bruges til at arbejde med ulighed og socialt arbejde, har jeg via mit MAMAMOVE-hold i Nordvest haft adgang til en målgruppe og en setting, som jeg vurderer at være brugbar for at besvare mit forskningsspørgsmål. Mit forskningsspørgsmål er ikke stillet ud fra, hvilken data jeg tænkte kunne være nem at få fingre i, men snarere efter at jeg i min proces, er blevet bevidst om nogle perspektiver og problemstillinger, jeg ikke var klar over tidligere. Jeg startede et andet sted, men efter kritiske spørgsmål fra vejleder, og mine løbende observationer af målgruppen, udviklede jeg mine refleksioner og kom frem til et mere kvalificeret forskningsspørgsmål. I den proces har jeg anvendt den hermeneutiske cirkel, testet mine egne forforståelser op imod både vejleder og målgruppen og kommet frem til nye erkendelser, hvad angår forskningsspørgsmål og metodadesign.

Et vigtigt refleksionspunkt i udarbejdelsen af dette speciale har været, hvordan jeg metodisk forholder mig til at jeg undersøger en social indsats, som jeg selv har skabt, hvilket åbenlyst rejser spørgsmål i form af bias og transparens. I artiklen 'Når myren også skal være ørnen' beskrives fordele og ulemper ved at undersøge en organisation, man selv er en del af. Hvor man inden sin forskningsundersøgelse har været myren på gulvet, skal man som undersøger træde ind i en ny rolle, og hæve sig op som en ørn, med et større og bredere overblik (Nielsen & Repstad, 2018). For mig har det betydet, at jeg har haft en dobbeltrolle, hvor jeg parallelt med min rolle i MAMAMOVE (som myre) også har hævet mig op som forsker (ørnen) og anlagt et bredere, mere neutralt blik. Det åbenlyse kritikpunkt er, om jeg har været i stand til at anlægge et kritisk blik på mig selv og på MAMAMOVE, eller om jeg har blinde vinkler og er for positivt indstillet overfor organisationen. I artiklen beskrives, hvordan den fuldstændige objektive forsker er en illusion, da

enhver forsker må have en grad af forbindelse til sine informanter og derfor adskiller det at undersøge sin egen organisation sig ikke fuldstændig fra, hvis en udefrakommende forsker foretog undersøgelsen (ibid). Men de intime bånd kan være stærke hos forskere i egne organisationer, hvilket også er kendetegnende for dette speciale. Jeg vil derfor være transparent om, at MAMAMOVE projektet og særligt deltagerne, bor et varmt sted indeni mig. Over tid har vi knyttet et bånd, som har været vigtigt for det tillidsbaserede rum vi har skabt. Samtidig kan det også være med til at sløre min dømmekraft i forhold til virkningerne af MAMAMOVE. For selvom MAMAMOVE henvender sig til udsatte kvinder, kræver det trods alt nogle ressourcer at møde op, og her er der sikkert nogle kvinder, der er endnu mere udsatte og isolerede, som vi ikke får fat i. Informanterne faste deltagere, og er højst sandsynligt glade for og positivt indstillet overfor indsatsen. Et interview med deltagere som kun havde været der en enkelt gang og ikke følte sig tryk og inkluderet, ville have bidraget med nuancer, og vigtig viden om, sundhedsindsatser til udsatte grupper, men det har ikke været muligt. Jeg har undervejs haft en kritisk sparringspartner, som jeg har sparret med, og som jeg ønskede skulle forestå interviewene, som en neutral tredje, for at undgå at informanterne var for 'venlige' overfor mig som interviewer. Pga. logistiske udfordringer kunne det desværre ikke lade sig gøre. Samtidig gav mit nøje kendskab til informanterne også mulighed for at stille nogle kvalificerede og dybe spørgsmål, som blev meningsfulde og rige på refleksioner. I artiklen 'Når myren også skal være ørnen' beskrives, hvordan det at forholde sig induktivt til empirien, kan lede til nye opdagelser som man ikke på forhånd kunne forestille sig (ibid), hvilket har været tilfældet for dette speciale. Fx viste empirien, at anerkendelse fra informanternes børn var et stort tema. Det var ikke noget, jeg havde overvejet inden interviewene, men med en bestræbelse på en induktiv (empiristyret) tilgang i kodningen af empirien, var det et tydeligt fund, der ikke kunne ignoreres. Sammenfattende kan siges, at i dette speciale, har det været vigtigt, at jeg konstant har forholdt mig kritisk overfor mine egne antagelser og fortolkninger, og tydeligt redegjort for min egen position i feltet. Dobbeltrollen som myre og ørn kommer med nogle åbenlyse udfordringer, men med en bevidst kritisk tilgang, kan den viden man besidder også være grobund for, at man kan komme dybere og længere ned i sin eksploration af feltet, hvilket har været hensigten med specialet.

Interview med boligsocial medarbejder

Jeg lavede et interview med en boligsocial medarbejder, hvilket forløb ukompliceret. Jeg ønskede at foretage dette interview, da det giver et supplerende perspektiv på målgruppen, som kan virke validerende på de observationer jeg har gjort mig. Samtidig er et fagligt perspektiv værdifuldt.

Fokusgruppeinterview

Det vigtigste var selvfølgelig at få målgruppens stemme med, hvilket også er lykket, men ikke fuldstændig ukompliceret. Det viste sig sværere at interviewe målgruppen end jeg havde forestillet mig. For det første er der en stor del af målgruppen, der ikke taler særlig godt dansk eller engelsk. Jeg besluttede derfor at interviewe de kvinder, der havde samme etniske ophav og sprog og som kender hinanden godt sammen i en gruppe, med håb om, at de ville kunne supplere og hjælpe hinanden med at forklare mig deres fortolkninger. Dette havde fordele og ulemper. Af fordele nævnes, at de mødte talstærkt op til interviewet, hele otte kvinder. De to af dem der talte bedst dansk, hjalp de andre med at oversætte. Ulempen er, at der er en vis risiko for, at nogle ting forblev usagte, grundet det knap så intime rum. Der er også risiko for at gruppedynamikken kan medføre at nogle ting forblev usagte for at sikre en konsensusfølelse, og af frygt for at skille sig ud. En af kvinderne hev efter interviewets afslutning fat i mig, og fortalte mig ting, hun ikke havde delt i plenum. Der er god grund til at tro at det også kunne være tilfældet for andre informanter. Sprogbarrieren er stor, og det var svært at få informanterne til at sætte ord på deres oplevelser. Derfor var jeg nødt til at stille nogle lidt forsimplede og ledende spørgsmål, og jeg var konstant kritisk overfor om jeg kom til at lægge ord i munden på informanterne. Omstændighederne blev, at jeg lavede interviewet, da de alle var der efter flere aflyste interviewaftaler. Jeg kan efterfølgende se, at det havde været hensigtsmæssigt, hvis der havde været en tolk med. Et andet benspænd var at min empiriindsamling faldt samtidig med Ramadan. Det resulterede i et vis frafald på holdet, da flere af deltagerne praktiserede faste og ikke havde overskuddet til at møde op til træning, og derfor ikke var tilgængelige for interviews. Så da de endelig troppede op og havde tid tog jeg chancen og fuldførte interviewet så godt som muligt, på trods af de førømtalte udfordringer. Af samme årsag var det også umuligt at få koordineret så en uvildig person kunne forestå interviewene. En af kvinderne var nødt til at forlade interviewet undervejs, grundet et opkald fra jobcenteret, hun var nødt til at besvare.

To individuelle interviews

Kun to af deltagerne på holdet taler flydende dansk, og den ene af disse deltagere var meget interesseret i at deltage, men havde mange aflysninger af aftaler pga. personlige forhold. Det endte med, at jeg måtte foretage interviewet online. Ydermere oplevede jeg, at når jeg foretog interviews var det svært at få målgruppen til at sætte ord på deres oplevelser. Det var ikke fordi de var

reserverede eller forbeholdne overfor mig, men jeg blev konfronteret med min egen måde at tale om feltet på, som var præget af en vis form for distance. Det gik undervejs op for mig, at jeg skulle være reflekteret og bevidst om, at mine interviews ikke blev en slags jagt i at indhente de 'rigtige' udsagn, der kunne lyde fede i en opgave, og hvordan jeg formulerede spørgsmål på en lidt fjern, akademiseret måde. Det har givet anledning til selvrefleksion, da det blev klart for mig, at jeg i tidligere projekter primært har interviewet praktikere og frontlinjepersonale, der talte om problemfeltet på samme måde som mig selv. Med disse interviews har jeg endelig haft adgang til målgruppen, og dermed værdifulde data fra nogle kvinder, der ellers kan være svære at få i tale. Derfor har jeg konstant skulle overveje, hvordan jeg kunne få denne værdifulde viden frem, så den ikke gik tabt, hvis informanterne ikke udtrykte sig på den standardiserede, akademiserede måde som jeg har været vant til. Det lyder måske simpelt, men det gik op for mig, at hvis jeg gav slip på mit lidt forfængelige ønske om at skrive et fedt speciale, og virkelig lyttede til det målgruppen sagde, var der utrolig meget værdifuld empiri at hente. Hvis jeg derimod overhørte dem, og prøvede at presse dem i en retning, hvor de sagde tingene på en måde, der matchede det sprog vi bruger når vi som fagfolk taler om målgruppen, ville jeg vente forgæves og ikke mindst – gå glip af værdifulde erkendelser fra denne her målgruppe. Det har indebåret, at jeg er gået mere løst til min interviewguide end jeg havde planlagt, at jeg har gjort mig umage for at spørge uddybende, hvis informanterne nævnte et eller andet i forbifarten, som jeg umiddelbart tænkte var irrelevant og ude af en tangent, og sidst men ikke mindst: forsøgt at glemme alt om, hvordan noget kunne skrives ind i en analyse, men bare være opmærksomt til stede i nuet med informanterne, uden øje for, hvordan noget kunne fremstå i en analyse, og således bringe informanternes stemme frem på en tro og sandfærdig måde.

Metodiske overvejelser vedrørende generativ AI (GAI)

I udformningen af dette speciale har jeg gjort brug af GAI (Chatgpt og Primo Assistent Researcher), efter gældende retningslinjer fra Aalborg Universitet (bilag 2). Brugen af GAI har udelukkende været ud fra eget produceret materiale. Jeg har primært anvendt tjenesterne i forbindelse med litteratursøgning og korrekturlæsning. Ydermere har jeg forsøgt at anvende GAI som en kritisk sparringspartner i processen, men med svingende succes. Min erfaring er, at GAI er god til at redegøre og tegne de store linjer til skabelsen af empirisk overblik, men samtidig er der risiko for at den digter, fejlciterer og plagierer, og derfor skal alt foreslået tekst nærlæses og kildetjekkes. Min

oplevelse været at GAI ikke er særlig anvendelig analytisk, når det kommer til at sparre om en decideret dybdegående analyse, da min oplevelse er at den kun kradser i overfladen.

Præsentation af empiri

Dette projekt baserer sig på fire semistrukturerede interviews, og 8 feltobservationer af mellem 1,5-2 timers varighed pr. gang. I min udvælgelse af informanter, har jeg spurgt alle deltagere på MAMAMOVE. Der er undervejs i forløbet kommet nye deltagere, som jeg ikke vurderede det ville give mening at medtage, da de ikke har været på holdet nok gange.

1. Informant A er en 39-årig kvinde, der er mor til tre børn i forskellige aldre. Hun har rødder i Libanon, men er vokset op i Danmark, og taler flydende dansk. Hun har gået på holdet siden starten af november og har haft få aflysninger gennem hele perioden. Hun arbejder løst i sin mands firma, som er selvstændig bilforhandler.
2. Informant B er en 39-årig kvinde, der er mor til fire børn i forskellige aldre. Hun har rødder i Tyrkiet. Hun er opvokset i Danmark og taler flydende dansk. Hun har gået på holdet siden november, og har haft en del aflysninger, mest grundet sygdom hos sig selv og sine børn, som hun er alene med. Hun har arbejdet som pædagogmedhjælper i en børnehave, men blev sygemeldt med bl.a. stress og depression og efterfølgende sygemeldt. Hun lider desuden af diskusprolaps. Hun er i ressourceforløb hos jobcentret pt.
3. Informant C er en 39-årig kvindelig boligsocialmedarbejder i Nordvest. Hun har arbejdet i Beboerprojekt Nordvest i 13 år og har et indgående kendskab til målgruppen.
4. Gruppeinterviewet dækker over syv kvinder, der er blevet interviewet som gruppe. Kvinderne er i alderen 39-62 år, og de har alle rødder i Somalia. Samtlige af kvinderne har børn, og disse børn er i alle aldre. De har mellem to og fem børn hver. De står alle sammen udenfor jobmarkedet.

Teori

I dette speciale anvendes teori i samspil med empirien til at komme frem til ny viden. Jeg vil kort redegøre for de to udvalgte teoretikere og de yderligere tre valgte begreber. Herefter vil jeg argumentere for, hvorfor disse er valgt og hvordan jeg vil anvende dem analytisk.

Pierre Bourdieu

Den franske sociolog og teoretikers teorier vil danne grundlag for analysen, og bogen 'Den Praktiske Sans' (2007) er den primære teori, der inddrages. Der inddrages sekundær litteratur om Bourdieus forfatterskab af Prieur, A. & Setoft, A. (2006) og Wilken, L. (2012) til at understøtte min læsning af Bourdieu. Bogen 'Magtens former' inddrages også, da den i sin udfoldelse af Bourdieus begreber kobler dem specifikt til det sociale arbejde (Mik-Meyer, N. & Villadsen, A., 2007) Bourdieus forfatterskab er bredt, og i dette speciale er det begreberne habitus, felt, kapitaler, doxa og symbolsk vold, som jeg kort vil redegøre for her, og som vil blive udfoldet løbende i analysen. **Kapital** dækker over et bestemt sæt ressourcer og kompetencer som et menneske er i besiddelse af. Bourdieus oprindelige kapitalformer omhandler økonomisk, kulturel, social og symbolsk kapital (Wilken, 2012). Alle kapitalerne ikke er lige værdifulde, faktisk er de ingenting værd i sig selv - de får kun værdi fordi de bliver tillagt værdi – og den tillægelse af værdi sker i et givent felt. **Felt** dækker over et socialt rum, hvor visse kompetencer, ressourcer og værdier ses som værdifulde. Det er feltet, der definerer, hvilke kapitaler der er noget værd, og i andre felter kan det være andre kompetencer og ressourcer der værdsættes. I feltet er der et bestemt sæt sandheder der ses som objektive og sande og som der ikke stilles spørgsmål til – disse benævnes doxa (Bourdieu, 2007). I dette speciale er det sundhedsfeltet og informanternes kapitaler i dette, der er interessant at udfolde. Økonomisk, social og kulturel sundhedskapital, er kapitalformer, der identificeres i analysen, og som vil blive uddybet løbende. **Habitusbegrebet** dækker over de helt grundlæggende principper, normer og tilegnelser, mennesket tidligt disponeres for, som indlejres i kroppen og over tid og bliver bestemmende for, hvordan vi agerer i og mærker verden (ibid). Habitusbegrebets kropslige lag, er især relevant i et speciale som dette, der kredser om kroppen, sundhed, bevægelse, og vil blive inddraget til at forstå den kropslighed, der træder frem i empirien. **Symbolsk vold** er en usynlig magtudøvelse, der sætter sig igennem ved at påtvinge individer dominerende værdier og sandheder. Disse internaliseres og opfattes som naturlige sandheder, som individet selv føler det

naturligt at bestræbe sig på at efterleve via kontrol og selvdisciplinering (Wilken, 2014, Mik-Meyer, N. & Villadsen, A., 2007).

Axel Honneth

Axel Honneth er en tysk sociolog og filosof, særligt kendt for sin anerkendelsesteori. Honneths bog 'Kamp om anerkendelse' (2007) er den primære teori der inddrages. Honneth teoretiserer over anerkendelse som en essentiel mekanisme i menneskelige relationer. Honneths grundlæggende antagelse er at mennesket er afhængigt af anerkendelse fra det omkringliggende samfund, da denne anerkendelse er central for individets identitetsdannelse og deltagelse i samfundet. Anerkendelse udspiller sig på tre forskellige niveauer nemlig en emotionel, en retslig og en social anerkendelse. Den emotionelle anerkendelse udspiller sig i de nære relationer, hvor den manifesterer en grundfølelse af selvtillid. Den sociale anerkendelse opstår i sociale arenaer, når individet bliver set og anerkendt for sit unikke bidrag til fællesskabet. Den retslige anerkendelse i sin originale form dækker over at individet bliver anerkendt som et ligestillet menneske gennem juridiske rettigheder (Honneth, 2007). De tre former for anerkendelse vil blive uddybet løbende i analysen.

Sundhedskapital og kulturel sundhedskapital

I en artikel af J.K. Shim definerer og redegør forfatteren for begreberne sundhedskapital og kulturel sundhedskapital, og det er denne artikel og begrebsdefinition, der vil danne ramme for min brug af begreberne. Sundhedskapital beskriver de ressourcer, som et individ har til rådighed, som har indflydelse på graden af ens sundhed. Begrebet kulturel sundhedskapital bygger på Bourdieus kapitalformer, og kulturel sundhedskapital er især inspireret af den af Bourdieus begreb kulturel kapital. Kulturel sundhedskapital er ifølge Shim, graden af ens forståelse af herskende sundhedsnormer, kulturelle og kommunikative ressourcer, og evnen til at kommunikere på en måde der fremstår troværdig (Shim, 2010).

Kritiske refleksioner om valg af teori

Min problemformulering *'hvordan kan et fokus på at opbygge sundhedskapital hos mennesker bidrage til at løse sociale problemer og ulighed gennem socialt arbejde?'* bevæger sig på to niveauer: individers oplevelser med opbyggelsen af sundhedskapital (mikroniveau), og

sundhedskapital som et metodisk værktøj til at arbejde med ulighed på et strukturelt niveau (makroniveau). Derfor har jeg valgt at inddrage teoretikere, der opererer på henholdsvis mikro- og makroniveau, så de kan supplere hinanden og begge niveauer belyses.

På mikroniveau vil jeg belyse, hvordan individet oplever at opbygge sundhedskapital og hvad det medfører af anerkendelse fra samfundet. Til dette vil jeg primært anvende Honneths anerkendelsesteori og undersøge, hvordan anerkendelse udspiller sig i relationelle sammenhænge. Det er nemlig ifølge Honneth i de intersubjektive relationer, at anerkendelse (og heraf individets identitet) skabes (Honneth, 2007). Dette mikroperspektiv kan afspejle større samfundsforhold, strukturerer og magtforhold på makroniveau, som er det niveau anden del af min problemformulering bevæger sig på. Bourdieu opererer på både mikro- og makroniveau, og hans teori er anvendelig til at analysere sociale hierarkier, de generative mekanismer bag ulighed og magtstrukturer (Wilken, 2012). Undervejs i analysen, vil jeg forsøge at forbinde de to teorier og vise hvordan det at et individ oplever at blive anerkendt også kan have en påvirkning på kapitaler, habitus og felt. Således er hensigten, at de to forskellige teoretiske tilgange kan supplere hinanden, og belyse hvordan individets oplevelser er forbundet med større politiske- og samfundsmæssige strukturer, der skaber og/eller opretholder social ulighed. Bourdieu og Honneth repræsenterer to forskellige teoretiske tilgange. Det er derfor med stor forsigtighed og refleksivitet, at jeg nu vil alligevel vil forsøge at vise, hvordan teorierne kan eksistere i samspil.

Honneths anerkendelsesteori er blandt andet af teoretiker Nancy Fraser, kritiseret for at være blind for de strukturelle former for undertrykkelse og social uretfærdighed visse grupper oplever i samfundet. Ifølge Fraser kan social retfærdighed ikke opnås alene ved anerkendelse, og hun kritiserer Honneth for at være for optaget af individets selvrealisering gennem relationer og være blind overfor andre faktorer, som klasse og økonomisk ulighed (Fraser, 1999). Bourdieus fokus på strukturer kritiseres for at være blind overfor individets potentiale og handlemuligheder, og give indtryk af at mennesket er viljeløst og fanget i strukturerne, hvilket er en kritik der rejses af blandt andre den franske sociolog og samfundsforsker Luc Boltanski (2011). Kritikken af de to teories mangler er opridset for at vise, hvordan de har potentiale til at supplere hinanden, og hvilket niveau de operationaliserer på i analysen.

Samtidig vil jeg i analysen forsøge at vise, hvordan anerkendelse kan forandre. Det kan dels føre til ændringer i et individs blik på sig selv, dels fra det udefrakommende blik, da anerkendelse sker relationelt. Når man forstår sig selv på nye måder, og det øvrige samfund også gør, så kan det ændre ved ens kapitaler og derved ændre ens status i feltet. Som beskrevet er det med en vis forsigtighed jeg anvender teorierne på denne måde, da jeg er klar over, at for kreativ brug af teorierne kan føre til misforståelser og forkert anvendelse. Jeg anvender derfor primært teorierne parallelt, men der vil være et enkelt sted, hvor jeg sammenfletter teorierne for at belyse, hvordan anerkendelse påvirker kapital, felt og habitus. Dette greb giver et dybt og unikt indblik til at belyse, hvordan anerkendelse kan påvirke kapital, habitus og felt, hvilket der har været tydelige tegn på i den indsamlede empiri.

Analyse

Jeg vil nu påbegynde analysen. Her vil den indsamlede empiri blive analyseret via den valgte teori. Analysen falder i tre temaer, som i min kodning af empirien var fremtrædende. I analysen vil jeg veksle mellem de udvalgte teorier, og tydeliggøre, hvilken teori der anvendes hvornår. De tre tematikker er navngivet således:

- 1: Felt, kapital, doxa og symbolsk vold
- 2: Modmagt og subfelter
- 3: Socialt fællesskab, anerkendelse og habitus

Efter hvert afsnit laves en delkonklusion. Den samlede analyse afsluttes med en konklusion, hvorefter jeg vil bevæge mig over i en diskussion. Slutteligt vil jeg besvare min problemformulering: *Hvordan kan et fokus på at opbygge sundhedskapital hos mennesker bidrage til at løse sociale problemer og ulighed gennem socialt arbejde?*

Felt, kapital, doxa og symbolsk vold

Jeg vil i dette afsnit analysere det felt, som informanterne befinder sig i, og belyse, hvilke strukturer de er underlagt. Til dette vil jeg inddrage teori af Bourdieu. Således bevæger denne del af analysen sig på et strukturelt niveau.

Ifølge Bourdieu bør det felt man forsøger at belyse bero på større datamateriale og større samfundsanalyser, som jeg grundet dette speciales naturlige begrænsninger ikke har mulighed for selv at producere. Jeg inddrager derfor bogen *Magtens Former*, der via omfattende empirisk materiale og Bourdieus feltbegreb, fremskriver det de benævner *et sundhedsfelt* (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Herefter vil jeg lave en bro til dette speciale, hvor sundhedsfeltet også kan identificeres. Slutteligt vil jeg skrive et subfelt frem, som er her informanterne primært befinder sig.

Sundhedsfeltet

De vestlige samfund er underlagt en stærk sundhedsdiskurs, der sætter sig igennem flere steder i samfundet og som gør det muligt at identificere et såkaldt sundhedsfelt. Sundhedsfeltet vinder mere indpas, både på arbejdspladser, der forsøger at højne medarbejderes sundhed via diverse initiativer

som fx frugtordninger, og på den politiske dagsorden, der søsætter sundhedsinitiativer i den førte politik. Sundhedsfeltet placeres af forfatterne højt oppe i det statslige magtfelt, hvilket gør det magtfuld, og dagsordensættende (ibid).

Doxa

Med Bourdieu peger forfatterne på sundhedsfeltets doxa (ibid). Doxa er de sandheder, normer og værdier i feltet, som fremstår naturlige, men som er konstrueret. De konstruerede sandheder influerer aktørerne, der er med til at producere og reproducerer dem (Bourdieu, 2007).

Sundhedsfeltets doxa er fx 'sandheder', som at træning er godt, man skal spise sundt og at være i god form er bestræbelsesværdigt. Der sættes ikke spørgsmålstejn ved, om sundhed i sig selv er værd at stræbe efter, da dette opfattes som en naturlig, objektiv sandhed. Overført til dette speciale er samtlige informanter og undertegnede aktører indenfor sundhedsfeltet, og altså både underlagt og medskabere af den gældende doxa. Den doxa kan nemlig genfindes i empirien, og jeg vil nu kortlægge, hvordan MAMAMOVE og informanterne er aktører i sundhedsfeltet, og hvad deres status i feltet er. Det vil jeg nu eksemplificere, i et forsøg på at fremskrive den herskende doxa og de magtkampe, der udspiller sig i feltet.

Samtlige informanter taler om motion som noget selvfølgeligt positivt, og flere steder i empirien, gør informanterne det klart at det, at de går til træning, er godt for dem på nogle forskellige parametre. I gruppeinterviewet udtaler en informant dette:

"Man bliver rask, hvis man træner. Man får det bedre i kroppen. Jeg har ondt i kroppen, jeg har smerter. Jeg har lidt sygdom i min krop. Derfor vil jeg bare være her og træne".

En anden informant supplerer:

"Jeg har problemer mange steder, hvor jeg har ondt – nakken, ryggen. Men det er rigtig, rigtig godt. Det rigtig hjælper på smerterne. Det hjælper rigtig meget på smerterne. Det er ligesom medicin".

Flere af de andre informanter nikker genkendende til denne beskrivelse, og supplerer med at sige, at de er glade for at træne. En anden informant beskriver, hvordan hun føler sig mere frisk bagefter, og

har mere energi til udførelsen af de huslige pligter som hun skal hjem til. Hun siger, at hendes knogler føles bedre. Informant B siger det samme, men tilføjer, at hun inderst inde helst vil ligge på sofaen, men at det ikke gør noget godt for hendes krop at ligge der fra om morgenen og til hun skal hente sine børn. Informanterne er altså positivt indstillet til træning, men det er for smalt at sige at de udelukkende er positive, da der også spores en ambivalens hos informanterne. Det kan tolkes som at sundhedsdoxaen sætter sig igennem hos informanterne, og at de er tillært positive overfor træning og motion. Ydermere lader det også til, at der er en klar forestilling om træning, som værende det, der foregår i et fitnesscenter. Det kommer til udtryk flere gange i interviewene, hvor informanterne gennemgående taler om fitnesscentret og bruger ordet *træning*, om det at dyrke motion. Ingen af informanter taler om andre motionsformer, som fx dans, håndbold eller svømning. Det er på trods af, at kun to ud af ni informanter rent faktisk går i fitnesscenter. Samtlige informanter i gruppeinterviewet siger, at de ikke går til andet end MAMAMOVE.

Doxaen tilskriver altså, at det er en bestemt form for motion, der er den rigtige – nemlig den der foregår i et fitnesscenter. Det spejler et studie fra 2023, der ser på at fitnesscentre ikke blot er neutrale rum, men aktive aktører, der producerer og reproducerer et smalt og svært opnåeligt sundhedsideal, som kan virke ekskluderende på dem der ikke lever op til normerne (Bell & al., 2023). At fitnesscentrene er aktører, der producerer idealer, stemmer overens med informanternes opfattelse af fitnesscentrene som den rigtige måde at gøre sundhed på. Således kan fitnesscentrene analyseres frem til at være en central og dagsordenssættende aktør i sundhedsfeltet.

Det lader altså til, at det ikke er alle der bare kan gå ned og træne i et fitnesscenter, for ellers må man gå ud fra at samtlige informanter gjorde dette. Man kan sætte spørgsmålstegn ved, om der egentlig er lige adgang til fitnesscentret, som jævnfør doxaen må siges at være en central sundhedsarena. Til at belyse dette, vil jeg introducere Bourdieus kapitalbegreb, med fokus på økonomisk og kulturel kapital. Den kulturelle kapital, vil jeg udvide, så den retter sig mod sundhed. Den hedder kulturel sundhedskapital, og trækker på Shims teori om dette (2010), som jeg kort præsenterede i teoriafsnittet, og vil uddybe løbende.

Kapital

Kapitalbegrebet hos Bourdieu dækker over, at et individ har adgang til forskellige kapitalformer, hvis værdi er afhængig af det felt det befinder sig i. I et givent felt er der altså nogle ressourcer som

et individ kan besidde, der kan være fordelagtige, og som kan give anerkendelse og prestige (Bourdieu, 2007). Aktørerne søger at højne de kapitalformer, der er værdifulde lige præcis indenfor det felt de befinder sig i, i dette tilfælde sundhedsfeltet (Wilken, 2012). Jeg vil nu udfolde den økonomiske kapital og den kulturelle kapital indenfor sundhedsfeltet, i et forsøg på at blotlægge, hvor meget kapital informanterne besidder i sundhedsfeltet.

Økonomisk kapital handler om adgangen til penge og materielle goder, og ifølge Bourdieu er økonomisk kapital den mest magtfulde kapital i et kapitalistisk samfund (ibid). At bevæge sin krop burde ikke nødvendigvis blive defineret af ens velstand, og man kan indvende at så længe et individ er fuldt kropskapabel, bør det stå en frit for at dyrke motion uanset størrelsen på ens formue. Men når der indenfor sundhedsfeltet hersker en stærk doxa om, at for at bevæge sin krop rigtigt, skal det foregå i et fitnesscenter, så bliver ens økonomiske kapital alligevel værdifuld. For har man råd til at betale for at være medlem af et fitnesscenter? Samtidig kan man pege på et manglende personligt overskud som følge af manglende økonomisk overskud som er et af de mest stressende livsvilkår. Det dokumenteres i en nyligt udgivet undersøgelse af danskernes lykke, baseret på svar fra 122.000 danskere (Realdania, 2025). I en fælles samtale om, hvorfor informanterne ikke gik i fitnesscenter, pegede de selv på to ting: Prisen og manglende færdigheder i at begå sig i et fitnesscenter. Jeg vil kigge på den økonomiske del her, og uddybe delen med manglende færdigheder i næste afsnit.

Flere informanter påpeger, at de ikke har råd til at gå i fitnesscenter. En af årsagerne er blandt andet, at de prioriterer, at deres børn får mulighed for at gå til fritidsaktiviteter, og at det er umuligt at få råd til et fitnessabonnement til mor oveni. Og selv hvis de har råd, som informant A, har man så råd til at betale en træner til at hjælpe en med at lave øvelserne rigtigt? Informant B, som er medlem af et fitnesscenter udtaler i interviewet, at hun får meget ud af MAMAMOVE, fordi der er en træner. Det matcher en observation, hvor informant A havde gennemført et træningspas, og med sved på panden sagde at hun aldrig svedte sådan i fitnesscentret. Adspurgt hvorfor informanten ikke oparbejder den samme mængde sved i fitnesscentret, peger hun på, at det er fordi hun er der alene, og der ikke er en træner, der motiverer hende. Hvis hun havde haft endnu mere økonomisk kapital, kunne hun hyre en personlig træner i fitnesscentret. Man kan sige, at jo mere økonomisk kapital man besidder, jo tættere er man på at kunne deltage på den rigtige måde i fitnesscentret. Det er altså muligt at identificere ikke blot én økonomisk barriere for at deltage i fitnesscentret, men to. Informant A har nok økonomisk kapital til at få adgang, men ikke nok til at få det fulde udbytte. Når

det at bevæge kroppen bliver kapitaliseret, fordi der er nogle magtfulde, kapitalistiske aktører (fitnesscentre) der er lykkedes med at sætte deres dagsorden igennem om at den rigtige træning skal foregå hos dem, så udelukker det individer med lav økonomiske kapital, som fx disse kvinder. De taber så at sige terræn indenfor sundhedsfeltet, da de ikke formår at efterleve den herskende doxa. Derfor er økonomisk kapital en vigtig og indflydelsesrig kapital på sundhedsfeltet. Hvis man ønsker at højne sundhedskapitalen hos udsatte grupper, bør man altså til dels fokusere på omfordeling af ressourcer, og se på hvordan man kan gøre træning gratis (eller meget billigt), for grupper med lav indkomst.

Men selvom Bourdieu peger på økonomisk kapital som vigtig, er der ikke den eneste kapitalform der er betydningsfuld, og den er kun en mindre del af forklaringen på hvorfor visse grupper ikke deltager i fitnesscentret. Jeg vil derfor nu udfolde den kulturelle sundhedskapital, som er af større relevans for informanterne.

Kulturel kapital, er den kapitalform der i sin originale form, omhandler et individs viden om kunst, litteratur og 'den rigtige smag'. Bourdieu inddeler kulturel kapital i tre underkategorier, kropslig form, objektiveret form og institutionaliseret form (Wilken, 2011). I dette speciale er det særligt den kropslige kulturelle kapital, der er relevant. Denne underkapital knytter sig til den fysiske krops fremtoning, og til sociale normer såsom adfærdsmønstre, måder at tale på og ens kulturelle smag. Applikeret til dette speciale kan en høj kulturel kropslig kapital tilskrives dem, der har den rette viden om træning, hvis fysiske fremtoning udstråler at de træner, og som kan finde ud af at udføre træningen rigtigt. Jeg vil derfor nu kigge på den anden del af det som informanterne pegede på som barrierer for at gå i fitnesscentret, nemlig manglende færdigheder, for at blotlægge, hvor høj deres kulturelle kropslig kapital er.

Informant A og B går begge i fitnesscentret. De beskriver begge, hvordan de ikke får lige så meget ud af at gå der, som de gør når de går til MAMAMOVE. Informant A sveder ikke, når hun er i fitnesscentret, men det gør hun hos MAMAMOVE. Informant B siger, at hun har lært at træne i MAMAMOVE, og at de øvelser vi laver sammen ikke er dem hun lavede før i fitnesscentret. Der var nemlig visse øvelser hun aldrig troede, hun ville kunne lave. Hun beskriver det sådan her:

”For eksempel det med squat – i starten tænkte jeg: ”Det kommer jeg aldrig til at kunne! Fordi jeg vidste ikke, hvordan man gjorde det. Men nu ... nu når jeg står op nogle gange derhjemme, så tænker jeg på dig, der siger: ”Ryggen lige, skuldrene tilbage, maven ind, sid på numsen!” Og det havde jeg jo aldrig lært, hvis du ikke havde vist mig det!”

Informant B har altså aldrig lært at lave en squat rigtigt, på trods af at hun jævnligt går i fitnesscentret. Det skete først, da hun fik personlig hjælp til at nedbryde hendes egne fordomme om hendes krops formåen. Til at se på dette specifikke eksempel, vil jeg nu inddrage teori fra Shim, der bygger ovenpå Bourdieu, og introducerer begrebet *kulturel sundhedskapital*. Kulturel sundhedskapital defineres, som den værktøjskasse af kulturelle kompetencer, verbale og nonverbale færdigheder, samt specifikke former for adfærd i mødet mellem aktører (fx patienter og læger), som kan påvirke det sundhedsudbytte en patient kan opnå. Shim lægger stor vægt på, at det relationelle møde er afgørende for, hvordan et individs kulturelle sundhedskapital ser ud. Derfor er interaktionen essentiel. Som sundhedsperson reagerer man altså ikke blot på den kulturelle sundhedskapital, patienten eller borgeren kommer med, men derimod er man en aktiv aktør, der er med til at forme, opbygge eller nedbryde en patients kulturelle sundhedskapital (Shim, 2010). Eksemplet med informant B, der aldrig har lært at lave en squat og i øvrigt havde en fortælling om sig selv om, at det kunne hun aldrig lære, taler ind i Shins teori om, at det er i interaktionen mellem individ og sundhedsperson, der er potentiale for at sundhedskapitalen kan kultiveres. Når informant B bliver mødt i MAMAMOVE af en sundhedsfaglig, der guider hende, og dermed aktivt styrker hende i hendes tro på, at hun godt kan lære denne øvelse, så er det en måde at kultivere sundhedskapital i interaktionen mellem sundhedsfaglig og ’patient’. Når vi med en sundhedsindsats som MAMAMOVE vælger at *investere* i lige præcis denne her målgruppes sundhedskapital, så får vi et *afkast* tilbage, i form af at målgruppen bliver bedre til at *gøre* sundhed. Det at informanterne ’lærer’ at få sved på panden og lærer at squatte, giver dem nogle mestringsoplevelser, som højner deres træningskapital, og derved højner deres værdi som aktører i sundhedsfeltet. Ved at oparbejde træningsfærdigheder får de flere fordele i sundhedsfeltet, da de bliver bedre til at begå sig i fitnesscentre og ultimativt bliver stærkere og sundere i deres kroppe, men også stærkere, mere velsete, aktører i sundhedsfeltet. At de ikke har opbygget træningskapital blot ved at være tilmeldt et fitnesscenter viser, at det først er når man har opbygget en vis træningskapital, at man rent faktisk får fordele af fitnesscentret. MAMAMOVE bliver her et subfelt, en alternativ arena, hvor informanterne kan opbygge deres træningskapital på deres egne præmisser.

Vender vi blikket mod de informanter, der ikke går i fitnesscenter, tyder det også på, at de manglende færdigheder er essentielle. I gruppeinterviewet påpeger flere informanter, at de ikke vidste, hvordan de skulle gebærde sig i fitnesscentret. En fortæller om forskellen ved at komme til MAMAMOVE, hvor der er en træner der guider, modsat en oplevelse hun engang havde i fitnesscentret.

"Du lærer os øvelser. Men hvis man går i fitnesscentre hvem lærer dig øvelser? Ingen! Du skal prøve selv de der maskiner. Man engang jeg gik derover alene, så jeg tager en maskine som man laver maveøvelser, da jeg kommer hjem, en hel uge, jeg har ondt i ryggen, så jeg gik over til lægen, som siger hvad har du gjort, jeg har gjort sådan og sådan, måske du har gjort forkert. Men herover du er der for os, vi gør det forkert, vi kalder på dig, du retter os, så det mange ting."

Der er to ting at tage fat på i dette citat, nemlig informantens manglende færdigheder i fitnesscentret, og det at hun havde opsøgt læge pga. smerter efter træning. Det lader ikke til at informanten er blevet beroliget efter at have været til lægen, på trods af, at lægen ikke har diagnosticeret hende med en decideret skade, for hun lægger vægt på, at man kan gøre noget forkert i fitnesscentret som potentielt kan være skadeligt, og det lader til at have afskrækket hende fra at komme tilbage. Det er selvsagt umuligt at vide, i hvor høj grad lægen har informeret hende om smerter, men lægebesøget har i hvert fald ikke beroliget informanten nok til, at hun har forstået at smerterne formentlig var ufarlige. Hun er ikke blevet forsikret om, at det er sikkert og sundhedsfremmende at træne i fitnesscentret, tværtimod har hun en opfattelse af at hun har gjort noget forkert og at hun derfor ikke er 'god nok' til at træne i fitness. En anden informant supplerer:

"Fitnesscentre, problemet er at du lærer ikke. Måske du laver forkert. Vi lærer her og måske senere vi kan gå i fitnesscenter."

Det lader altså til, at der blandt informanterne er en frygt for at komme til at skade sig selv via træning i et fitnesscenter. Derfor vil de gerne lære at blive gode nok til at gå i fitnesscenter, som informanten beskriver det. Samtidig lader det til, at informanterne har en oplevelse af, at man ikke kan lære at træne i et fitnesscenter. Det virker måske paradoksalt, at man skal være i god form inden man begynder at træne, men der hersker en sandhed blandt informanterne om, at man skal kunne

det hele i forvejen, inden man kan gå i fitnesscentret – for når man først er i fitnesscentret, er der ingen hjælp at hente. Informanternes kulturelle kropslige kapital er altså lav, da de ikke har en oplevelse af, at de mestrer fitnesscentret, og eksemplet med lægen peger også på, at i hvert fald en af informanterne er blevet bekræftet i dette i mødet med en sundhedsfaglig person.

Symbolsk vold

Jeg vil nu introducere begrebet symbolsk vold fra Bourdieu, til at belyse, hvad der kan ligge bag de oplevelser og sandheder om fitnesscentre og træning, som informanterne beskriver. Som beskrevet peger Bourdieu på, at der indenfor et givent felt, være forskellige interesser og aktører på spil, der kæmper om magt og definitionen af, hvad der er sandheden (Bourdieu, 2007). Her vil dem der har magten og som er de dominerende aktører, kæmpe for at opretholde den gældende magtstruktur. Indenfor sundhedsfeltet er der altså magtkampe om, hvad der er den rigtige måde at gøre sundhed på (Mik-Meyer, N. & Villadsen, A., 2007). Zoomer man ind på de arenaer informanterne bevæger sig i, har jeg allerede beskrevet, hvordan fitnesscentre ses som en stor aktør i sundhedsfeltet, som influerer informanterne. Dette kan også genfindes i anden litteratur. I et studie analyseres den historiske udvikling af det, der i dag kan betegnes som den moderne fitnesskultur, og viser hvordan fitnesscentre over tid har produceret og udbredt specifikke kropsidealer og sundhedsopfattelser på globalt plan. Disse har haft stor betydning for det omkringliggende samfunds opfattelse af, hvad det vil sige at være sund og dyrke motion på den rigtige måde (Andreasson & Johansson, 2014).

Når fitnesscentret bliver den dominerende aktør, der sætter dagsordenen for, hvordan man skal gøre sundhed, betyder det, at de dominerende aktører (informanterne) underkaster sig doxaen, og ovenikøbet internaliserer denne. Fitnesscentrenes sandheder fremstår som naturlige og uproblematisk og er derfor svære at forholde sig kritisk til. Det kommer til udtryk i empirien, både hos informant A og B.

Symbolsk vold dækker over en slags usynlig form for magtudøvelse. Da denne magtanvendelse ikke opleves som tvang eller undertrykkelse er den særdeles effektiv – de undertrykte aktører underkaster sig frivilligt, da de har internaliseret den gældende doxa, og ser den som deres egen (Mik-Meyer, N. & Villadsen, A., 2007).

Når samtlige af informanterne taler om fitnesscentrene som noget positivt, er det et tegn på, at de har internaliseret den herskende doxa og underlagt sig den. Selvom der rent faktisk kun er to informanter, der går i fitnesscenter, påvirkes samtlige informanter af de idealer der er udstukket af de dominerende aktører. Dette selvom gruppen står udenfor denne specifikke sociale arena. Det kan medføre, at der opstår en diskrepans hos informanterne, hvor de godt ved, hvad det rigtige er (fitness), men bare ikke kan opfylde dette. Når informanterne omtaler træning og fitness på et mere overordnet plan, kan der spores en underliggende udefinerbar skam eller utilstrækkelighed, fordi de jo netop ikke lever op til den gældende doxa, der fremstår så naturlig. Og denne utilstrækkelighed er også at spore hos de to informanter, der frekventerer et fitnesscenter. Informant A beskriver fx i en samtale, hvordan hun har rigtig dårlig samvittighed, fordi hun i en måned ikke har kunne træne, da hun har været syg og haft arrangementer. Informant B istemmer her, og siger at hun også har været inde i en periode, hvor det har været svært at nå, og hun føler, at hun har taget på. Og her bliver den symbolske vold tydelig – for det at leve som fitnessdoxaen tilskriver, opleves ikke som et valg. Doxaen er den perfekte form for sundhed, og den påtvinger informanterne et perfektionsideal. Det skaber et usynligt pres udefra, og et indre pres, der giver dem en følelse af, at de bør træne. Det ses også i andre studier, der undersøger fitnesskulturens effekter på individet, blandt andet i den førnævnte ph.d.-afhandling, der viser, hvordan neoliberale diskurser gør, at individet bliver ansvarlig for sin egen sundhed. En sundhed, der skal opnås gennem disciplin og kropskontrol. Forfatteren kalder dette for 'healthisme', og beskriver, hvordan det at være sund på den rigtige måde, bliver en moralsk forpligtelse og afvigelser fra idealet kan medføre fordømmelse (Preston, 2019). Mennesket er altså i princippet fri til at gøre, hvad de vil, men i praksis bliver kroppen en arena for kontrol, selvkritik og tilpasning. Og når aktørerne så ikke lykkes med at passe ind i idealets snævre rammer, så opleves deres utilstrækkelighed som deres egen skyld (ibid). Fitnesscentrene er altså ikke blot neutrale arenaer, der hjælper folk til at få bedre og sundere liv. De er også institutioner, der producerer og reproducerer stramme idealer og sandheder om sundhed og træning, og som ekskluderer visse grupper, der ikke passer ind i idealet, ikke har adgang, og ikke kan knække koderne til, hvordan man *gør fitnesscenter*.

Delkonklusion (felt, kapital, doxa og symbolsk vold)

I analysen ses at informanterne er aktører i sundhedsfeltet, hvor de både er underlagt og medskabere af en stærk doxa om sundhed som en naturlig og objektiv sand værdi. Træning anses generelt positivt, men analysen viser, at adgangen til den korrekte måde at gøre sundhed på som doxaen

foreskriver (primært fitnesscentre) ikke er tilgængelig for informanterne. Økonomisk kapital spiller en væsentlig rolle, når det kommer til at få adgang til fitnesscentre, men den kulturelle sundhedskapital er afgørende. Informanter besidder nemlig ikke den viden og *know how*, der skal til for at gebærde sig i denne specifikke arena. MAMAMOVE blive et subfelt, hvor informanterne kan opbygge sundhedskapital på deres egne præmisser og få succesoplevelser. Slutteligt ses, hvordan en usynlig form for magt, symbolsk vold, er på spil. Sundhedsfeltets idealer er internaliseret i aktørerne, og dermed er de selv skyldige, hvis de ikke lever op til de idealer, den herskende doxa udstikker. Det kan lede til en følelse af utilstrækkelighed og skam. Analysen zoomer ind på, hvordan strukturelle uligheder i sundhedsfeltet reproduceres og manifesteres gennem både synlige mekanismer (økonomisk og til dels kulturel sundhedskapital) og de mere usynlige mekanismer (kulturel sundhedskapital og symbolsk vold).

Modmagt og subfelter

Jeg vil nu belyse, hvordan man i det sociale arbejde kan arbejde for at yde modstand mod de dominerende sundhedsaktører som fitnesscentre, og skabe mere social retfærdighed hos udsatte grupper. Jeg vil først komme med endnu et eksempel på, hvordan indsatser som MAMAMOVE kan fungere som alternative arenaer, hvor aktører kan opbygge sundhedskapital. Jeg vil igen inddrage teori om kulturel sundhedskapital fra Shim til at belyse, hvordan sundhedspersoner er vigtige aktører, når det kommer til at arbejde med menneskers sundhedskapital, og hvordan man i det sociale arbejde aktivt kan arbejde for at højne menneskers sundhedskapital.

Kigger vi igen på informantens oplevelse hos lægen (selvfølgelig med alle de forbehold man kan tage), er det ifølge Shim, i mødet mellem patient og læge, at udvekslingen af kulturel sundhedskapital sker, og hvor man som sundhedsfaglig har en mulighed for at kultivere den kulturelle sundhedskapital hos patienten (Shim, 2010). Informanten har en opfattelse af at have gjort noget forkert til træning og er derfor stoppet med træning, efter hun har opsøgt sundhedsfaglig hjælp. Uden at vide, hvad der er sket hos lægen, er det svært at forestille sig en sundhedsfaglig der fuldstændig vil fraråde motion, og det må antages, at noget er gået skævt i dette møde. Her bliver en indsats som MAMAMOVE central for kvinder, der går til lægen med ømme muskler og andre ufarlige, helt naturlige følger af fysisk aktivitet. Det sociale arbejde får nemlig her en unik mulighed for i mødet med informanten at investere i hendes kulturelle sundhedskapital. Ved at anerkende smerterne, men forsikre hende om at de er ufarlige, og nysgerrigt udforske, hvordan hun kan gøre

næste gang hun skal træne, så hun kan fortsætte med at lave motion og høste et sundhedsudbytte. Et sundhedsudbytte der gør, at hun på langt sigt muligvis kan undgå livsstilssygdomme og spare hende for unødige lægebesøg, fordi hun kender sin krop bedre. Det sociale arbejde bliver altså at afkode kroppens signaler *post træning* og afmystificere smerterne. MAMAMOVE bliver den sundhedsfaglige aktør, som i mødet med informanten, investerer i hendes sundhed via støtte og vejledning. Lykkes dette kan det ifølge Shim, igangsættes en kaskade af positive handlinger (Shim 2010). I det konkrete eksempel at informanten lærer sin krop at kende som en øm træningskrop, der ikke afskrækker hende fra yderligere sundhedsfremme. Og så slipper hun for at gå til lægen med småting. Således bliver sociale indsatser som MAMAMOVE steder, hvor sundhedskapital aktivt opbygges og muligvis på sigt akkumulerer og giver et afkast i form af bedre sundhed.

På tværs af empirien ses at informanterne er enige om, at de føler sig trygge, når de træner i MAMAMOVE, fordi de bliver hjulpet og guidet undervejs. Samtidig efterspørger de ret tydeligt, noget hjælp til at højne deres kulturelle kropslige kapital, så de, som informanten peger på, kan blive *klar* til at gå i fitnesscentret. Fitnesscentret opleves som ekskluderende for informanterne, fordi der eksisterer nogle *koder* og noget *comme il faut*, som ikke er tilgængelige for dem. MAMAMOVE bliver her en arena, hvor de kan få afhjælp til at afkode træningsdoxaen og gøre træning tilgængeligt for dem – fx ved at vise dem, hvordan man laver en korrekt squatøvelse, eller forsikrer dem om, at muskelsmerter efter træning er ufarlige.

Vender vi blikket mod de boligsociale medarbejdere er de også aktører i sundhedsfeltet, og ligesom MAMAMOVE, kan de ses som nogle aktører, der via anderledes initiativer yder en slags modpres mod en snæver fortolkning af sundhed. De er positivt stemt overfor et sundhedsinitiativ som MAMAMOVE, og er generelt positivt indstillede overfor sundhedstilbud. Informant C nævner, at der blandt målgruppen har været en stor efterspørgsel på sundhedstilbud, og at det er *fedt* at kunne tilbyde målgruppen en sundhedsfremmende aktivitet. De boligsociale medarbejdere sætter ikke spørgsmålstejn ved, hvorvidt sundhed er en sand eller falsk doxa, men der er flere eksempler på, hvordan de udfordrer doxaen i feltet, og forsøger at udvide forståelsen for, hvad sundhed er. Adspurgt til, hvordan de arbejder med sundhed på, kommer informant C med et eksempel på, at de tidligere har lavet sundhedsforløb for målgruppen. Hun betoner, at den måde de informerede om kost, med vilje adskilte sig fra de officielle kostråd og tog nogle kulturelle hensyn.

”Der var meget fokus på sådan noget med sunde madpakker, sund kost og de sygdomme, som nogle af kvinderne har – for eksempel for højt blodtryk. Men der blev også skabt et trygt rum, fordi de sundhedsformidlere, der kom ud, kunne tale flere sprog. Og det var lidt anderledes end, hvordan man normalt ville blive mødt med sundhed. Det var ikke bare den dér pyramide med: ”Husk nu at spise dét og dét og dét”, eller ”Der er kun én rigtig måde at spise sundt på – rugbrød eller et eller andet, ikke?” Det var bare ikke den måde, de blev mødt på.”

Rugbrødseksemplet er et godt billede på, hvordan aktørerne (de boligsociale medarbejdere) har forsøgt at udvide feltets doxa, ved at argumentere for, at man godt kan være sund, selvom man ikke spiser rugbrød, som de officielle kostråd ellers foreskriver det. Kostrådene er udarbejdet af Fødevarestyrelsen, som er en styrelse i staten, der i en bourdieusk forstand, er herfra den dominerende magtstyring udspringer fra (Mik-Meyer, N. & Villadsen, A., 2007) Altså må det at spise rugbrød som en måde at opnå sundhed på ses som en stærk doxa. Kommer man fra en anden madkultur, hvor rugbrød ikke er integreret på samme måde som i den danske, kan man forestille sig at det kan være svært for disse at leve op til lige præcis denne specifikke anbefaling. I andre lande, hvor rugbrødet ikke kulturelt og historisk set spiller en rolle i madkulturen, omhandler kostrådene andre fødevarer (Damsgaard & Vial, 2023). Med en konstruktivistisk linse, der zoomer ind på historie og kultur, bliver sandheden om rugbrød som vejen til at opnå sundhed altså mindre sand, eller som minimum mere nuanceret. Samtidig har man sørget for, at der bliver talt et sprog, som målgruppen forstår. Informant C siger selv, at det er en lidt anderledes måde at præsentere sundhed på. Når de boligsociale medarbejdere arbejder bevidst med at tilpasse sundhedsinformation til målgruppen, er det et fint eksempel på Shims (2010) vægtning af det interaktionelle i mødet med borgeren. Igen ser vi et eksempel på, hvordan de sundhedsfaglige investerer i målgruppen, på trods af ’besværligheder’, som sproglige og kulturelle barrierer. Samtidig kan man sige, at når informant C italesætter vigtigheden af at sætte spørgsmålstegn ved, om det rugbrød nu er så essentielt for at fremme sundheden hos den specifikke målgruppe, udfordrer hun den herskende doxa, og udøver en form for modmagt mod den statsligt fremsatte sandhed om sundhed. Hun spiller stadig indenfor feltets rammer og søger at fremme en sundhedsfremmende dagsorden, men hun forsøger at fremsætte nogle alternative sandheder, der udfordrer den herskende doxa.

Indenfor det overordnede sundhedsfelt informanterne befinder sig i, tegner der sig konturerne af et subfelt, hvor der hersker nogle divergerende sandheder om sundhed. Ser vi igen sundhedsfelt som et

større, statsligt magtfelt (Mik-Meyer, N. & Villadsen, A., 2007), kan man sige, at den måde som de boligsociale medarbejdere arbejder med sundhed på, er en slags modmagt til en mere normativ, vestlig måde at arbejde med sundhed på, der ellers tilskrives oppefra, af det statslige magtfelt. Sundhed er stadigvæk en dominerende sandhed, men de boligsociale medarbejdere og indsatser som MAMAMOVE forsøger med alternative tilbud at få indflydelse på, hvordan sundhed defineres. Den tilgang, og de forskellige alternative indsatser bliver tilsammen en slags subfelt i sundhedsfeltet, hvor aktørerne får mulighed for at skabe deres egne doxaer. En doxa der siger, at man ikke behøver at spise rugbrød for at være sund og at træning ikke behøver at foregå i et fitnesscenter.

Delkonklusion (modmagt og subfelter)

Hvor fitnesscentret lige nu er den dominerende aktør i sundhedsfeltet, kan sundhedsinitiativer som MAMAMOVE ses som en aktør der forsøger at udfordre den eksisterende doxa, ved at udvide sandheden om hvad der er rigtig træning, og hvem der kan udføre denne. Med alternative sundhedsindsatser som MAMAMOVE og en bevidst tilgang hos de boligsociale medarbejdere om, hvordan man gør sundhed, skabes der et subfelt, hvor aktørerne yder en modmagt mod den herskende doxa. Her skabes deres egen doxa, hvor alternative sandheder tilpasset målgruppen hersker. Det sker blandt andet ved, at de fagprofessionelle aktivt arbejder for at højne individets kulturelle sundhedskapital ved at investere i individet. Lykkes dette i mikromødet mellem den fagprofessionelle og individet, opdyrkes og gødes den kulturelle sundhedskapital. Det medfører, at individets generelle kulturelle sundhedskapital højnes, og kan bidrage til at de har kapital nok til at tage del i de større samfundsarenaer (som fitnesscentret) og dermed blive velansete aktører i det større sundhedsfelt.

Socialt fællesskab, anerkendelse og habitus

Et gennemgående tema i empirien var målgruppens oplevelse af sammenhold og fællesskab med de andre deltagere. Jeg vil nu kigge på, hvordan et sundhedsinitiativ som MAMAMOVE også er et socialt fællesskab, der ikke blot skaber kropslig og fysisk sundhed, men som også kan være med til at højne målgruppens sociale kapital.

Social kapital er endnu en af Bourdieus kapitalformer, som dækker over et individs sociale omgangskreds og netværk som kan give adgang til nogle muligheder (Bourdieu, 2007). Eftersom

målgruppen ikke er en del af arbejdsmarkedet, har de ikke mulighed for at danne professionelle forbindelser og netværk på samme måde som en person der er en del af et arbejdsmarkedsfællesskab. Jeg vil nu vise nogle eksempler på, hvordan MAMAMOVE faciliterer et subfelt, hvor målgruppen får mulighed for at veksle social kapital med hinanden.

Ved den første træningsgang efter ramadan havde de boligsociale medarbejdere inviteret målgruppen til Eid-frokost efter træning. Her deltog 13 kvinder. Snakken faldt på tandlægeregninger, og flere deltagere sagde, at de ikke går til tandlægen af økonomiske årsager. En af deltagerne gjorde de andre opmærksomme på muligheden for at gå til tandlægen på tandlægeskolen, som er markant billigere. Da flere af deltagerne var meget interesserede i dette, skrev hun ud i vores Whatsapp-gruppe, med detaljeret information om, hvordan man kan gøre brug af dette tilbud. Eksemplet viser, at når de boligsociale medarbejdere investerer i målgruppens sociale kapital ved at facilitere en frokostaftale, så kan der komme et afkast fra deltagerne selv, da de får sat hinandens sociale kapital i spil. Eksemplet er ikke enestående, informant B forklarer fx i interviewet, at hun har fået gode anbefalinger fra de andre deltagere til gratis tilbud til børn i byen, som hun ikke kendte til førhen. Hun refererer også til Whatsapp-gruppen, som et sted, hvor der sker informationsdeling blandt målgruppen. Applikerer vi igen Bourdieus sociale kapitalbegreb (2007), kan man sige, at når målgruppen står udenfor samfundets klassiske sociale arenaer, hvor der er mulighed for at opbygge ens sociale kapital (fx på arbejdspladsen), kan det sociale arbejdes fokus være på at opbygge andre sociale arenaer, hvor målgruppen kan højne deres sociale kapital på deres egne præmisser. Opbygges en alternativ arena (som MAMAMOVE) kan den sociale kapital kultiveres og opdyrkes – fx ved at blive hjulpet til at finde billige tandlægetider, få idéer til børneaktiviteter, eller blive slæbt med til træning hos MAMAMOVE. Så selvom målgruppen går glip af muligheden for at opbygge social kapital, når de er afskåret fra arbejdsmarkedet, kan det sociale arbejde kompensere for dette, ved at opbygge alternative fællesskaber. Således kan det sociale arbejde være med til at højne målgruppens samlede sociale kapital. Samtidig viser eksemplerne, at der allerede er masser af social kapital at hente blandt deltagerne, og at de aktivt udveksler denne blandt hinanden. Der skal blot et rum til, hvor den kan komme i spil, og det kan det sociale arbejde facilitere.

På det mere personlige plan kan man forestille sig, at en ikke særlig høj social kapital, kan have en mental slagside, hvis det begrænser ens adgang til muligheder og medfører ensomhed og isolation.

Adspurgt til hvad der fungerede i MAMAMOVE, svarede samtlige informanter at de var glade for det sociale og fællesskabet. Informant A siger dette:

”Ja, men det er snakken med de andre. At høre, hvordan de har det, hvordan de synes, træningen er. Det er bare sådan ... kvindesnak.”

Adspurgt hvad kvindesnak dækker over, har informant A lidt svært ved at sætte ord på, men hun siger at det er det, der får hende til at komme igen til træning. Når hun skal beskrive hvad træningen giver hende, siger hun:

”Man får stress ud. Og man kan kigge over på de andre kvinder og se, at hun har også fire børn, og hun står også for det hele derhjemme, og alligevel står vi her og gør noget for os selv.”

Begge citater illustrerer, hvordan informant A i høj grad identificerer sig med de andre deltagere. Hun nævner kvindesnakken, som var det et slags hemmeligt sprog kun disse kvinder kan. Og så nævner hun spejlingen i at være en mor, der altid er noget for andre, men vælger at tage til træning og gøre noget *for sig selv*. Den værdi træningen og fællesskabet har for hende, uddyber hun her:

”Træningen i sig selv, og øvelserne i sig selv, faktisk. Det er rigtig godt. Og så bare sådan fællesskabet med de andre. Og så også bare, hvor vi til sidst sidder og snakker og drikker kaffe. Altså, jeg synes faktisk, at det hele ... altså, hvis jeg for eksempel havde en tid hos min læge kl. 11 tirsdag, så kunne jeg nok aflyse den og så bare komme til træning i stedet for. Så det betyder rigtig meget for mig.”

Når informant A ser de andre deltagere prioriterer træningen, på trods af at de også har flere børn, bliver det også mere okay for hende at prioritere træningen, og gøre noget for sig selv, som hun ellers ikke har tid til i en presset hverdag, hvor familiens behov kommer først. Fællesskabet bliver både det, der trækker hende hen til træningen, og det som gør at hun bliver spejlet af de andre deltagere, der med deres deltagelse bekræfter hende i at træningen er en god prioritet i en ellers stresset hverdag.

Informant B sætter også stor pris på fællesskabet, og hun kommer med et godt eksempel på, hvorfor et initiativ som MAMAMOVE, der både fokuserer på sundhed og fællesskab er en god kombination.

"Når jeg er til træning her, så føles det næsten som at gå til en psykolog!

Jeg tror ikke engang, jeg føler mig så lettet efter en psykologsession, som jeg gør, når jeg har trænet her! Når jeg går ud af døren bagefter, så tænker jeg bare: "Jeg har gjort noget godt for mig selv i dag! "Hos en psykolog sidder du jo bare face-to-face og snakker. Men her ... her træner vi, vi snakker, vi griner, vi giver den gas, vi hører musik. Og bagefter drikker vi en kop kaffe og hygger os endnu mere. Prøv at tænke på, hvor meget vi laver på den ene time!"

Med psykolog-sammenligningen, italesætter informant B den følelse hun får i kroppen af at træne, og i beskrivelsen lægger hun også stor vægt på alt det, der ligger udenom træningen, nemlig samværet med de andre. Det er interessant at hun siger, at hos psykologen sidder man 'bare' og snakker, hvorimod hun hos MAMAMOVE gør alle mulige andre ting, der samlet set får hende til at føle sig lettere. Det tyder på, at det at mødes om træning i sig selv gør noget for informant B, som man ikke kan genskabe, hvis man ikke havde træningselementet med, og 'bare' sad og snakkede. Ikke kun på grund af de fysiologiske effekter der kommer af træningen, men fordi det at mødes om træningen, skaber nogle rammer, hvor hun bliver i stand til at engagere sig på en måde, der hjælper hende til at føle sig let. Det at være fysisk med andre, kan ses som en måde, hvor man hurtigt får sænket paraderne, så deltagerne både kan føle sig modige og trygge nok til at indgå i fællesskabet. Både informant A og B oplever altså at der er en stor social gevinst ved at deltage i træningen, og det er træningen i sig selv der gør, at det bliver nemmere for deltagerne at træde ind i fællesskabet.

Blandt deltagerne i fokusgruppeinterviewet, kender deltagerne hinanden i forvejen, og især to af deltagerne har været drivkræfterne bag at få rekrutteret resten til at deltage i MAMAMOVE. Der er et stærkt kendskab og sammenhold mellem gruppen i forvejen og derfor kan man undre sig over, om de behøver et fællesskab som MAMAMOVE til at opretholde de sociale fællesskaber. Adspurgt til dette i interviewet, siger de alle, at de sætter pris på at komme til MAMAMOVE og se hinanden. En siger:

”Det er godt! Vi møder hinanden her, fordi vi ikke ser hinanden hver dag. Vi kender hinanden, men vi mødes ikke så ofte.”

Selvom deltagerne kender hinanden i forvejen, er de altså ikke en del af hinandens hverdag. Det er et gennemgående træk blandt alle deltagerne, at den sociale del af træningsfællesskabet har en stor betydning for dem. De får hygget og grinet og føler sig lettere i hovedet og de bliver spejlet i den hverdag de står midt i. Ydermere har de nu en arena, hvor de har mulighed for at blive en del af hinandens hverdag, fordi rammerne omkring selve stedet er på plads. Det sociale arbejde ligger altså i at skabe helt konkrete, fysiske alternative rum, hvor personer der ikke ’naturligt’ har adgang til samfundets fællesskabende arenaer, kan opnå adgang. For at knytte en tråd til det tidligere afsnit om økonomisk kapital, er det vigtigt at tænke ind, at økonomiske barrierer for deltagelse bør fjernes. Baseret på informanternes oplevelse af det rum vi har skabt med MAMAMOVE, kan det at mødes omkring bevægelse, være en god måde at skabe et inkluderende, adgangsgivende rum. Deltagerne føler, at de aktivt gør noget ’godt for sig selv’, samtidig med, at de kultiverer et netværk, hvor de bliver spejlet, og kan udveksle sociale tjenester og erfaringer.

Anerkendelse

I næste del af analysen vil jeg inddrage anerkendelsesteori fra Axel Honneth til at udfolde det anerkendelsestema, der træder frem i empirien. Her vil analysen bevæge sig på et mikroniveau. Honneths anerkendelsesteori omhandler tre former for anerkendelse: Emotionel, social og retslig anerkendelse (Honneth, 2007). De tre former for anerkendelse differentierer sig fra hinanden og vil blive uddybet løbende. Efterfølgende vil jeg inddrage begrebet habitus af Bourdieu, og vise, hvordan de to teorier supplerer hinanden på en måde, der giver et dybere teoretisk indblik i empirien.

Ifølge Honneth er mennesket afhængig af anerkendelse, og søger den, da mennesket ellers ikke kan udvikle en personlig identitet. Det er essentielt, at alle tre former for anerkendelse bliver opfyldt, for at et menneske udvikler sin identitet og oplever at være et ligeværdigt medlem af samfundet. Bliver et menneske derimod ikke anerkendt, og fx oplever stigmatisering, kan det være ødelæggende og hæmmende for individets mulighed for at opbygge en positiv identitet (ibid). Den emotionelle anerkendelsesform møder individet i de nære forhold såsom i familien, i parforholdet og i ens vennekreds. Her vil det at blive mødt anerkendende lede til, at man udvikler en grundfølelse af selvtillid og tro på at man er ’god nok’ til at bidrage til fællesskabet og være noget

for andre. At blive mødt emotionelt anerkendende fostrer altså en grundfølelse af tryghed, kærlighed og selvtillid (ibid).

I interviewet med informant C beskriver hun, hvordan anerkendelse i de nære relationer nogle gange kan være svært at opnå for målgruppen. Hun beskriver:

”Men desværre tror jeg ikke, at de i deres daglige sammenhænge får klap på skulderen særligt tit. Dem, der har lidt ældre børn, deres børn kan jo godt se det nu. Når børnene når en vis alder, så kan de se, at: ”Okay, mor har været der rigtig meget for os.” Og nu siger jeg mor, fordi det er rigtig meget mødre, vi møder i vores aktiviteter. Det er ikke, fordi fædrene ikke eksisterer – men hos nogle af dem eksisterer de faktisk ikke. Rigtig mange af de kvinder, vi møder, er enlige mødre med mange børn – og de har rigtig meget ansvar på deres skuldre. Men de bliver faktisk ikke anerkendt for det”.

Ud fra hvad informant C beskriver, lader det ikke til at målgruppen oplever særlig meget emotionel anerkendelse fra hjemmet. De enlige mødre, som er størstedelen af gruppen, modtager ikke anerkendelse i samspil med en partner. Det er positivt at høre, at mødre bliver set af deres større, voksne børn, men det er mange år at gå uden den emotionelle anerkendelse, der skal til for at eje en grundfølelse af selvtillid og tro på, at man er noget værd, blot som man er (ibid). Betydningen af at blive anerkendt af ens børn er noget, der fylder på tværs af alle informanterne, og jeg vil nu komme med nogle eksempler fra empirien på, hvordan træning hos MAMAMOVE, har været med til at give dem noget konkret, som deres børn har kunne se tydeligt, og er begyndt at anerkende dem for.

Informant B beskriver, hvordan hendes søn drillede hende, da hun startede med at træne. Han sagde til hende, at hun ’kun gik til træning for at tage billeder’, underforstået, at det mere handlede om en online-overflade-tilstedeværelse, end rent faktisk at træne. Men med tiden, efter informant B både træner i fitnesscenter og hos MAMAMOVE, har sønnen ændret opfattelsen af sin mor. Hun beskriver stolt, at sønnen anerkendende har sagt, at han godt kan se, at hun kan lide det, og endda spurgt hende, om de kunne begynde at træne sammen. Hun virker stolt og glad, når hun fortæller denne historie, og hun siger, at det betyder rigtig meget for hende at kunne være et ’sundt forbillede’ for sin søn. Efter interviewet har informant B fortalt, at hun og hendes søn nu går i fitnesscenter sammen. Hun har fået noget udstyr med hjem fra mig, som de sammen bruger derhjemme, og som

hun siger at de har det 'rigtig sjovt med'. Når informant B træner, bliver hun mødt med emotionel anerkendelse fra sin søn, som betyder noget mere og dybere end hvis det var hendes træner eller sagsbehandler, der roste hende for træningen – fordi det (som Honneth beskriver (2007)), sker relationelt mellem mor og søn. Mor og søn får altså skabt en konkret måde at møde hinanden emotionelt anerkendende, og træningen er det konkrete, som sønnen virkelig ser sin mor gøre. Her skaber hun en positiv identitet i at være et godt forbillede, som gør at hun føler sig som en god mor i relation til sin søn. Hun styrkes i sit værd som mor og vigtigt menneske i den helt nære relation og fællesskab, som familien er.

I gruppeinterviewet spørges der ind til, hvad deres børn synes om, at de træner. Samtlige deltagere smiler og nikker og siger, at deres børn synes, at det er rigtig godt. En uddyber:

"Hver gang jeg kommer her. Og nogle tirsdage jeg ikke kommer, min søn sagde "Mor, du har ikke gået til træning i dag?!""

En anden supplerer:

"Mine børn spørger også: "Mor, var du til træning i dag?" du er sej. Hvis jeg ikke kommer, siger de: "Hvor var du?""

At børnene er efter mødrene, hvis de ikke kommer til træning, skal læses kærligt, da det er sådan det er fortalt af informanterne – med et stort smil på munden og masser af varme i stemmerne. Eksemplerne viser, at deres børn virkelig går op i, om mor kommer til træning, og kommenterer, at hun er sej, når hun gør. At træne bliver altså en måde at synliggøre en adfærd, som gør børnene opmærksomme på, hvad deres mødre gør, og giver børnene noget konkret at anerkende dem for. Hvor alt det andet som de her mødre gør (vasker tøj, smører madpakker, tager dem til tandlægen), måske forbliver mere usynligt, og derfor sværere at italesætte for børnene. I interviewet med informant A kommer ikke vi ind på børnenes blik på deres trænende mor, men til en af træningsgangene havde hun sin teenagedatter med. Her observerede jeg, hvordan hun lige gav sig lidt ekstra hele tiden, og konstant pressede (kærligt) sin datter, der også deltog. Det var tydeligt, at det var vigtigt for hende, at datteren skulle se at det var hårdt, og ikke blot noget alle og enhver kunne gøre. Da vi var færdige, kom de hen og spurgte om det var muligt at lave et lignende hold for

teenagepiger, for datteren synes det var 'rigtig fedt'. Informant As datter bliver altså tilskuer til, at hendes mor præsterer noget 'rigtig fedt', og man kan forestille sig, at informant A får altså noget anerkendelse fra sin datter.

Informant C lægger også vægt på, at træningen gør, at deltagerne får anerkendelse fra deres børn, og hun understreger, hvor værdifuld denne anerkendelse er.

"Jeg er sikker på, at den her aktivitet gør, at de går ud med en følelse af, at de har gjort noget godt for sig selv. Og deres børn synes også, det er fedt! For tænk lige over det: "Mor sover ikke længe – mor var til træning!" Det er en kæmpe anerkendelse, der starter i hjemmet. Når børnene ser "Min mor tager til træning hver formiddag." "Min mor træner også!". Det gør noget."

Sammenfattende kan jeg udlede, at på tværs af al empirien kan man se, at målgruppen anerkendes emotionelt af deres børn, når de træner. Træningen bliver en slags medium for anerkendelse, som kan være styrkende for deres selvværd. Træning bliver altså en måde for dem at kompensere for den manglende anerkendelse i det helt nære familie-fællesskab, der måske mangler, hvis de er alene med deres børn og ikke har en partner, der ser og anerkender dem for det store stykke arbejde de udfører, som ofte forbliver usynligt. Hvor emotionel anerkendelse godt kan være lidt usynligt og svært at få greb om, fordi det netop udspiller sig relationelt og omhandler dybe grundfølelser, viser analysen, at træningen bidrager til, at børnene får noget helt konkret at anerkende deres mødre for, som har potentiale til at rodfæste sig på et dybere plan hos mødrene. Man kan sige, at der her opstår alternative veje til at opnå emotionel anerkendelse. Når anerkendelsen kommer fra børnene, manifesterer det sig hos informanterne, der føler sig som gode rollemodeller og heraf anerkendt som gode, værdifulde mødre.

Nu vil jeg bevæge mig over i den anden anerkendelsesform, nemlig den såkaldte sociale anerkendelse, og jeg vil starte med et eksempel på manglende social anerkendelse. Ikke at blive socialt anerkendt, italesættes i interviewet med informant C. Hun beskriver hvordan målgruppen bliver mødt i forskellige sociale arenaer:

"For de her kvinder går ikke ud og mødes eller kommer på arbejde, hvor der er en chef, der siger til dem: "Ej, hvor er du sej! Det her gjorde du godt!" Eller en lærer, der siger: "Wow, flot arbejde!"

Tværtimod bliver de mange gange mødt – når de er i skolen eller andre steder – på en måde, hvor det mere er: "Nå, men du taler ikke så godt dansk", eller "Du har ikke styr på det her", eller "Der er lige et problem med det her". Det er i hvert fald sådan, de fortæller, at de bliver mødt nogle gange."

Informant C peger på, at de som afskåret fra arbejdsmarkedet ikke får mulighed for at opnå den type anerkendelse som beskrives i citatet, og som falder ind under den social anerkendelse. Social anerkendelse handler om at føle sig værdsat af fællesskabet og samfundet (i dette tilfælde fx i mødet med skolen), som en værdifuld borger med et unikt bidrag til fællesskabet. Det er essentielt for at individet kan opbygge en positiv identitet, som indgyder selvrespekt og agens til at tage del i samfundets arenaer (Honneth, 2007). Arbejdspladsen er et eksempel på et sted, hvor man kan blive anerkendt som et individ med et unikt bidrag til fællesskabet, men den sociale anerkendelse kan udspille sig i andre af samfundets sociale arenaer. Informant C peger, på at målgruppen i deres kontakt med samfundets institutioner ikke bliver mødt med respekt, men tværtimod med diskrimination eller stigmatisering. Når målgruppen mødes af et samfund, der først og fremmest ser dem som problembærere, i kraft af deres manglende sprogfærdigheder eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, nedbrydes den positive identitet, og forhindrer dem i at føle sig værdifulde og værdsatte af samfundets institutioner. De bliver ikke set som mennesker, der kan bidrage med noget til fællesskabet, tværtimod kan de opleve at blive set som individer, der er forstyrrende for fællesskabet. Anderledes forholder det sig for informant C, og den måde hun som repræsentant for samfundet ønsker at møde målgruppen. I interviewet er det tydeligt, at hun ikke har lyst til at dvæle for meget ved målgruppen som problembærere – hun vil hurtigt over til at italesætte målgruppens ressourcer. Hun beskriver, hvordan meget af hendes arbejde går ud på at identificere de styrker målgruppen har, og tydeliggøre dem. Hvorfor det er vigtigt for hende, uddyber hun her:

"Men jeg ser også rigtig mange ressourcer! Altså virkelig stærke ressourcer, som de ikke altid selv får italesat. Nogle af dem har været væk fra arbejdsmarkedet i lang tid, men det at gå hjemme, fostre børn, have teenagere og stå med alle de her ting ... det kræver også enormt mange ressourcer! Og det er ikke noget, de altid selv mærker – medmindre de sidder en til en med en og har en samtale om det. Jeg bruger meget af mig selv og mine egne eksempler med børn – ikke for at normalisere det svære, men for at vise, at det kan være en udfordring at have en hverdag med børn."

Den spejling som informant C bruger, når hun inddrager sine egne erfaringer med at være mor, kan virke troværdig hos målgruppen, og legitimerer hendes holdning til, hvorvidt det er krævende eller ej at leve det liv som målgruppen gør. Hvor det måske ikke bliver anerkendt som legitimt andre steder i samfundet, at et liv med børn kan kræve så mange ressourcer, bliver det her italesat og anerkendt som noget, der kan være svært og krævende. Som et stort arbejde og et værdifuldt bidrag til samfundet, som er det kendetegnende for den sociale anerkendelse. Ligesom jeg tidligere har vist eksempler på, hvordan de boligsociale medarbejdere skaber nogle subfelter, hvor de formår at højne målgruppens kapitaler, er citatet et eksempel på, hvordan de boligsociale medarbejdere mere eller mindre bevidst arbejder for at målgruppen føler sig anerkendt. Når hun italesætter, at det kræver ressourcer at opfostre børn, og peger på at målgruppen rent faktisk besidder de ressourcer, så 'måler' hun dem på nogle andre parametre end dem andre samfundsinstitutioner måler dem på. Samtidig er informant C også en repræsentant for en samfundsinstitution, og derfor kompenserer hun for den manglende sociale anerkendelse, ved at tilbyde et alternativ rum til at opdyrke social anerkendelse på.

Der er også eksempler på, hvordan vi i MAMAMOVE aktivt arbejder på at anerkende deltagerne, ved at se og tydeliggøre, hvad de bidrager med til fællesskabet. Her eksemplificeret fra informant B:

"Altså, jeg kan godt nogle gange have sådan lidt ejerskabsfølelse over det, når der starter nye. Fordi vi kender det jo. Vi har styr på det! Og så kan jeg godt lide, når du siger til mig og hende, jeg står sammen med: "Kan I ikke lige vise de nye, hvordan det foregår?" Så får man lidt ansvar – og det kan jeg godt lide!"

Det er værd at huske på, at det er selvsamme informant, der beskrev, hvordan hun havde en opfattelse af sig selv som en, der aldrig ville kunne lære at squatte. Selvsamme informant, der står udenfor arbejdsmarkedet pga. diskusprolaps, psykisk sårbarhed og som ovenikøbet er enlig forsørger til fire børn. På trods af alle de udfordringer hun har, har hun stadig masser af bidrage med til et fællesskab som MAMAMOVE, fordi hun er god til at socialisere med de nye og få dem til at føle sig trygge og velkomne. Social anerkendelse handler om at anerkende individet for dets unikke bidrag til fællesskabet (Honneth, 2007), og ovenstående er et godt eksempel på, hvordan man konkret gør det. Når *hun specifikt* bliver spurgt om hun kan vise de nye, hvordan man gør, indgyder

det nogle positive følelser hos hende. Hun bliver set og anerkendt for hendes unikke rolle og bidrag til fællesskabet, og dermed skabes den sociale anerkendelse.

Retslig anerkendelse i sin originale form handler om at være et ligestillet individ i mødet med samfundets institutioner (ibid). I dette speciale, omsættes den retslige anerkendelse til, om individet mødes ligeværdigt, i kontakten med samfundets institutioner, som her vil være den boligsociale indsats og MAMAMOVE. Ovenstående eksempel kan også ses som en måde at møde individet med ligeværd. Endnu tydeligere ses dette dog hos informant A. I opstartsfasen blev deltagerne spurgt til, hvordan de helst ville kommunikere som en gruppe og de landede i fællesskab på whatsapp. Informant A har godt styr på, hvordan man bruger denne app, og tilbød at oprette gruppen og sørge for at alle kom med. Når der efterfølgende er kommet nye deltagere til, har det, uden at det er blevet sagt eksplicit, været informant As opgave at sørge for, at de nye blev inviteret ind i whatsapp-gruppen. Det er tydeligt, at informant A virkelig tager opgaven til sig, og med Honneth kan man udlede, at det faktisk er en måde at møde hende ligeværdigt – fordi det er en opgave der i princippet ligger hos institutionen – i dette tilfælde MAMOMAVE. Et andet eksempel er en af deltagerne i gruppeinterviewet, der er kommet med forslag til en øvelse, som vi har prøvet af på holdet og som alle elsker. Den kalder vi (anonym)s øvelse, og vi laver den næsten hver gang. Man kan sige, at et aktivt arbejde med inddragelse i en social indsats, kan være en måde at møde målgruppen ligeværdigt, og derved anerkende dem retsligt. For når målgruppen er medskabere af rummet, mindskes afstanden mellem institution og individ og det bliver nemmere at møde målgruppen anerkendende, både socialt og retsligt, som måske flyder lidt sammen, men som alligevel differentierer sig fra hinanden, som vist i eksemplerne. Når vi lykkes med at finde måder, hvor vi virkelig kan møde målgruppen konkret-ankerkendende, fx ved at anerkende deres unikke bidrag til fællesskabet og give dem et ligeværdigt ansvar for det rum vi skaber sammen, bliver de styrket i deres identitet og selvværd. Ifølge Honneth er det den slags handlinger, der opfylder behovet for anerkendelse, som kan være med til at skabe social retfærdighed og ultimativt facilitere ægte deltagelse i samfundet (ibid).

Habitus

Den udvikling, der er sket med informant B's blik på sig selv, kommer også til udtryk andre steder i empirien. Jeg vil i dette afsnit uddybe yderligere, hvordan informanterne har ændret deres syn på dem selv via træning. Til at belyse dette vil jeg anvende begrebet habitus. Habitus omhandler de

måder et individ, mere eller mindre ubevidst, reflekterer, handler og navigerer i verden, og kan forstås som de dispositioner et individ tilegner sig gennem ens opvækst og sociale erfaringer. Habitus opdyrkes og udformes gennem sociale relationer over tid, og selvom den opleves ganske naturlig af individet, er den socialt betinget (Bourdieu, 2007). Habitus opdyrkes over tid, men den er ikke eviggyldig og urokkelig (Wilken, 2012). Habitus bliver i dette speciale knyttet til sundhedskapital som beskriver, i hvor høj grad en person har den rette viden om træning, besidder en veltrænet krop, og som kan finde ud af at træne på den måde, som doxaen tilskriver (Larsen, 2020, Shim, 2010). Gennem den sociale praksis kan sundhedskapital dyrket og internaliseret i individet, og manifesterer sig som dispositioner i habitus (Shim, 2010, Wilken, 2012). Når sundhedskapital ændres, så manifesterer disse nye tilegnelser sig over tid som dispositioner i habitus. Sundhedskapital kan altså være med til at forme habitus gennem sociale praksisser. Ved at højne menneskers sundhedskapital er der altså et potentiale for at deres habitus ændres, hvilket medfører, at den måde de reflekterer, handler og navigerer gennem verden bliver forandret til det bedre.

Jeg vil nu tage det ovenstående eksempel med informant B og koble det til det udfoldede anerkendelsesperspektivet, og sammenflette det med felt, kulturel sundhedskapital og habitusbegrebet. At informant B har lært at mestre fysiske træningsøvelser med sin krop gør, at hun anerkendes af sine medaktører i sundhedsfeltet. Denne anerkendelse gør, at hun ser sig selv i et mere positivt lys, og udvikler en mere positiv identitet. Hvis vi skal se på, hvad anerkendelsen gør for informant B med et bourdieusk perspektiv, så kommer anerkendelse med en højnet kulturel sundhedskapital i sundhedsfeltet, fordi hun, i andre aktørers blik, bliver en stærkere aktør selv. Skifter vi tilbage til Honneths perspektiv leder den højnede kulturelle sundhedskapital til at hun (i Honneths ånd) bliver et mere deltagende individ, da hun blandt andet bruger sit overskud til at tage sig af nytilkomne deltagere på holdet, og går med sin søn i fitnesscentret. Hendes nye færdigheder manifesterer sig også som dispositioner i habitus, fordi hun får flere dispositioner til rådighed. Hun får flere kort på hånden, som hun (mere eller mindre ubevidst), kan spille. De kropslige mestringsoplevelser indlejrer sig altså i informant B som nye dispositioner i habitus, der tillader hende at agere i verden på nye måder – fx ved at gå i fitnesscentret og gøre det 'rigtigt', samt tage en mentorrolle på sig, når der kommer nye deltagere til MAMAMOVE. Selvom de to teorier bidrager med forskellige måder at forstå empirien på, kan de supplere hinanden på en måde, der i

ovenstående eksempel giver en dybere forståelse af empirien, og hvordan anerkendelse kan påvirke felt, kapitalformer og habitus.

Informant A fortæller også, hvordan det at træne har ændret hendes oplevelse af sin krop. Hun beskriver, at hun har et til tider presset liv med børn og praktik, men beskriver at hendes krop føles let, når hun har trænet, og udtrykker malerisk:

”Jamen, det er jo... altså kroppen, faktisk. Når jeg tager ud herfra, så er det bare... det er som en fugl der flyver, faktisk. Fordi at... at... jeg har bare trænet og givet hårdt i min krop, og, altså, jeg, inde i mig selv, synes jeg faktisk, at... altså nu har jeg lavet noget for mig selv i hvert fald”.

Hun udtaler også, at hun har haft mange år, hvor hun ikke har trænet, og at det var virkelig svært for hende at tage det første skridt. En dag gjorde hun det bare. Adspurgte til hvad der gjorde at hun fik taget det første skridt, siger hun, at hun bare slukkede for hovedet og *gjorde* det. Informant As beskrivelser tapper ind i vigtigheden af nye kropslige erfaringer, der kan føre til ændringer i habitus. Hun kan ikke tænke sig til at træning føles godt, hun er nødt til at *erfare* det i kroppen, før det lagrer sig i kroppen som nye erfaringer og med tiden nye dispositioner i habitus.

Informant B beskriver, hvordan hun generelt føler sig stærkere efter hun er begyndt at træne. Hun bærer indkøbsposer med mere lethed, hun kan gå og løbe længere. Hun lægger vægt på, hvor stolt det gør hende. Da informant B fortæller videre bliver nuancerne tydelige. Hun kæmper med forskellige psykiske udfordringer, som stress og angst, hvilket har været en medvirkende faktor til at hun står udenfor arbejdsmarkedet. Hun beskriver, hvordan træning har været en måde for hende til at slukke for tanker og få det bedre. Hun siger, at det hjælper hende til at føle sig afslappet og give slip på negative tanker. Hun uddyber:

”Min selvtillid – den kommer helt i top! Det er som om, min hjerne bliver rensset, og min krop bliver fornyet, synes jeg. Altså, det giver mig mega meget selvtillid, og jeg bliver virkelig stolt af mig selv. Så ja, jeg elsker det”.

Det som både informant A og B beskriver, om at ændre opfattelsen af ens selv og hvad man tror man er i stand til at kunne, kan ses som ændringer i habitus. Disse ændringer påvirker, hvordan

informanterne handler, når de bevæger sig i samfundets andre felter. Informanterne ekstrapolerer det de har opnået til træning og bruger det – i børnehaven, når de skal handle ind, eller når de har behov for en mental pause fra hverdagens pres. Træning ændrer altså den måde deltagerne plejer at agere i verden, og hvordan de ser dem selv, både kropsligt og mentalt. Denne forandring af vaner, bidrager til en forandring i habitus, der betyder, at informanterne begynder at se dem selv som aktive og stærke, på grund af de nye måder de begynder at bruge kroppen på.

Informant C beskriver også, hvordan hun har observeret en ændring hos informanterne, som potentielt kan føre til nye dispositioner i habitus. Hun fortæller sådan her:

”Det fedeste, jeg har oplevet, var, da de kom tredje gang – og jeg lagde mærke til, at nogen havde været ude at finde noget tøj, der lignede mere fitness-tøj. Og så havde alle fundet den flotte vandflaske frem. Men ikke fordi de følte, at de skulle passe ind i noget bestemt. Det var mere lyst. Mere en inspiration fra hinanden. Det var som om: ”Nu har vi det her rum, og jeg er her, fordi jeg selv har lyst til at gøre noget godt for mig selv”. Og det, synes jeg, man meget hurtigt kunne fornemme efter de første gange”.

Observationen tydeliggør, hvor vigtig den sociale praksis er for udviklingen af kulturel sundhedskapital, der opdyrkes via sociale praksisser og efterfølgende indlejres i habitus. I fællesskab, er deltagerne begyndt at tage andet træningstøj på. Informant C opfatter dette, som noget, der kommer inde fra deltagerne selv, men det kan også ses, som at informanterne påvirker hinanden, og er begyndt at tage dem selv seriøst som ’sådan nogle typer, der træner’. Når informanterne begynder at mime den stil som fitnesscentre udstikker, er det åbenlyst at de er influeret af, hvad fitnesscentre definerer som fx det rigtige træningstøj. Men med et subfelt som MAMAMOVE til at øve sig i at gå til træning, bliver der også et rum for at deltagerne kan prøve nogle andre ting af – fx om de er sådan nogle der kan ’tillade sig’ at tage det rigtige fitnessstøj på, og den rigtige drikkedunk med, som spejler den stil, som mennesker med let adgang til fitnesscentre har. Observationen viser, at informanterne over tid har fået flere dispositioner at råde over, fordi de nu også opfatter dem selv som nogle, der har brug for, og har adgang til at tage det rigtige fitnessstøj på. Hvor det måske tidligere har følt unaturligt at tage stramme bukser på, tropper næsten alle deltagere nu op i tights indenunder hijabben. Disse fysiske erfaringer med nyt tøj, der giver adgang til at bevæge sig på nye måder, indlejrer sig i kroppen, som en ændring af habitus, og bliver med

tiden mere naturlig og ubevidst for informanterne. Den ægte succes er, at de selv oplever sig som værdige aktører, der har adgang til det rigtige tøj, der gør det lettest for dem at bevæge sig. Der er ingen tvivl om, at det objektivt set gør det meget nemmere for deltagerne at bevæge sig, når de har mere tætsiddende tøj på. Samtidig er det en observation og analyse, jeg (jævnfør min metodiske udfordringer), skal forholde mig særligt kritisk til. Som 'myre' på gulvet, er der en fare for at jeg i min rolle som ørn, er for positiv indstillet overfor hvilken betydning det har, at deltagerne tager træningstøj på. Eksemplet er alligevel medtaget, da det ikke er min egen observation, men informant C, der har gjort mig opmærksom på dette i interviewet. Selvfølgelig kan man her rejse en kritik af en besnærende kapitalisme, der tvinger deltagerne til at investere i noget specifikt tøj, men man kan også se det at tage tætsiddende og praktisk tøj på når de træner, som frigørende og styrkende, fordi det viser at deltagerne tager sig selv seriøst, og rent praktisk får nemmere ved at bevæge sig, fordi tøjet er designet til dette. Især når det sker i et lukket og trygt rum, hvor det ikke lader til at informanterne føler et usundt pres blandt hinanden for at skulle præstere på en bestemt måde.

Delkonklusion (Socialt fællesskab, anerkendelse og habitus)

Ved at deltage i træning hos MAMAMOVE, får informanterne et subfelt, hvor de har mulighed for at opdyrke deres sociale kapital. Det kommer til udtryk ved, at de bliver en del af hinandens netværk, hvor der kan ske en udveksling af erfaringer og tjenester. Samtidig kan de spejle sig i hinanden og deres fælles livsvilkår, og får dermed en slags bekræftelse af den livssituation de står i. Ved at træne opnår informanterne anerkendelse i hjemmet fra deres børn (emotionel anerkendelse), og hos MAMAMOVE (social og retslig anerkendelse). Når informanterne bliver mødt anerkendende for deres træning, bliver de opfattet som velansete aktører i sundhedsfeltet, fordi de højner deres sundhedskapital. De fysiske øvelser og nye måder at være i kroppen på ændrer sundhedskapitalen, som lagrer sig med tiden i kroppen som ændringer i habitus, der gør at de får flere dispositioner at handle ud fra.

Konklusion på analysen

Analysen optegner konturerne af et såkaldt sundhedsfelt, hvor der hersker en stærk doxa om sundhed som en naturlig og objektiv sand værdi. I feltet anskues træning positivt, men analysen viser, at adgangen til den rigtige måde at gøre sundhed på (primært fitnesscentre), ikke er tilgængelig for informanterne. Økonomisk og kulturel sundhedskapital er de afgørende kapitalformer, der bestemmer om aktører i feltet (her informanterne) får adgang til de dominerende sundhedsarenaer som fitnesscentrene. Informanter besidder ikke nok af de to kapitalformer til at få adgang til denne specifikke arena, hvilket fører til at de ekskluderes fra at tage del i disse sundhedsfremmende aktiviteter. Samtidig kan det pres for at leve op til snævre sundhedsideal, der udstikkes af fitnesskulturen, føre til en slags indre pligtfølelse og skam, hvor informanterne bebrejder dem selv for ikke at tage del i fitnesskulturen – på trods af de barrierer, der påvises i analysen, som rent praktisk ekskluderer dem. Således blotlægges strukturelle uligheder i sundhedsfeltet, der produceres og reproducere synlige mekanismer (økonomisk og til dels kulturel sundhedskapital) og de mere usynlige mekanismer (kulturel sundhedskapital og symbolsk vold).

MAMAMOVE er også en aktør i sundhedsfeltet, som på linje med andre aktører har en sundhedsfremmende dagsorden, men som tilbyder et alternativt rum til at gøre sundhed på. MAMAMOVE bliver et subfelt, hvor informanterne kan opbygge sundhedskapital på deres egne præmisser, og hvor der kommer til at eksistere nogle alternative og mere inkluderende sandheder om sundhed og træning. Analysen viste, hvordan man som social indsats kan sætte gang i en positiv spiral, hvis man aktivt arbejder relationelt med at styrke sundhedskapital hos en udsat gruppe. Analysen viste også, at det sociale arbejde kan skabe alternative sundhedsindsatser, der kan yde en form for modmagt mod snævre idealer for sundhed og dekonstruere nogle af de herskende sandheder om, hvem der kan få adgang til sundhedsfremmende aktiviteter.

MAMAMOVE bliver også et rum, hvor deltageren kan opbygge social kapital via fællesskabet. Her opbygger deltagerne netværk og relationer, som styrker dem socialt og giver dem adgang til nye ressourcer. I MAMAMOVE bliver de mødt med social og retslig anerkendelse, da de bliver mødt som mennesker med unikke bidrag til fællesskabet og som ligeværdige. Det kan modvirke den marginalisering og stigmatisering, informanterne bliver mødt med i andre af samfundets institutioner. En afledt effekt af at informanterne træner er, at de får anerkendelse for dette af deres

børn, som bidrager til at den emotionelle anerkendelse. Den samlede sum af anerkendelse gør, at informanterne går ud i verden med en rankere ryg, og bruger noget af den opbyggede positive identitet i andre arenaer af deres liv.

Diskussion

Kritik af den dominerende sundheds- og fitnessdiskurs - det sociale arbejdes dilemma og ansvar

I analysen har jeg forsøgt at blottlægge de herskende sandheder og dominante aktører i sundhedsfeltet, og samtidig vist, at der i sundhedsfeltet hersker et snævert sundhedsideal, som er både ekskluderende og skadeligt. Det vil jeg udfolde med følgende diskussion, og forsøge at rejse nogle af dilemmaer der træder frem.

Der er omfattende empirisk materiale tilgængeligt, der dokumenterer, hvordan snævre skønhedsideal og fitnesskultur er skadeligt og kan lede til kropshad, kropsskam og decideret skadelig adfærd som spiseforstyrrelser (Gjestvang, et al., 2024, Freire et al., 2020). Der er også empiri tilgængeligt, der peger på, at de dominerende fitnessdiskurser producerer nogle større, sundhedsdiskurser, der bliver dominerende i samfundet (Andreasson & Johansson, 2014). Der peges på en diskurs, der foreskriver en individualiseret tilgang til sundhed, hvor det er individet der bærer ansvaret for at opnå sundhed, gennem kropskontrol og selvdisciplin (Preston, L., 2019). Forfatter, forsker og debattør Svend Brinkmann beskriver det som en selvoptimeringskultur, hvor mennesker aktivt forsøger at forbedre og optimere sig på forskellige områder af livet med et stærkt fokus på målet at bruge sine ressourcer anderledes. I bogen 'Stå Fast' er Brinkmann kritisk overfor en individualiseret selvoptimeringskultur, der ifølge ham har den effekt, at fællesskabet mister betydning, fordi fokus udelukkende er på individets egne præstationer (Brinkmann, 2014).

Dette ansvar for egen sundhed, afspejles også i empirien, hvor informanterne var meget fokuserede på, at de skulle komme i bedre form, spise godt og gøre noget godt for dem selv. Der var ingen af informanterne, der satte spørgsmålstejn ved om det overhovedet var deres ansvar, tværtimod var de meget bevidste om, at det skulle de selv klare. Man kan selvfølgelig argumentere for, at det er positivt at informanterne har fokus på deres egen sundhed, men samtidig er det vigtigt at slå fast, at der er meget stærkere kræfter på spil end det enkelte individs evner til at optimere sig selv, når det kommer til at opnå sundhed. Indenfor ulighed i sundhed, taler man om sociale determinanter, som udslagsgivende for ens sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2023). Sociale determinanter er fx uddannelsesmæssige, økonomiske, kulturelle, sociale og boligmæssige ressourcer, og der er en

dokumenteret sammenhæng mellem de sociale determinanter og ens sundhed (ibid). Hvem man er født af og ikke mindst i hvilket land man er født, har altså langt større indflydelse på ens sundhed, end ens viljestyrke og motivation til at være sund. De allervigtigste valg for ens sundhed tager man ikke selv, og man kan ikke selvoptimere sig ud af ens ophav og væk fra ens sociale determinanter. Man kan frygte, at en ensidig selvoptimeringskultur med et stærkt individfokus slører blikket for de store, og langt mere åbenlyse, strukturelle og veldokumenterede årsager til, hvorfor visse grupper har langt dårligere sundhed end andre.

Graver man et teoretisk spadestik dybere, trækker selvoptimeringskultur tråde til det som blandt andre Preston, L. (2019) beskriver som en individualisering af sundhed, som er båret frem af neoliberale ideologier. Det medfører en forventning til, at individet skal klare sig selv via kropskontrol og selvdisciplin, og ansvaret for ens sundhed lægges over på den enkelte (Preston, L., 2019). I en artikel om neoliberalisme og sundhed, beskrives at en neoliberalistisk tænkning bygger på individualisme, privatisering, markedstænkning og decentralisering (McGregor, S., 2001). McGregor belyser sundhed gennem en neoliberalisme-prisme, og beskriver, at sundhed i denne tænkning opfattes som en privat vare og ikke en universel rettighed. Sundhed er noget, som den enkelte borger i stigende grad selv er ansvarlig for og ikke et anliggende for staten (ibid). En tilsvarende analyse ses i bogen 'Ulighedens drejebog'. Her beskrives, at der er sket et skifte, hvor socialstaten er blevet udskiftet med det, som de betegner den neoliberale stat. Forfatterne peger på, at staten har trukket sig tilbage, og individet er blevet 'sat fri' til at klare sig selv (Sodemann & Larsen, 2024). Det betyder, at der opstår et frit rum, hvor der er plads til nye udbydere af sundhedsarenaer, som styres af neoliberale markeds kræfter – fx fitnesscentre. Der er helt sikkert visse borgere, der drager fordel af dette, især ressourcerstærke mennesker, der har nem adgang og høje kapitaler i det, som med dette ekstra lag, kan betegnes som et neoliberalt sundhedsfelt. Men denne frigørelse betyder, at ansvaret for egen sundhed lægges over på individet, og som dette speciale har sat fokus på, er det ikke alle, der har de samme forudsætninger for sundhed. Analysen har vist, at det frie valg til 'bare' at gå ud og være sund, hverken er specielt nemt, da det ikke er tilgængeligt for alle, og ikke særligt frit, fordi det kommer med krav og forventninger.

I arbejdet med dette speciale og ikke mindst i opstarten af et sundhedsinitiativ til MAMAMOVE, har det med baggrund i ovenstående refleksioner om sundhedsideal, selvoptimeringskultur og neoliberale strømninger været en vigtig refleksion, hvordan man undgår at være medskabere af en

usund fitnesskultur, og dermed presse nogle snævre og usunde sundhedsidealiser ned over en i forvejen udsat gruppe. Det rejser nogle dilemmaer i det sociale arbejde. Skal det sociale arbejde overhovedet inkludere træning?

Det er bestemt på sin plads med en kritik af en sundheds- og fitnesskultur, der skaber negative følelser som utilstrækkelighed og kropshad. Samtidig må man også erkende to ting:

1. Ulighed i sundhed er en kendsgerning, som især rammer socialt udsatte grupper
2. Motion og bevægelse har sundhedsfremmende effekter

På trods af de mange ubehagelige følgevirkninger fitnesskulturen kommer med, er det vigtigt at holde fast i at motion er sundhedsfremmende, og har potentiale til at gøre en kæmpe sundhedsmæssig forskel for de grupper, der har allermindst adgang til den. Og her vil jeg påstå, at det sociale arbejde har en pligt til at *reclame* motion, insistere på at gøre det langt bredere end bare fitnesscentre og gøre det tilgængeligt for alle samfundsgrupper uanset social baggrund. Ganske enkelt som en metode til at arbejde målrettet mod at udligne ulighed i sundhed og modvirke social marginalisering. Jeg vil nu eksemplificere hvordan:

Vender vi blikket mod deltagerne i MAMAMOVE, så står samtlige af deltagerne udenfor arbejdsmarkedet, og døjer med både fysiske og psykiske problemer. Flere af informanterne har åbnet op om traumatiske oplevelser med flugt fra krig og tab af familiemedlemmer. Ydermere beskriver flere, at de oplever social isolation i Danmark og føler sig alene med mange ting. Jeg vil nu komme med nogle eksempler der viser, hvorfor træning i sig selv kan være en effektiv metode, der måske traditionelt set ikke har haft særlig høj status i det sociale arbejde. Her er et eksempel fra virkeligheden som viser, hvordan det at arbejde med konkrete sundhedsproblematikker kan være en indgang til at modvirke klassiske problemstillinger i det sociale arbejde, som social marginalisering og ulighed.

En af informanterne har fortalt mig, at efter hun var begyndt til MAMAMOVE, har hun fået en bedre kontrol over sin blærefunktion. Fordi hun ikke taler et formfuldendt dansk, var det med fagter og drypvise ord, hun delte denne historie, men essensen er, at førhen havde hun en oplevelse af, at lige pludselig skulle tisse og ikke kunne holde sig. Nu fortalte hun, at hun ikke længere styrtede ud

på toilettet og skubbede børnene til side, men tværtimod kunne holde sig og ikke var så begrænset længere af at skulle på toilettet lige pludselig. Det kan betyde, at hun har bedre mulighed for at bevæge sig ud i det offentlige rum, hvor toiletter ikke altid er tilgængeligt. Som de andre informanter fortæller hun, at det især er hendes store børn, der har lagt mærke til denne ændring, og de roser hende og er glade på hendes vegne (informanten har givet samtykke til at jeg må anvende dette specifikke eksempel).

Urininkontinens er ikke en unormal tilstand, og optræder hyppigt hos kvinder der har født. Her er det værd at huske at samtlige af informanterne har født mellem tre-syv børn. Jo flere fødsler, jo større risiko for bækkenbundsproblematikker. En af behandlingsmetoderne til lettere tilfælde er bækkenbundstræning (sundhed.dk, n.d.). Fordi bækkenbundsproblematikker er udbredt blandt alle slags kvinder, har vi hos MAMAMOVE et specifikt fokus på genoptræning af bækkenbundsmuskulaturen. Det lader til, at informanten har fået gavn af dette fokus. Hun har med minimal indsats fået bedre styr på et ret invaliderende problem. Hvis man ikke ved, hvornår man skal tisse, og ikke har kontrol over det, sætter nogle begrænsninger på ens liv. Det kan måske endda være svært at deltage i samfundets andre arenaer, og medfører isolation i hjemmet. Med den viden i baghovedet, er det svært ikke at have sådan en problematik med i sine overvejelser, når man i det sociale arbejde forsøger at sætte ind med indsatser overfor denne her målgruppe, der skal højne samfundsdeltagelse og modvirke isolation. Det at få styr på en invaliderende bækkenbundsproblematik, kan være det der gør, at en person som informanten, bedre ville kunne lykkes i en virksomhedspraktik eller andre beskæftigelsesrettede indsatser. Ultimativt gøder det jorden for at informanten får mulighed for at blive et deltagende og inkluderet individ i samfundets sociale arenaer. Eksemplet viser tydeligt, hvordan sundhedskapital kan se ud, og hvordan det kan påvirke andre former for kapital. Når man aktivt opbygger sundhedskapital, er det altså ikke kun noget, der har værdi i et hermetisk lukket rum. Tværtimod breder det sig langt udover den gymnastiksal, hvor den konkrete opbyggelse af sundhedskapital sker, og fører til en kultivering og opdyrkning af andre former for kapital.

Eksemplet viser, at der er plads til et fokus på sundhed i det sociale arbejde, og man kan spørge om det sociale arbejde skal gøre endnu mere for at imødekomme dette. Hvor mere konkrete sundhedsproblematikker traditionelt set har været et område for sundhedsvæsenet, er vi nødt til at erkende at de udsatte grupper som er målgruppen for det sociale arbejde, statistisk set får mindre

eller utilstrækkelig behandling i sundhedsvæsenet (Sodemann & Larsen, 2024). Man kan overveje, om sundhed skal have et endnu større fokus i det sociale arbejde, og om vi bør forholde os kritiske overfor silotænkning, der befordre en faglig opdeling af et menneskes problemer. Kroppen er konstant, og når kroppen er syg eller i smerter, må man formode, at det spiller ind på alle områder af et menneskes liv. Dette speciale peger i retning af at der ligger et potentiale i det sociale arbejde, hvor arbejdet med kroppen kan være en måde at arbejde aktivt mod mere lighed i sundhed og mere social retfærdighed. En måde at nedbryde silotænkning, kan være en mere tværgående og helhedsorienteret tilgang, hvor et sundhedsperspektiv integreres dybere i det sociale arbejde – fx ved at lave sundhedsfremmende indsatser i boligsocialt regi, gerne med en tværprofessionel tilgang. Det sociale arbejde kan udfylde en vigtig plads ved at understøtte de grupper, der ikke lever op til kravene om at tage ansvar for egen sundhed, eller som oplever at blive ekskluderet fra at deltage i sundhedsfremmende aktiviteter. At arbejde for bedre sundhed for udsatte grupper, kan blive en måde at arbejde mod mere social retfærdighed. Selvfølgelig parallelt med en kritisk tilgang til idealer og selvoptimeringskultur, der indirekte fordrer et individuelt ansvar på et strukturelt problem – nemlig ulighed i sundhed. For når det er den enkeltes ansvar at være sund, så ignoreres de samfundsmæssige strukturer og politiske tiltag, der gør det sværere for visse grupper at opnå sundhed end andre (Sodemann & Larsen, 2024).

Jeg vil nu bevæge mig over i en diskussion af politiske barrierer for at opnå sundhed, og hvorfor man kan argumentere for at den minoritetsetniske kvinde på strukturelt og politisk niveau oplever barrierer, når det kommer til at deltage i sundhedsfremmende aktiviteter. Det vil jeg gøre med udgangspunkt i en artikel publiceret i tidsskriftet Dansk Sociologi, som undersøger den offentlige debat om kønsopdelt svømning via diskursanalyse (Lenneis & Agergaard, 2018). Ydermere refererer jeg til to kvalitative studier, lavet af samme forskere, som i kølvandet på debatten, undersøger, hvorfor muslimske kvinder, vælger at gå til kvindesvømning (Lenneis & Agergaard, 2020, & Lenneis, Agergaard & Evans, 2021). Dette perspektiv er medtaget, fordi det spejler den indsats og den målgruppe som undersøges i dette speciale, og giver et indblik i de mere politiske og strukturelle årsager til barrierer for sundhed, som også gør sig gældende i arbejdet med sundhed og målgruppen.

Hvor eksklusionen fra fitnesscentrene er delvist usynlig, er der et mere synligt eksempel på, hvordan man politisk ekskluderer visse udsatte grupper for at deltage i sundhedsfremmende tilbud,

fordi de skal passe ind under nogle snævre rammer. I artiklen af Lenneis og Agergaard (2018), analyseres debatten om kønsopdelte svømning, der efter flere års debat ledte til et politisk påbud mod kønsopdelt svømning i Aarhus kommunes svømmehaller. Konkret betød det, at der blev udstedt et politisk forbud mod et kvindesvømmehold (af tre timers varighed ugentligt) i Gellerupbadet (Lenneis & Agergaard, 2018). Forbuddet blev vedtaget, fordi man mente, at svømmeholdet var udansk. De politiske argumenter handlede om at dæmme op for parallelsamfund, social kontrol, og en frygt for at miste det danske frisind (ibid). Forskerne interviewede kvinderne, der gjorde brug af tilbuddet, som beskrev, at de oplevede forbuddet som et indgreb i deres autonomi, og var kede af at blive frataget et rum, hvor de fik nye færdigheder og oplevede velvære og glæde (Lenneis, Agergaard & Evans, 2021). Forfatterne peger på den muslimske kvindekrop som en kampplads i det politiske landskab, og betoner, hvordan en politisering af den muslimske kvindekrop, har stor påvirkning på de konkrete kvinders hverdagsliv, og begrænsende for deres muligheder i det offentlige rum og i deres deltagelse i sundhedsfremmende, fysiske aktiviteter (Lenneis & Agergaard, 2018). Inddrager vi igen den statslige frisættelse af sundhed (Sodemann & Larsen, 2024), bliver det tydeligt, at denne frihed til sundhed primært henvender sig til majoritetsdanskeren, der gør sundhed på den rigtige (doxiske) måde. Politiske beslutninger kan ekskludere bestemte grupper fra at deltage i sundhed, fordi andre politiske dagsordner vægter højere. Den analyse artiklerne præsenterer (Lenneis & Agergaard, 2018, 2020, 2021) er relevante for den indsats og den målgruppe, der er omdrejningspunktet for dette speciale, og er et vigtigt perspektiv at medtage i udformningen af sundhedsfremmende indsatser skræddersyet til denne specifikke målgruppe. Med dette speciale italesættes gevinsterne, både på individ og samfundsniveau ved at lave sundhedsindsatser specifikt til udsatte, minoritetsetniske kvinder. Man fristes til at tro, at det er ukontroversielt og noget alle kan være enige om at vi bør fokusere på. Men vi er nødt til at være bevidste om, at der kan være andre problemopfattelser på spil, som spiller ind på mulighederne og viljen til at prioritere sundhed til denne målgruppe. Sodemann og Larsen peger på en vigtig pointe, nemlig at ulighed i sundhed ikke er en naturlov, tværtimod er det noget, vi som samfund mere eller mindre bevidst vælger, gennem den måde vi strukturer vores samfund på (Sodemann & Larsen, 2024). Der er altså ikke nogen særlig biologisk forklaring på at visse minoriteter scorer lavere på stort set alle sundhedsparametre. Det betyder også, at hvis vi virkelig vil, kan vi godt ændre de strukturer de fastholder visse grupper i sårbare positioner. I det konkrete tilfælde med kønsopdelt svømning, tyder det på, at en symbolsk kamp for at bevare 'danskhed' i svømmehallerne, vejede tungere end at bevare en sundhedsfremmende aktivitet for

minoritetsetniske kvinder. I det sociale arbejdes genstandsfelt er der et stærkt fokus på dekonstruktionen af såkaldte sandheder om samfundsproblemer, og vi er vant til kritiske teorier, om hvem der bliver stemplet som problembærere og hvilke fænomener der udpeges som problemer, (Spector & Kitsuse, 1973). Det er vigtigt, og en kernekompetence i det sociale arbejde, og det er netop den, vi skal bruge til at få øje på, hvordan politiske strukturer kan skabe social uretfærdighed. Man kan spørge sig selv om det sociale arbejde her har et ansvar for at skabe andre rum, der kompenserer for den udelukkelse fra deltagelse, som de politiske beslutninger skaber. Ikke fordi vi skal være politiske, men fordi vi skal gå ind og understøtte det menneske, som betaler prisen for en større, symbolsk politisk debat – nemlig den udsatte, minoritetsetniske kvinde, hvis krop bliver politiseret. En krop der står tilbage som taber, og hvis sundhed nedprioriteres i det større politiske spil om integration og danskhed.

Ovenstående viser, at kroppen er ikke neutral eller usynlig. Visse kroppe bliver diskrimineret og udelukket fra sundhedsfremmende aktiviteter – både pga. de neoliberale strømninger, hvor dem der ikke imødekommer kravene overlades til dem selv, og de politiske vinde, der diskriminerer og udelukker visse kroppe, og favoriserer andre. Disse kroppe bliver efterladt i et vakuum, hvis vi i det sociale arbejde bruger vores teorier til at kritisere normer, idealer og problemforståelser, men glemmer at tilbyde et alternativt rum, der virkelig ser og anerkender kroppens plads i et menneskes liv.

Det sociale arbejde bør tage ansvar for at medvirke til en dekonstruktion af snævre krops- og sundhedsidealiser, der udelukker udsatte mennesker for at opbygge sunde kroppe – samtidig med at integrere et større fokus på sundhed, og tilbyde nogle konkrete rammer for udsatte grupper, hvor de kan blive støttet og hjulpet til at opdyrke sundhedskapital på deres egen præmisser. Mange faggrupper kan iværksætte sundhedsindsatser, men det er nødvendigt, at det sociale arbejde går ind og tager *ansvar* for det her – netop fordi vi har en unik forståelse af dekonstruktionen af idealer og problemforståelser, som kan fungere som et modsvar til den social marginalisering de politiske beslutninger kommer med.

Konklusion på specialet og besvarelse af problemformuleringen:

Hvordan kan et fokus på at opbygge sundhedskapital hos mennesker bidrage til at løse sociale problemer og ulighed gennem socialt arbejde?

Jeg har med dette speciale undersøgt, hvordan kulturel sundhedskapital ser ud, og hvordan den relaterer sig til andre kapitalformer. Jeg har bygget mit casestudie op om den sociale indsats MAMAMOVE, og igennem denne prisme jeg har undersøgt problemfeltet.

Med teori fra Bourdieu (1997) viste analysen, at informanterne er aktører i sundhedsfeltet, hvor der hersker en doxa om at sundhed er bestræbelsesværdig, og skal opnås på en specifik måde, som doxaen tilskriver den. En analyse af feltets kapitalformer viste, at økonomisk, og kulturel sundhedskapital (Shim, 2017) var vigtige at være i besiddelse af, for at få adgang til centrale sundhedsarenaer som fitnesscentrene. Informanterne besad ikke økonomisk og kulturel sundhedskapital, og oplevede en subtil eksklusion fra fitnesscentrene. De snævre idealer, der dominerer sundhedsfeltet eksisterede også internaliseret i informanterne, som forsøgte at efterleve dem. Det kan tolkes som et udtryk for symbolsk vold, hvor informanterne både oplever et ydre og et indre pres for at performe som doxaen tilskriver det (Mik-Meyer, N, & Villadsen A., 2007). Analysen viste, at man i det sociale arbejde kan skabe et rum, hvor målgruppen kan opbygge kulturel sundhedskapital og sundhedskapital på deres egne præmisser, fordi træningsdoxaen afkodes og bliver gjort tilgængelig. I dette rum opstod et fællesskab, der medførte, at deltagerne kultiverede andre kapitalformer, som social kapital. De oplevede også, at denne opdyrkelse af kulturel sundhedskapital, sundhedskapital og social kapital medførte social anerkendelse. Et fokus på at højne sundhedskapital, har samlet set en afsmittende positiv effekt på:

1. *Andre kapitalformer.* Analysen viste, at kapitaler hænger snævert sammen og er forbundet med hinanden. Kapitalformer eksisterer ikke i deres egne lukkede siloer, men skal forstås intersektionelt. Opdyrkes sundhedskapital, kan det sætte gang i en dominoeffekt, som akkumulerer andre kapitalformer. Specialet har vist, at man med en lavtærskel intervention som et motionstilbud til udsatte kvinder, kan starte denne positive spiral. Specialet argumenterer for, at opdyrkning af sundhedskapital påvirker andre kapitalformer, som samlet set kan være medvirkende til at løse sociale problemer, udligne ulighed og skabe

social retfærdighed hos udsatte kvinder, der bor i et boligsocialt område.

2. *På andre felter og habitus.* Arbejdet med kroppen giver informanterne nye kropslige erfaringer, der gør at de får nye måder deres kroppe kan bære sig på, og opleve verden igennem. Ændringerne i habitus gør, at informanterne får flere dispositioner i sundhedsfeltet og i andre felter. Informanterne tager deres forhøjede kapitaler og ændringer i habitus med ud i andre felter og samfundsarenaer, og sætter dem i spil her.
3. *Anerkendelse.* En kultivering af sundhedskapital havde en positiv afsmitning på den oplevede anerkendelse. Den sundhedskapital som informanterne opdyrkede, blev et slags medium hvorigennem deltagerne blev set og anerkendt af omgivelserne. Med Honneth blev det klart at anerkendelse er essentielt, da anerkendelse en forudsætning for informanternes identitet, deres værd og deres handlekraft, deltagelse og bidrag til samfundets sociale arenaer (Honneth, 2007). Den sociale anerkendelse bedrer mulighederne for informanternes deltagelse i samfundets sociale arenaer.

I arbejdet med dette speciale er et vigtigt fund, at træning til en udsat gruppe ikke bare er flødeskum og langt nede på prioriteringslisten efter job, sprog, bolig, osv. Med træning som omdrejningspunktet i en social indsats har vi ikke blot skabt et rum, hvor vi bruger træning som en indgang til efterfølgende at lave socialt (*snakke*)arbejde, nej træningen i sig selv *er* det sociale arbejde. Et sundhedsfokus i det sociale arbejde, kan således blive en løftestang for et bredere arbejde med ulighed i sundhed, social marginalisering, fællesskab og samfundsdeltagelse. Ved at lave en social indsats, hvis omdrejningspunkt er det kropslige, kan man få fat i en målgruppe, som ellers er svær at mobilisere og som står udenfor samfundets fællesskabende arenaer og sundhedsfremmende aktiviteter. Specialet viser, at træning ikke bare er motion, det er anerkendelse, lindring af smerter, opbygningen af sociale fællesskaber, og en formindskelse af social marginalisering.

Med dette speciale sættes fokus på, at der er et potentiale i at arbejde målrettet med sundhedskapital, integrere et dybere sundhedsperspektiv, og anvende træning som en del af en socialfaglig metode. En socialfaglig metode, der er fri for navlepillende individualiseringskultur som selvoptimering ellers foreskriver (Brinkmann, 2014). En socialfaglig metode, der er fri for selvdisciplinering og *luk munden og let røven*-mentalitet, men som er inkluderende og som ægte

tilbyder nogle rammer, hvor sundhed kan få lov til at udfoldes og blomstre. Sundhedsfremme handler ikke blot om fitnesscentre, biomarkører og hvide kitler. Sundhedsfremme handler om at skabe inkluderende rum, alternative veje til sundhed, rum for anerkendelse og sociale fællesskaber. Derfor er ulighed i sundhed i særdeleshed et problem, der skal ikke blot løses indenfor sundhedssektoren og på mikroniveau med et stramt individfokus, men også ud fra et solidt fundament, bestående af socialfaglige teorier og socialfaglige metoder, der på makroniveau kan pege på de strukturer, der omgiver feltet. Specialet argumenterer for, at et fokus på opdyrkning af sundhedskapital som omdrejningspunkt i sociale indsatser, har et potentiale til at medvirke til at løse store sociale udfordringer, som ulighed i sundhed og social marginalisering, som ultimativt kan skabe mere social retfærdighed for udsatte grupper.

Litteraturliste

Bøger

1. Aamann, I. C., & Bruus, A. (2022). Klassebaseret ulighed i et mikrosociologisk perspektiv. I J. H. Enevoldson & S. P. Jones (Red.), *Social ulighed og socialt arbejde*. Forfatterne og Samfundslitteraturen.
2. Boltanski, L. (2011). *Pragmatisk sociologi: En tekstsamling* (P. F. Bundgaard, Trans.; L. Held, Red.). Hans Reitzels Forlag.
3. Brinkmann, S. (2014). *Stå fast: Et opgør med tidens udviklingstvang*. Gyldendal.
4. Bourdieu, P. (1997). *Den praktiske sans* (H. Jørgensen, Trans.). Akademisk Forlag.
5. Ejrnæs, M., & Guldager, J. (2008). *Helhedssyn og forklaring*. Akademisk Forlag.
6. Fraser, N. (1999). Social justice in the age of identity politics: Redistribution, recognition and participation. I G. Henderson & M. Waterstone (Red.), *Geographical Thought: A praxis perspective*.
7. Fraser, N., & Honneth, A. (2003). *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange* (J. Golb, J. Ingram, & C. Wilke, Trans.).
8. Honneth, A. (2006). *Kamp om anerkendelse: Sociale konflikters moralske grammatik* (A. Jørgensen, Trans.). Hans Reitzels Forlag. (Originalt publiceret 1992)
9. Juul, S., & Bransholm Pedersen, K. (Red.). (2012). *Samfundvidenskabernes videnskabsteori. En indføring* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.

10. Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
11. Larsen, K. (2021). *Sundhedskapital* (1. udg.). Forfatterne og Samfundslitteraturen.
12. Larsen, K., & Sodemann, M. (2024). *Ulighedens drejebog* (1. udg.). Forfatterne og Samfundslitteraturen.
13. Mik-Meyer, N., & Villadsen, A. (2007). *Magtens former* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
14. Nielsen, J. C. R., & Repstad, P. (2006). Når mauren også skal være ørn: Om å analysere sin egen organisasjon. I F. Nyeng & G. Wennes (Red.), *Tall, tolkning og tvil* (s. 245–279). Cappelen Damm Akademisk.
15. Olesen, S. P., & Monrad, M. (2018). *Forskningsmetode i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag.
16. Prieur, A., & Sestoft, C. (Red.). (2006). *Pierre Bourdieu: En introduktion* (1. udg.). Hans Reitzels Forlag.
17. Pringle, K. (2008). Intersektionalitet i socialt arbejde. I M. H. Jacobsen & K. Pringle (Red.), *At forstå det sociale – sociologi og socialt arbejde* (s. 108–124). Akademisk Forlag.
18. Rasborg, K. (2013). Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I K. Rasborg, L. Fuglsang & P. B. Olsen (Red.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne: På tværs af fagkulturer og paradigmer* (3. udg., s. 403–438). Samfundslitteratur.
19. Vedsted, P. (2017). Social ulighed i multisygdom. I A. Frølich, F. Olesen & I. Kristensen (Red.), *Hvidbog om multisygdom: Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng* (s. 35–42). Sundhedsstyrelsen.

20. Wilken, L. (2012). *Bourdieu for begyndere*. Samfundslitteratur.

Artikler

1. Bell, D., Rahman, S., & Rochon, R. (2023). (Trans)forming fitness: Intersectionality as a framework for resistance and collective action. *Frontiers in Sports and Active Living*, 5, 944782. <https://doi.org/10.3389/fspor.2023.944782>
2. Freire, G. L. M., da Silva Paulo, J. R., da Silva, A. A., Batista, R. P. R., Alves, J. F. N., & do Nascimento Junior, J. R. A. (2020). Body dissatisfaction, addiction to exercise and risk behaviour for eating disorders among exercise practitioners. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00300-9>
3. Gjestvang, C., Mathisen, T. F., Bratland-Sanda, S., & Haakstad, L. A. H. (2024). The risk of disordered eating in fitness club members—A cross-sectional study. *Sports*, 12(12), 343. <https://doi.org/10.3390/sports12120343>
4. Hussein, U., & Cunningham, G. B. (2023). Physical activity among Muslim women: The roles of religious identity, health consciousness and Muslim population density. *Cogent Social Sciences*, 9(2). <https://doi.org/10.1080/23311886.2023.2244839>
5. Johannesson, T., & Andreasson, J. (2014). The fitness revolution: Historical transformations in a global gym and fitness culture. *Sport Science Review*, 23(3–4), 91–108. <https://doi.org/10.2478/ssr-2014-0006>

6. Kosma, M., & Buchanan, R. D. (2018). Exercise behavior, facilitators and barriers among socio-economically disadvantaged African American young adults. *International Journal of Kinesiology & Sports Science*, 6(2), 1–9. <https://doi.org/10.7575/aiac.ijkss.v.6n.2p.1>

7. Laar, R. A., Shi, S., & Ashraaf, M. A. (2019). Participation of Pakistani female students in physical activities: Religious, cultural, and socioeconomic factors. *Religions*, 10(11), 617. <https://doi.org/10.3390/rel10110617>

8. Lenneis, V., Agergaard, S., & Evans, A. B. (2020). Women-only swimming as a space of belonging. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 12(5), 703–717. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2020.1844790>

9. Lenneis, V., Evans, A. B., & Agergaard, S. (2021). Swimming as self-care – A Foucauldian analysis of swimming for Danish Muslim women. *International Review for the Sociology of Sport*, 57(3), 401–420. <https://doi.org/10.1177/10126902211016843>

10. McGregor, S. L. T. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82–89. <https://doi.org/10.1046/j.1470-6431.2001.00183.x>

11. Preston, S. L. (2019). Bearing the weight of healthism: A critical discourse analysis of women's health, fitness, and body image in the gym (Ph.d.-afhandling). Arizona State University. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/bearing-weight-healthism-critical-discourse/docview/2228136438/se-2>

12. Razon, S., Powers, S., Pursglove, L., Zupin, D., & Judge, L. W. (2019). Zumba in the postindustrial Midwest: Minority women and access to physical fitness. *The Physical Educator*, 76(3), 813–831. <https://doi.org/10.18666/TPE-2019-V76-I3-8467>
13. Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/0022146509361185>
14. Spector, M., & Kitsuse, I. J. (1973). Social problems: A re-formulation. *Social Problems*, 21(2), 145–159. <https://doi.org/10.2307/799536>

Hjemmesider

1. Damsgaard, C., & Vial, M. (2023). Mad Aktion – Elevmateriale: Verden rundt med kostråd. Madkulturen. https://www.madkulturen.dk/wp-content/uploads/2023/12/04_MadAktion_Elevmateriale_VERDEN_RUNDT_MED_KOST_RAAD.pdf
2. Sundhed.dk. (n.d.). Urinlækage hos kvinder. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/nyrer-og-urinveje/symptomer/urinlaekage-hos-kvinder/>
3. Sundhedsstyrelsen. (2023). Sundhed blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2023/Sundhed-blandt-borgere-med-etnisk-minoritetsbaggrund>