

Pernille Tanggaard Andersen og Annette Aagaard
Thuesen

Sundhed som løftestang for inklusion, kapacitet, trivsel og udvikling i lokalsamfundet

Artiklen undersøger, hvordan lokalsamfund skaber grobund for fællesskab og aktiv deltagelse, hvorigennem sundhed og trivsel bliver et centralt omdrejningspunkt. Diskussionerne i artiklen beskæftiger sig med forskellige former for deltagelsesforståelser og perspektiver på governance, og med hvilke positioneringer omkring lokalsamfund, empowerment, medborgerskab og sundhed, der kommer til udtryk og præger måden at deltage, udøve sundhedspraksis i hverdagslivet og gøre lokalsamfund på i tre landsbyer. Artiklen tager sit afsæt i mangel på studier, der viser, om lokalsamfundsdeltagelse kan og i givet fald hvordan det kan påvirke udførelse af sundheds- og velfærds-services – og det endda når initiativet udgår fra lokalsamfundet. Artiklen giver ny viden om lokalsamfundet som arena for kapacitet, trivsel og inklusion.

Søgeord:

Introduktion

Sundhed står højt på dagsordenen, både politisk og hos mange borgere. Lokalsamfundet og nærmiljøet udstikker rammer for områdets beboere, og det spiller ind på borgernes sundhed og trivsel (Andersen & Petersen, 2012). Lokalsamfundet har af denne grund i en årrække dannet udgangspunkt for sundhedsfremmeinitiativer og -aktiviteter, f.eks. via Sund By-netværket, som dog sjældent i Danmark har inddraget landdistrikterne. Da mange sundhedsudfordringer imidlertid er større i landlige lokalsamfund, er det hensigten med denne artikel at afdække, *hvordan stedsforankrede lokalsamfund på landet via fællesskab og aktiv deltagelse kan skabe sundhed og trivsel*. På denne måde kan artiklen bidrage til sundheds- og landdistriktssociologien på en og samme tid og undersøge, hvordan de to felter flettes sammen.

Lokalsamfundet defineres i artiklen som den geografiske enhed sognet, som er »den mindste territorielle enhed, som er rumligt defineret« (Johansen & Nielsen, 2012). Sognet er opstået i relation til kirken, men blev i dansk sammenhæng efterfølgende også centrum for sogneråd, andelsorganisering, foreningsliv og offentlig og privat service (Tanvig et al., 2016). I dag har sognet mange steder kun kirken tilbage som offentlig institution og har på mange måder mistet sin materielle sammenhæng (Jones & Woods, 2013). De mange års fokusering af andelsorganiseringen og lokaldemokratiet på sognet har dog medført, at sognet har overlevet som center for foreningsorganisering og socialt liv (Tanvig et al., 2016), selvom nedlæggelse af offentlig service efter strukturreformen i 2007 har udfordret sognets centerfunktion og opretholdelsen af lokalsamfundenes fællesskaber og forestillede sammenhæng (Jones & Woods, 2013).

Artiklen bygger på en kombination af teori om sted og teori om deltagelse og empowerment, hvor stedet både er et resultat af handlinger og strukturerer handlinger. Det antages, at »det menneskelige rum er relationelt og socialt« (Lefebvre, 1991), og at landlige lokalsamfund er konstruerede imellem lokaliteten, repræsentationen og det levede liv (Halfacree, 2006). Afledt heraf er lokalsamfund ligeledes i forskellig grad præget af produktion og forbrug (Halfacree, 2006; Wilson, 2001).

Undersøgelsens definition af deltagelse bygger på begrebet lokalsamfundskapacitet, som er defineret af Gunn et al. (2015) som »et sæt af dynamiske lokalsamfundstræk, ressourcer og foreningsmæssige mønstre, som kan bringes i spil for opbygning af fællesskab og lokalsamfundsinitiativer«. Gunn et al. sætter fokus på betydningen af lokalsamfunds ressourcer, strukturer, værdisystemer og mekanismer for dialog og deltagelse, samt lederevner. Elementer, som også anses for vigtige i den endogene og neoendogene landdistriktssudviklingstilgang (Gkartzios & Lowe, 2019; Ray, 2006; Shucksmith, 2010). Hvad angår empowerment, bygger undersøgelsen på diskussionerne om empowerment, medborgerskab og governance. Gennem inddragelsen af så forskellige perspektiver forsøger artiklen at omfavne både potentialer



og kritiske overvejelser omkring lokale aktørers indflydelse på processen og organiseringen af sundhedsindsatser på landet – et i dansk sammenhæng forskningsmæssigt tomrum. Gennem udarbejdelsen af landsbyplaner har tre danske landlige lokalsamfund selv inddraget et fokus på sundhed i deres lokale udviklingsarbejde, hvorigennem de søger at opretholde og udvikle deres steder og fællesskaber. Artiklen bygger på kvalitative interview og observationer i disse tre lokalsamfund beliggende i tre forskellige jyske kommuner.

Litteratur om sundhed og deltagelse i landdistrikter

Til trods for korte afstande mellem landdistrikter og byområder viser den danske sundhedsprofil (2018), at borgere i landdistriktsdominerede kommuner har dårligere sundhedsstatus end borgere i bykommuner. Derudover har en undersøgelse af Pilgaard og Rask (2016) vist, at folk i landdistrikter bevæger sig mindre end folk i byerne. I andre lande påpeger undersøgelser ligeledes, at geografi påvirker sundheden (Gatrell & Elliott, 2015), og at store afstande betyder en forværret sundhedsstatus for landdistriktsborgere. I Norge identificerer Flø et al. (2008) f.eks. et behov for at tackle det højere niveau af fedme blandt børn i bygderne i forhold til børn i byerne, og i Canada skriver Mair (2019: 92), at »beboere i landdistrikter i alle livsfaser har en højere risiko for dårligt helbred sammenlignet med deres bymæssige modparter«. Der er således en empirisk identificeret relevans af at undersøge initiativer, der kan medvirke til at forbedre landdistriktsbefolkningens sundhed.

I litteratur om sundhedsindsatser i landdistrikter er der ofte et fokus på betydningen af lokalsamfundsdeltagelse for opnåelse af sundhed. Ikke desto mindre beskæftiger langt hovedparten af litteraturen sig med, hvordan folk udefra kan aktivere og engagere lokalsamfund til at tage del i deres egen sundhedsindsats. Udfordringerne ved en sådan borgerdeltagelse i sundhedsinitiativer er ifølge Kenny et al. (2013), at den herigennem delegerede magt ofte bliver trukket tilbage i konfliktsituationer, samt at det ofte er en person eller gruppe i en professionel lederposition, f.eks. i den lokale myndighed, som sidder inde med den endelige beslutningsmagt. Effekten af indsatserne kan dog ifølge Kenny et al. føre til øget selvbevidsthed, social kapital, udvikling af

nye strategiske færdigheder, mødefaciliteringsevner og lederskab, i stil med Gunn et al.'s indikatorer for lokalsamfundskapacitet.

Kenny et al. (2014) understreger, at der er en mangel på undersøgelser fra landet af governanceprocesser, hvor lokalsamfundsaktører og sundhedsaktører har samarbejdet mere ligeligt. En gennemgang af Sund-By-Netværket i Danmarks hjemmeside vidner også om, at hovedvægten ligger på kommuneinitierede aktiviteter. Ligeledes viser litteraturen, at deltagelse i sig selv bliver regnet for et gode (selvom det også kan føre til deltagelsestræthed), og at der kan være en nytte i at lade nye samarbejder og øget bæredygtighed i kraft af øgede lagre af kapital og styrkede relationer være et mål for lokalsamfundsdeltagelse (Kenny et al., 2014). Grundlæggende konkluderer Kenny et al. (2014) desuden, at deltagelse i sundhedsindsatser er betydelig mere kompleks end Arnsteins (1969) lineære tilgange – hvor deltagelse og indflydelse illustreres ved brug af en stige-metafor – tilsiger. Farmer og Nimegeer (2014) supplerer dette, idet de understreger, at lokalsamfunds modtagelighed for borgerinddragende sundhedsservicetiltag er forskellig, så en ens indsats nogle steder vil føre til innovative modeller, mens den andre steder vil føre til passiv protest. Dette kan kædes sammen med lokalsamfundskapacitetsbegrebet anvendt af Gunn et al. (2015) i deres beskrivelse af lokalsamfunds deltagelsesmuligheder. Gunn et al. skriver således, at lokalsamfund ikke er lige stærke, og at der findes lokalsamfund, som er handlekraftige og proaktive, mens andre lokalsamfund er dårligt organiserede, og nogle ligefrem er reaktive. De skriver, at »'lokalsamfundskapacitet', som en idé, giver en analytisk linse, hvorigennem man kan se den potentielle og faktiske tilbøjelighed for et samfund til at engagere sig i et initiativ ...« (Gunn et al., 2015: 151).

Landsbydeltagelse antages i artiklen at være anderledes end lokalsamfundsdeltagelse i mere urbaniserede områder, hvilket også er udgangspunktet for flere klassiske sociologers land-by-perspektiver. Simmel (1903) beskriver f.eks., at små byer er kendetegnet ved en lavere grad af stimuli, hvor alle kender alle, og man stoler på hinanden. Den tætte interaktion giver sig udtryk ved en lavere frihed for den enkelte og manglende plads til en helt så individuelt betinget livsstil. Den individualiserede livsstil finder man ifølge Simmel i højere grad i byerne, som er karakteriseret ved flere stimuli for den enkelte.¹ Tal fra Land-By-Barometret 2011/12 (Svendsen, 2017) underbygger, at der er tale om mere nære bånd i lokalsamfund på landet end i byen. Det er imidlertid også vigtigt at have for øje, at landlige lokalsamfund som afgrænsede enheder udfordres af dagligdags mobilitet, centralisering, digitalisering og globalisering. Gieling et al. (2018) beskriver således med udgangspunkt i et større kvantitativt datasæt af folks tilknytning til deres landlige lokalsamfund i Holland, at stedstilknytning i stigende grad er blevet valgfri, i takt med at mobiliteten stiger. Forfatterne viser således, at folks generelle tilknytning til deres landlige lokalsamfund er i tilbagegang, mens en mere selektiv tilknyt-

ning til lokalsamfundet er i fremgang, hvilket har betydning for folks deltagelse i lokalsamfundsaktiviteter.

Empowerment i lokalsamfund

Indenfor den sociologiske sundhedslitteratur kobles følelsen af tilknytning, fællesskabsdannelse og udfoldelse af levemuligheder ofte sammen med begrebet empowerment. Rappaport definerer empowerment som »at sætte i stand til at eller give andre evnerne til at opnå kontrol over deres livssituation« (Rappaport, 1987: 122). Denne definition lægger sig tæt op ad definitionen af sundhedsfremme, som er den proces, som gør mennesket i stand til i højere grad af være herre over og forbedre sin sundhedstilstand (Wallerstein 1992; Nutbeam, 1986). Kernen er selvbestemmelse over eget liv, følelse af tilknytning og ejerskab samt muligheden for at yde indflydelse på de strukturer, som udstikker rammebetingelserne for ens hverdagsliv og levevilkår. Empowerment er i dette perspektiv et velegnet redskab til at arbejde med udvikling af sundhedsfremme og trivsel i lokalsamfund (Andersen, 2018).

Indenfor litteraturen tales ofte om empowerment på forskellige niveauer; det individuelle, det organisatoriske og det lokalsamfundsorienterede niveau. Ideelt set er grundtanken bag begrebet, at empowermentprocesser, som følelsen af kontrol over ens liv, kan afføde aktiv deltagelse i fælles indsatser og give beslutningskompetencer i lokalområdet (Wallerstein 1992). Der er således en forståelse af, at empowerment på ét niveau kan smitte af på de andre niveauer.

Analytisk skelnes mellem vertikal empowerment og horisontal empowerment. Vertikal empowerment omhandler styrkelsen af aktørernes magtposition opad i forhold til øvre magtniveauer. Horisontal empowerment omhandler mobilisering og styrkelse af handlingskapaciteten mellem aktørerne på samme niveau (Andersen, 2018).

Indenfor den mere liberalistiske opfattelse handler empowerment om, at individet opnår en større grad af selvstyring og evne til at kunne forfølge egne mål. Her stilles der ikke spørgsmålstejn ved samfundets ulighedsskabende strukturer, men tankegangen er, at empowerment opnås ved belønning og motivering af samfundets borgere (Andersen, 2018). Indenfor den mere solidariske og socialistiske tilgang omhandler empowerment et fokus på dialektikken mellem levevilkår og rettigheder og på forandring af ulighedsskabende strukturer. Her vægtes også evnen til selvstyring og myndiggørelse, men udgangspunktet er primært at ændre på mulighedsstrukturerne gennem regulering af markedskræfterne og velfærdsordninger (Andersen, 2018). I den mere samfundskritiske opfattelse af empowerment er fokus på de strategier og teknikker, der ved hjælp af offentlige og autoriserede sundhedsværdier søges installeret i familiers og enkeltpersoners privatliv. Empowerment-bestræbelser kan i relation hertil ansues som en styringsstrategi, en form for 'governmentality'. Begrebet governmentality dækker over magtudøvelse

som en kombination af dominans- og selvteknologier (Foucault 1980). Ifølge governmentality-perspektivet udspringer disse strategier om empowerment og sundhedsfremme ikke fra staten som et centrum for myndighedsudøvelse, ej heller fra befolkningen som totalitet, men opstår snarere i løst sammensatte netværk af statslige og ikke-statslige aktører (Rose, 2001; Rose & Miller, 1992; Villadsen & Pii, 2012).

Der eksisterer med andre ord forskellige opfattelser af empowerment, fra en proces der kan minimere de professionelles/»systemets« indflydelse på borgerne, og bane vejen for større selvansvar, opbygning af handlekapaciteter og direkte indflydelse på eget liv (Andersen, 2018); til opfattelsen af empowerment som magtudøvelse, hvor man former individer via handlekapaciteter og via adfærdsændringer, f.eks. ved, at man ønsker borgerne skal handle således, at deres sundhed forbedres (Vallgård, 2005). Empowerment eller selve myndiggørelsen kan i den forbindelse ses om en 'medborgerskabsteknologi' og et led i biomagten,² det vil sige, den skal fremme sundheden og livskvaliteten og producere kompetente og integrerede medborgere (Villadsen & Pii, 2012).

Casestudier og metoder

Resultaterne i denne artikel er en del af et flerstrengt case-studium vedrørende gennemførelsen af landsbyplaner indeholdende et sundhedselement i tre landdistriktssogn. Studiet er gennemført i et samarbejde mellem forskningsenheden for Sundhedsfremme og Center for Landdistriktsforskning ved Syddansk Universitet, og det er støttet af midler fra Trafik-, Bygge- og Boligstyrelsen.

Overordnet set er sundhed ikke et tema, som italesættes eksplicit i landsbyplaner, og her adskiller de tre lokalsamfund sig fra andre lokalsamfund. De tre udvalgte lokalsamfund udgør atypiske ekstreme cases (Flyvberg, 2010) gennem deres nyskabende inddragelse af sundhedsfremme i landsbyplaner. De udgjorde de eksempler, vi kunne finde frem til via en grundig gennemgang af oversigter over landsbyplaner på kommunale hjemmesider samt e-mail- og telefonhenvendelser til udvalgte kommunale landdistriktskoordinatorer (dokumenteret i en NVivo memo). Samtidig skal det siges, at de tre casesogne kan karakteriseres som aktive og udviklingsorienterede lokalsamfund, hvilket har betydning for generaliserbarheden af resultaterne. Det betyder, at undersøgelsen ikke direkte kan overføres på, men blot inspirere, lokalsamfund, der ikke arbejder med sundhedsstrategier eller er mere præget af top-down-orienterede elementer i deres landsbyudvikling.

Brookfield (2017: 409) skriver fra en engelsk sammenhæng, at specielt landdistriktssogn er nemme at afgrænse og tilgå, da grænser og platforme allerede eksisterer. Dette har medvirket, at det har været naturligt afgrænset, hvor vi skulle tilgå vores interviewpersoner. Det specifikke ved danske landdistriktssogn er desuden, at centrene i disse, i modsætning til i bysogn, adskil-

les fra hinanden ved et område med åbent land (Johansen & Nielsen, 2012). Case-områderne, som er omdrejningspunktet for denne artikel, lever i forskellig grad op til denne arealmæssige karakteristik samt de tidligere nævnte produktion/forbrug (Halfacre, 2006) og imaginære/materielle distinktioner (Jones & Woods, 2013), hvilket har betydning for den måde, de lokale aktører tilgår deres nærmiljø. Det gælder således, at Skrave er det mest spredte og landbrugsprægede lokalsamfund, beliggende i et landskab præget af produktion. Skrave er præget af stærke historiske traditioner indenfor gymnastikbevægelsen og har stærke traditioner for foreningsdannelse. Gærum er en klarere afgrænset landsby beliggende i et landskab præget af landbrug og fritidsmuligheder i Gærum Bakker. Guldager Kirkeby er på den anden side en meget bynær landsby, som inden for en årrække vil gro sammen med det øvrige Esbjerg, hvilket anses at have betydning for områdets imaginære sammenhæng/fællesskab. I forhold til socio-økonomi er Guldager Kirkeby det rigeste lokalsamfund, og de er udfordret af den tætte beliggenhed til byen, forstået således at landsbyfællesskabet på en måde er truet af anderledes beboersammensætning og risiko for at udvikle sig til en soveby. Det gælder for alle tre lokalsamfund, at de, udover deres arbejde med sundhed i de undersøgte landsbyplaner, har været engageret i andre sundhedsinitiativer tidligere.

Skrave er et sogn (479 indbyggere) bestående af to små lokalsamfund i Vejen Kommune i Region Syddanmark. Området har et aktivt foreningsliv, og der er fokus på fællesskab. Der arrangeres aktiviteter for personer med overvægtigt, handicappede børn, udlændinge ansat i landbruget mv. Skrave har set nye muligheder ved at inddrage sundhed i deres landsbyplan blandt andet begrundet med, at det er et fokuspunkt, som ingen kan tage væk fra dem af strukturelle årsager (i modsætning til for eksempel skolen, som tidligere blev lukket af kommunen). Skrave Lokalråd har selvstændigt udarbejdet landsbyplanen for Skrave, og man er meget fokuserede på, at initiativerne skal vokse fra neden, og fra nogen, der ønsker at se dem blive til noget. Lokalrådet modtager omkring 17.000 kr. fra kommunen hvert år, som sammen med frivilligt arbejde og tilskud fra andre fonde skal støtte gennemførelsen af landsbyplanen. Vejen Kommunes sundhedspolitik findes i en temaplan og er forbundet med kultur-, fritids- og hverdagslivsaktiviteter. Kommunen har et liberalt flertal og fokus er på individets eget ansvar for sundhed.

Gærum (798 indbyggere) er et stærkt foreningsdrevet lokalsamfund i Frederikshavn Kommune i Region Nordjylland. Landsbyplanen i Gærum har tjent som platform for at samle landsbyboernes interesser. Sundhed har været et tema i landsbyen i 10 år før etableringen af landsbyplanen i kraft af en sundhedsgruppe etableret i 2009. I Gærum betragter man sundhed som et positivt begreb at signalere i forhold til at skabe øget bosætning, og fokus ligger på et bredt sundhedskoncept, der forener. Ressourcerne til at gennemføre landsbyplanen er hovedsageligt de lokale kræfter og det lokale engagement suppleret med fondansøgninger og midler fra Frederikshavn Kommunes Di-

striktsråd. Landsbyplanen er blevet lagt lidt i baggrunden efter lanceringen i 2015/2016, men processen har været positiv for Gærum. Etablering af fitnesscentret »Gærum Form og Fitness« er et af de mere konkrete og hurtige resultater fra landsbyplanen. Frederikshavn Kommune, der har en socialdemokratisk borgmester, har vedtaget en ny sundhedspolitik i 2017 og ønsker at spille bold med de forskellige spillere for at nå målene i sundhedspolitikken. Selv om dette er tilfældet, tænker kommunen mest på patientforeninger, institutioner og visse borgergrupper.

Guldager Kirkeby er et landsbyområde (ca. 950 indbyggere) med forstads-karakter (korte salgsperioder og stigende priser for huse) i Region Syddanmark. Guldager Kirkeby er vokset sammen med byområdet Sønderris i udkanten af Esbjerg i Esbjerg Kommune. Der er stadig landsbykvaliteter i området, blandt andet foreningslivet, hvor tilflyttere integreres, men skolens opdeling med Sønderris siden lukningen af Guldager skole har haft indflydelse på områdets fritidsliv. I dag mødes man blandt andet i et fitnesscenter og til de begivenheder, som borgerforeningen står for. Sundhedsafsnittet i landsbyplanen i Guldager Kirkeby handler om 'Guldager Ringen' (gå- og løbesti), der blev indviet i 2017, som er en træningsbane, der omgiver landsbyen, og som skal være med til at sikre en fortsat afgrænsning, når området smelter sammen med Esbjerg. Derudover er der gennemført et tidligere sundhedsmåling/BMI-kontrolprojekt i området. Landsbyplanen er betydeligt ældre (fra 2010/2011) end planerne i Skrave og Gærum. Nogle interviewpersoner nævner imidlertid planen og fremtidsværkstedet, som startede processen, som meget positiv og initierende, og som noget, der bandt landsbyens indbyggere sammen. Guldager Lokalråd modtager en lille sum penge fra kommunen til mødeaktiviteter. Udover dette har kommunen hjulpet med at gennemføre det tidligere sundhedsprojekt og har hjulpet med praktiske ting til etableringen af Guldager Ringen. Kommunen er højreorienteret og anser, at initiativer skal komme fra lokalområderne.

Artiklen bygger på kvalitative interviewdata i form af personlige semi-strukturerede interviews med ledere af lokale foreninger og lokale borgere i de tre case-områder koblet med interviews med offentlige administratorer i sundheds- og landdistriktsudviklingsafdelingerne og sundhedsudvalgets politiske leder i hver af lokalområdernes hjemkommuner. De i alt 32 kvalitative interviews fandt sted fra august til oktober 2017, og denne metode blev valgt for at få adgang til at høre folks oplevelser af fænomener i deres livsverden (Brinkmann et al., 2013). Interviewguiden var opbygget på baggrund af erfaringer fra litteraturen og projektets formål om afdækning af lokalt initierede processer omkring sundhed i landsbyplaner. Interviewene blev gennemført med inspiration i backward mapping og forward mapping (Elmore, 1985), da undersøgelsen skulle afdække, hvad der skete forud for og efter vedtagelsen af bestemte landsbyplaner, iværksat på forskellige tidspunkter. Lokale Facebook-sider, kommunale hjemmesider og dokumenter blev brugt til

yderligere at følge de processer og aktiviteter, der foregik i case-områderne. Vi genbesøgte desuden case-områderne ved afslutningen af undersøgelsen i foråret 2019 for at præsentere, diskutere og validere de foreløbige resultater.

Det samlede datamateriale er blevet analyseret i analyseprogrammet NVivo11 gennem en kodningsrunde efterfulgt af en opbygning af strukturerende tematiske mindmaps på tværs af datamaterialet. Styrkerne ved at lave en samlet dataanalyse af alle tre lokalsamfund er, at umiddelbare indtryk og oplysninger fra interviewindsamlingen træder i baggrunden, hvorved de generelle mønstre og slutninger, som kan drages, skærpes. Fravalgskonsekvenserne ved at lave en samlet tematisk analyse ligger i, at der går nogle kontekstbestemte detaljer tabt.

Analyse

På baggrund af tværgående analyser i de respektive lokalsamfund fremstilles her tre forskellige forudsætninger, der synes at skulle være til stede, for at stedsforankrede lokalsamfund på landet kan skabe grobund for fællesskab og aktiv deltagelse, med sundhed og trivsel som centralt omdrejningspunkt. Det drejer sig om fastholdelsen af et bredt og inkluderende sundhedsbegreb, at der findes stærke lokale ressourcer i lokalsamfundet, samt at det lokale udviklingsarbejde tilgås ud fra en accept af varierende og forpligtende deltagerformer.

Forudsætning 1: Fastholdelsen af et bredt og inkluderende sundhedsbegreb

Det er et fællestræk for de tre lokalområder, at de alle har gode erfaringer med at udføre indsatser indenfor sundhedsområdet. På grund af denne historik blev det i arbejdet med lokalområdernes udviklingsplaner legitimt at tale højt om sundhed. Sundhed blev et bærende element på borgermøderne, hvor ønskerne dog primært var rettet mod tilbud omkring fysisk aktivitet og flere sociale arrangementer, der kunne danne grobund for trivsel og fællesskab.

Så da vi mødtes der for 2 år siden og skulle lave landsbyplaner, så sidder vi ikke og diskuterer, om sundhed skal være et tema. Så er det bare sådan, det er (lokal borger).

Grundlæggende var der et ønske om, at vi ville gerne sundhed (...). Vi ser så lidt forskelligt på det. Så det der med at se sundhed sådan i helt stort bredt perspektiv var jo spændende, fordi sundhed er for nogen rigtig meget fællesskabet, og for nogen er det det sociale, og for andre er det det fysiske, og for nogen igen er det det mentale ... (lokal borger).

... sund er det nye sort. Om det så er fordi du er mindfulness-sund, eller du har været ude og brænde energi af, som i høj puls (lokal borger).

Sygdoms- og sundhedsbilledet ændrer sig over tid og påvirker opfattelser af, hvad der er sundt, og hvornår man er syg. Opfattelserne af sundhed og trivsel kan primært placeres indenfor en helhedsorienteret forståelse af samspillet mellem det biologiske og det sociale – det såkaldte bio-sociale paradigme (Andersen & Bak 2014). Her lægges vægt på, at sociale forhold påvirker mennesker både fysisk og psykisk og har betydning for udviklingen af sygdom (Andersen & Bak, 2014), jævnfør følgende udtalelse, der understreger den sociale værdi af at servere kage til lokale arrangementer og opretholde en 'hjemlighed' i motionstilbuddene, der gør, at det er okay at møde frem i træsko:

Nej, jeg oplever ikke, at der har været modstand. Jeg tror nu heller ikke, at vi skal gå derud, som f.eks. virksomheder beslutter, at når der er et arrangement her, så er der ikke kage. Det skal vi ikke. Det er en indgroet del af det her lokalområde. Men vi stiller nogle tilbud til rådighed, og jeg synes, den måde, vi gør det på ..., altså du behøver ikke at komme i det nyeste tøj. Jeg tror, mine træsko, de står dernede, og det ville jeg nok ikke have gjort, hvis jeg skulle køre til Vejen (idrætscenter). Altså her kommer man bare, også dem, der vejer 50 kilo for meget, eller 20 eller 10. Altså, jeg tror ikke, de føler, at de bliver udstillet, som de måske ville føle som om, hvis de kom i fitness i et stort center (lokal borger).

De forskellige positioner om sundhed og trivsel, som kom frem i interviewene, knytter sig til opfattelsen af 'det gode liv' og 'den gode sunde medborger', og her kan der på den ene side peges på, at de tre lokalområder læner sig op ad 'den fysisk aktive person' som idealet for en vellykket samfundsmedborger. Derved kredser flere af initiativerne om fysisk aktivitet i forskellige grader, bl.a. gå-og løbeklubber, gymnastik og fitnesshold m.m. På den anden side er andre initiativer omkring sundhed og trivsel, som iværksættes i lokalsamfundene, rettet mod den mentale sundhed, så som samvær på tværs af generationer, fællesspisning, borgerrettede dage med et socialt sigte osv. Sundhed defineres her bredt, og trivselsaspektet/den mentale sundhed er central og bliver en katalysator for udfoldelse af stedforankrede aktiviteter lokalt.

Når fællesnævneren for flere af landsbyplanernes tiltag er sundhed og trivsel, opleves det grundlæggende som ufarligt og en fælles platform for borgerne. En borger siger dog: »... det er jo nok ikke 'in' i dag at gå op imod de to ting [miljø og sundhed]«. Undersøgelsen peger imidlertid generelt på, at i den mere brede tilgang bliver sundhed og trivsel ikke en kampplads, men nærmere et område, hvor der er konsensus om, at det er sundt at bevæge sig, og det er sundt at være sammen socialt. Undersøgelsen peger derfor på, at et sundhedsfokus i lokalsamfund samler mere, end det splitter, så længe det ikke bliver for omklamrende og med for stramme retningslinjer om, hvad man skal og ikke skal for at være sund og have trivsel i sit liv.

Derudover bliver sundhed anset for et område, man som landsby kan profilere sig på og på den måde sikre en fastholdelse eller forøgelse af indbyggertallet i lokalområdet. Det er en del af trenden i tiden at vægte muligheden for det aktive liv, og på den baggrund kan de tre lokalsamfunds fokus på sundhed og øget trivsel være et middel til at »tviste, hvad landdistriktsudvikling er« og herved ses som eksempler på nyskabende strategiske stedsbaserede koblinger af indsatser.

Forudsætning 2: Stærke lokale ressourcer

Analysen viser, at såvel økonomiske, sociale som kommunikative ressourcer på tværs af de tre lokalsamfund er vigtige for at kunne udarbejde og gennemføre en landsbyplan med et sundhedsfokus. De interne økonomiske ressourcer vedrører lokalsamfundets egne muligheder for at skabe indtjening, bl.a. at idrætsforeninger og spejderforeninger tjener penge på sportsarrangementer, sommerfester og kræmmermarkeder. Derudover omfatter de interne økonomiske ressourcer kontingenter og indmeldelsesgebyrer, sponsorater til enkeltbegivenheder og anvendelse af frivillig arbejdskraft til etablering og drift af fitnesscenter, rengøring af mødesteder, forsamlingshuse og grønne fællesområder. De eksterne økonomiske ressourcer dækker over ansøgninger til eksterne fonde og kommunale puljer og forhandlinger med kommuner om selvstændige bidrag til f.eks. vedligehold af grønne områder, etablering af stier m.m. En interviewperson siger om pengene, der skal bruges, når landsbyplanen skal gennemføres, at »... *man står selv med at skulle finde penge til landsbyplanen*« (lokal borger). Det samme er budskabet fra en kommunal interviewperson, som udtaler:

Ja, fordi der er ikke nogen kommunale penge i halen på det her, men vi har puljen på de 600.000 kr., så når I realiserer noget der, så send en ansøgning, og så er det selvfølgelig de projekter, vi støtter op om (kommunal medarbejder).

De sociale ressourcer, der i denne sammenhæng betyder 1) Eksistensen af samhørighed og en frivillighedskultur, 2) Tilstedeværelse af en slags ånd og fælles vilje til at sætte noget i gang og 3) Forekomsten af dygtige borgere, der arbejder professionelt og systematisk med opbyggelse af lokalsamfundet (Thuesen, Jørgensen og Andersen 2019), spiller altså en afgørende rolle for fællesskabsdannelsen og gennemførelsen af de sundhedsindsatser, som er beskrevet i landsbyplanerne. Herom siger en interviewperson optimistisk:

»Så bare det generelle perspektiv på, at hvis vi står sammen skulder ved skulder, og alle smøger ærmerne lidt op, så kan vi lykkes rigtig meget. Det har værdi. Og så tror jeg, det der med, at selvom vi bliver mere og mere egoistiske og de der egostrømninger i samfundet, så er der stadigvæk også sådan lidt med at søge tilbage til foreningstanken og fællesskab (lokal borger).

Lokalsamfundenes egne kapaciteter er således ifølge både kommunale og lokale interviewpersoner afgørende for skabelsen af lokale horisontale empowerment-processer gennem sundhedsindsatser på et både individuelt og lokalsamfundsmæssigt plan. Mange studier af empowerment-processer peger på, at det gælder om at mobilisere lokale kapaciteter og organisere disse, før organisatorisk empowerment-dannelse kan blive en realitet (Andersen, 2018). En kommunalpolitiker siger i relation til lokal mobilisering:

Men igen, det kræver jo, at der er nogen lokalt, der vil, og der er der jo en markant forskel i en by som Frederikshavn og landsbyerne, fordi det ville man jo aldrig kunne gøre i Frederikshavn. Sige »Nu skal vi have bygget en bypark hernede, hvem vil komme og lave et stykke arbejde?«. Det har vi i hvert fald aldrig gjort. Det kan man i landsbyerne, fordi man kender hinanden, og man har et fællesskab omkring det, og alle får gavn af den plads, man bygger, eller det træningscenter, man laver (kommunalpolitiker).

Eksistensen af samhørighed og en frivillighedskultur præget af mange foreninger vedrører, at der er et sammenhold og et lokalområde, hvor man ønsker plads til fælles aktiviteter. Samtidig viser analysen, at de tre lokalområder repræsenterer en stor rummelighed og er åbne overfor nye tiltag, samt er interesserede i at inkludere så mange borgere som muligt og dermed bevare en åbenhed overfor forskelligartede kompetencer. Netop åbenheden mellem forskellige grupper af aktører og sammenslutninger (Brennan et al., 2008) fremhæves af flere som en lokalsamfundskapacitet (Gunn et al., 2015, Amin & Thrift, 1994), der er vigtig for udviklingen af et lokalområde eller en region.

Et fællestræk i alle tre lokalområder er, at der eksisterer en stærk legitimitet til det fælles stedsforankrede lokalområde, og der synes at herske en fælles ånd om, »at det vil man«, der indeholder elementer som vilje, gejst og engagement og en lokal fælles ansvarsfølelse, der konkret betyder, at man kaster sig ud i aktiviteterne og fastholder interessen for vedligeholdelse og justeringer undervejs.

Af stor betydning for denne gejst og særlige ånd er rollemodeller, forgangskvinder og -mænd, en forekomst af borgere med forskellige professionelle kompetencer fra arbejdslivet eller foreningsarbejde, som er gode til at gå foran, lede, administrere og påtage sig opgaver med at være lokale instruktører, frivillige ledere og forhandle med eksterne samarbejdspartnere, og som accepteres som legitime ledere (Gunn et al., 2015). I denne sammenhæng ses det også, at eksistensen af lokale ressourcepersoner med sundhedsfaglige baggrunde har været særlig relevant for, at der er skabt et fokus på sundhed i lokalsamfundene. Undersøgelsen viser, at de lokale ressourcepersoner med sundhedsfaglige baggrunde har haft betydning i forhold til at skabe tanke-mæssig relation og forhandlingsrum til kommunen og til at forstå og tilpasse

sig kommunens sundhedsindsats og trends, der gør sig gældende, samt sikre en faglighed omkring sundhed lokalt (Thuesen, Jørgensen og Andersen 2019).

En sidste ressource, som synes afgørende for etablering af fællesskab og deltagelse omkring sundhedsindsatser forankret i lokalsamfunds landsbyplaner, er strukturer og mekanismer for dialog og kommunikation. For at man kan initiere og implementere vellykkede indsatser, kræves kontinuerlig kommunikation, det vil bl.a. sige informationsdeling. I lokalområderne har man anvendt mange forskellige informationskanaler, bl.a. en husstandsomdelt aktivitetskalender, løbesedler om forskellige tilbud, web-kalendere, mini-lokalaviser, hjemmesider, Facebook-sider og derudover personlig kontakt, som af interviewpersonerne anses som afgørende for folks deltagelse, men også for etablering og fastholdelse af den særlige ånd og fælles gejst.

Altså, vi tror jo meget på det her med den personlige kontakt. Det her med bare at slå noget op, og så tror man, der kommer en hel masse ... Det der med lige at spørge »Vil du ikke med? Jeg kommer og henter dig«, det giver ret meget mere. Og så er der jo egentlig mange, der synes, at det var da meget hyggeligt (lokal borger).

Forudsætning 3: Varierende, entreprenante og forpligtende deltagelsesformer

Analyserne af samarbejdet omkring etablering og implementering af landsbyplanerne i lokalområderne peger på, at man har arbejdet med en meget solidarisk og åben form for deltagelsesstrategi. Strategien er ikke en særlig bevidst handling, men mere en form for praksis, der allerede synes at gøre sig gældende i de tre lokalområder. Et eksempel på en sådan åben implementeringsstrategi, der vidner om, at landsbyplaner fungerer som en paraply, beskrives på følgende måde af en interviewperson:

[... herude er det ikke skruet sammen på den måde, at man siger, nu er der nogen, der har vedtaget en plan, og så nedsætter vi nogle grupper og får nogle andre til at gøre noget. Den der kronologiske og hierarkiske tilgang til det. Det er desværre – eller heldigvis – meget mere anarkistisk, meget mere entreprenant, og det foregår på den måde, at man simpelthen bare byder ind, hvor det giver mening. Det betyder jo så, at Hjem og Kultur, altså husmoderforeningen i en ny kontekst, de begyndte jo så at lave sådan noget, hvor man kunne komme og se, hvordan man lavede sund mad: »Nu kommer der en diætist, kom og hør om« ... Vi bruger udviklingsplanen som sådan en fællesramme ... til at holde hinanden op på »At det blev vi egentlig enige om, at vi gerne ville«] (lokal borger).

Alle de lokale borgere i de tre lokalområder har haft mulighed for at deltage i beslutningsprocessen omkring udarbejdelse af planerne, og flere borgere peger på, at det har været en meget demokratisk proces, hvor alle synspunkter er blevet hørt. Man har f.eks. afholdt de indledende borgermøder om indholdet af landsbyplanerne, så flest muligt følte sig motiveret for at deltage. Der er selvfølgelig forskel på graden af deltagelse på tværs af borgerne, men det opfattes ikke som en hindring og måske nærmere en velkendt præmis, der synes at gælde; at der typisk er nogen, der altid deltager, og andre grupper, som aldrig deltager eller kun deltager i få arrangementer. Dem, der ikke direkte engagerer sig, har dog mulighed for at holde sig ajour om, hvad der er sket på møderne via de forskellige lokale kommunikationskanaler.

Jeg tror, der er mange, der ved, at processerne kører, og sådan tænker, at det er godt, og at det giver noget godt til byen, men ikke sådan direkte involverer sig i det. Det, tænker jeg, er fint. Jeg tror heller ikke på, at vi nødvendigvis behøver at have alle med hver gang ... Der er jo ikke nogen af de her 10 [handlingspunkter], der bliver til noget, med mindre de selv går videre med det og har nogle ildsjæle, der er med på det (kommunal medarbejder).

På den baggrund synes der ikke at være skarpe skel mellem borgerne i lokalområderne og heller ikke direkte stærke inklusions/eksklusions-mekanismer, som gør sig gældende, men derimod et solidarisk princip om, at man deltager i det, man har interesse og mulighed for, og bidrager med det, man kan og vil.

Diskussion

Presset stedsfølelse?

Man kan kritisere analysen i denne artikel for ikke i høj nok grad at tilgå lokalsamfundene relationelt, men snarere absolut, som selvstændige samfund. Imidlertid er de langt fra selvstændige samfund mere efter at have undergået to kommunalreformer, hvor de først mistede deres centerfunktion og dernæst blev underlagt langt større afstande til kommunens politikere og embedsmænd. Der er således blevet fjernet servicefunktioner i alle de involverede case-områder gennem årene, og i et bymæssigt hierarki må de tre områder siges at være truede på deres materielle opretholdelse, f.eks. hvad angår skoleområdet, hvor skolerne i to af case-områderne er lukket, mens den tredje skole/det tredje lokalsamfund arbejder proaktivt for at undgå lukning. Den tidligere i international sammenhæng nærværende velfærdsstats service- og sundhedsinstitutioner er således trukket tilbage fra hovedparten af de danske landsbyer. Stigende mobilitet og informationsteknologi er også med til at understrege, at lokalområderne bør anskues relationelt. Man kan således argumentere for, at der er mange udviklingstendenser, som er med til at fragmentere og atomisere lokalsamfund på landet i dag, herunder gælder også udkantsdiskursen, der som en dominerende negativ repræsentation påvirker

de lokales hverdagshandlinger og muligheder for at opretholde deres steds vitalitet (Halfacree, 2006).

Som nævnt i indledningen er der imidlertid en meget stærk opretholdelse af de tre undersøgte lokalområders imaginære sammenhæng med et ønske om selvbestemmelse til følge. At lade lokalsamfundet være arnestedet for initiering af sundhedsindsatser kan være en oplagt strategi i samfund, som har opretholdt en normativ sammenhæng mellem fællesskabsindsatser og sted. I nogle lokalsamfund vil man imidlertid opleve, at denne sammenhæng ikke længere eksisterer. Det betyder formentlig, at det på disse steder vil være sværere at initiere en sundhedsindsats med afsæt i folks hverdagsliv for både lokale og kommunen.

Empowerment eller skjult *gouvernementality*?

Ud fra empowerment-teori viser undersøgelsen, at landsbyplanerne og deres fokus på sundhed og trivsel i høj grad kan blive en løftestang for empowerment-processer. Arbejdet med og gennemførelsen af landsbyplanerne danner en central platform for fællesskabsdannelse både lokalt og socialt, og det ser ud til at have en spin-off-effekt på mere politisk mobilisering, og samtidig giver det lokalområderne en form for fælles identitet, der danner grobund for ejerskab og samhørighed.

I det konkrete arbejde med indhold og gennemførelse af landsbyplanerne ses både, at empowerment-processerne sker horisontalt og vertikalt i lokalområderne, og man arbejder ud fra forskellige strategier. Den samfundskritiske og mere solidariske empowerment-strategi anvendes primært i forhandlinger med kommunerne, hvor man forsøger at ændre på mulighedsstrukturerne for lokalområderne og tilføje mere og bedre velfærdsservice direkte til de lokale steder, bl.a. i form af bedre infrastruktur, ordninger på skoleområdet eller forhandling om tillægssaftaler lokalt på sundhedsområdet. I andre tilfælde minder processerne mere om den liberalistiske tilgang til empowerment, hvor ændring af mulighedsstrukturerne ikke er i fokus, men hvor retten til selvbestemmelse fra velfærdsstaten, i dette tilfælde kommunen, tales frem. Logikken bliver her; vi bestemmer selv, vi sætter en ære i projektet og har ikke brug for kommunen til at definere, hvad vi skal. Den liberale tilgang til empowerment anvendes også ofte som strategi bag flere af de sundhedsmæssige tiltag i landsbyplanerne, hvor man forsøger at belønne og motivere til f.eks. at deltage i det lokale sociale fællesskab eller være aktiv i de fysiske tilbud, der oprettes lokalt.

Ses der på de mere indirekte inklusions- og eksklusionsmekanismer og et mere kritisk blik på empowerment-processer, vil man ud fra et *governmentality*-perspektiv kunne pege på, at bag flere af de forskellige indsatser anlægges bestemte opfattelser af sundhed, trivsel og 'det gode liv'. Der fremkommer forskellige opfattelser af sundhed og trivsel blandt borgerne, men på tværs af disse er der en opfattelse, som er mest dominerende, og som danner

en form for ideal om 'den gode og sunde borger' (Hassard et al., 2000; Rose 1998). I de tre lokalområder bliver sundhed ofte knyttet op til den aktive borger, som dels både deltager i former for fysisk aktivitet, og dels bidrager til opbyggelse af det lokale fællesskab med sine ressourcer og sit engagement. De borgere, som sætter dagsordenen og bliver rollemodeller i lokalsamfundene, er således med til at definere, at sundhed kredser om et aktivt element, og at det at gøre nytte for en fælles sag er bærende principper. Derved kan man argumentere for, at bestemte opfattelser af sundhed og deltagelse influerer og udstikker vejen for, hvordan man gør sundhed og yder aktivitet (Zoller, 2003; Rose 1998). Ligeledes ses tendenser til en sammenfletning af sundhedsopfattelserne og den lokale praksis omkring fællesskabsdannelse, og det influerer på, hvordan man udfører fællesskab og medborgerskab. Selvom det opfattes som i orden ikke at deltage i alle arrangementer, sker der en sammenkobling af medborgerskab og den aktive sunde borger; der tager vare på sig selv, er fysisk aktiv og forsøger at leve sundt, og samtidig er en aktiv borger, der bidrager til opbyggelse af det lokale fællesskab. På den måde ses, at 'det gode liv' bliver koblet til en sundhedsmæssig dimension. Undersøgelsen peger derfor på, at forestillinger om sundhed er med til at definere nogle uskrevne regler for hverdagslivspraksis, og selvom de ikke bliver direkte italesat, kan man opfatte dem som nogle disciplineringsformer/styringsidealer, man som borger må lære at leve med og kan stræbe efter, hvis man ønsker at være 'den sunde og gode lokale medborger' jævnfør Roses teorier (Rose 1998). Disse disciplineringsformer er et langt stykke ad vejen produceret i lokalområderne selv, og gennem praksis omkring sundhed ses også former for selvteknologier, hvor det at være aktiv og leve sundt understøttes gennem individets egen selvstyring.

Analysen her illustrerer derved, hvordan et fokus på sundheds- og trivselsopfattelser og samarbejde herom er med til at give sociologiske indsigter omkring, hvordan sundhedsfremmende tiltag fletter sig ind i hverdagslivet, som det leves lokalt. Sundhed og trivsel kommer til at dreje sig om mange forhold i livet; hvad vi konkret gør, hvad vi stræber efter og opfatter som idealer. Analysen her peger derfor på, at sundhed i stigende grad må forstås som en identitets- og statusmarkør i den lokale praksis.

Konklusion

Hensigten med denne artikel har været at undersøge, hvordan man i lokalsamfund på landet kan skabe grobund for fællesskab og aktiv deltagelse, hvorigennem sundhed og trivsel bliver et centralt omdrejningspunkt. Gennem analyse af interviews med 32 personer, sammenstillet med litteratur og teori om empowerment og deltagelsesorienterede sundhedsindsatser i landdistrikter, konkluderer vi, at der er en række forudsætninger, der synes at skulle være til stede, for at lokalsamfund kan engagere sig i og initiere fælles sundhedsindsatser som en del af deres lokalsamfunds- og landdistriktsud-

vikling. Disse er; fastholdelsen af et bredt og inkluderende sundhedsbegreb, eksistens af stærke lokale ressourcer og accept af varierende og forpligtende deltagelsesformer. Resultaterne peger på, at den daglige praksis og foreningsdannelse, opbakning til det lokale fællesskab og bestræbelsen, om at leve sundt og gøre sit lokalområde attraktivt går hånd i hånd.

De repræsenterede cases i undersøgelsen er alle succeshistorier, som viser, hvordan man gennem arbejdet med landsbyplaner og fokus på sundhed og trivsel kan lykkes med at skabe fysiske og sociale rum for borgerinddragelse og involvering. Disse lokalsamfund bliver derved en central arena for kapacitetsopbygning, empowerment-processer, fællesskabsdannelse og inklusion. Et meget aktivt lokalsamfund præget af stærk borgerinvolvering giver et stort potentiale for samskabelse med kommunen. Mange af initiativerne, som er opstået i lokalsamfundene, bl.a. træning for forskellige målgrupper og sociale arrangementer til bekæmpelse af isolation og ensomhed, bringer værdi ind i de offentlige sundhedsindsatser, både som supplement og som løftestang for at nå ud med velfærdsservice til yderområderne. De tre lokalområder arbejder og forhandler ud fra forskellige strategier med kommunen, der både har rod i mere socialistiske og liberalistiske empowerment-ideologier, og hvilken strategi, der anvendes, afhænger af formålet med indsatsen. Et gennemgående træk er dog, at lokalområderne selv vil sætte dagsorden for de aktiviteter, der iværksættes, og for den samskabelse med kommunen, som finder sted. Lokalområderne sætter en ære i selv at definere, hvad de vil engagere sig i, og man ønsker ikke at lade sig tromle af kommunens interesser. At anvende forskellige strategier i udvikling af landsbyplaner er indtil videre lykkedes for de tre lokalområder, og det er samtidig med til at skabe samhørighed og definere det stedforankrede lokale fællesskab. Det er lykkedes at udfolde sundhedstiltag, fordi man har lokale ressourcer, både hvad angår rammer, faciliteter og foreningsmæssige kompetencer, samt et stærkt lokalt fællesskab, der bakker op om initiativer i landsbyen og ser det som en opgave, man skal påtage sig som medborger.

Undersøgelsen viser, at der er værdi i at undersøge betydningen af stærke lokalsamfund, fordi disse lokale områder ofte repræsenterer høj grad af social kapital, vellykkede former for lokale og sociale fællesskaber og stor deltagelse og borgerinvolvering. Selvfølgelig kan man ikke tale om generaliserbarhed i statistisk forstand, men betydningen af stærke lokalsamfund kan vise nyskabende inspirerende eksempler på fællesskabsdannelse og lokale udviklingsstrategier og derved være en inspiration for andre. Der ses således et forskningspotentiale i at undersøge stærke lokalområder, fordi de kan være med til at nuancere land-by-dikotomien.

Resultaterne peger dog også på, at fremtidig forskning bør beskæftige sig med strukturelle ulighedsskabende rammer, når det gælder lokale nærområder, landsbyudvikling og kommunens rolle. En udvikling henimod servicemæssigt afkoblede lokalsamfund på landet kan f.eks. betyde en risi-

ko for, at betingelserne omkring stærke lokale borgerressourcer og muligheden for at danne varierende og forpligtende deltagelsesformer ændrer sig på grund af manglende bosætning af borgere med disse ressourcer eller ønsket om at bidrage til et lokalt forankret fællesskab.

En anden problemstilling, som på baggrund af denne undersøgelse synes mere og mere relevant, er ulighedsdimensionen mellem de forskellige landsbyer. Indenfor forskningen ses, at der er store forskelle mellem landsbyerne på ressourcer og muligheden for at mobilisere og løfte forskellige velfærdsservices, og for at imødekomme denne forskel bliver kommunerne nødt til at tilgå de lokalsamfund, som ikke selv gør noget, med et lighedsaspekt for øje. Der er forskel på landsbyer og deres kapaciteter, og så længe man ikke prioriterer, bliver det de mere ressourcefulde landsbyer, der løber med de ekstra midler og kan forhandle gode aftaler hjem.

Endelig peger undersøgelsen her på, hvorfor det er sociologisk interessant at samtænke lokal stedsforankring og landdistriktsforskning med sundhedsfremme. Sundhed og trivsel er i stigende grad identitets- og statusmarkører, og udstikker både mulighedsrum for lokale og sociale fællesskaber og opstiller forventninger til borgerne, og derfor bør disse bevægelser inddrages i forskningen.

Noter

1. Simmels gamle byanalyser er selvsagt blevet diskuteret, kritiseret og videreudviklet meget i sociologien i de mellemliggende år. Også samtidige bysociologer bygger dog gerne videre på centrale pointer fra Simmel i deres forståelse af de særlige sociale og rumlige kvaliteter og dynamikker, som (stor)byer rummer, sammenlignet med andre bosætningsformer, herunder de landlige. Et godt eksempel er her Lyn Loflands arbejde (se Lofland 2006).
2. Biomagten dækker over en særlig magtform, der omfatter vidensformer, kommunikation og subjektiveringsmåder i produktionen af livet. (Andersen & Timm, 2018).

Referencer

- Amin, A. & Thrift, N., 1994. »Living in the global«. I: Amin, A. & Thrift, N. (red.). *Globalization, institutions, and regional development in Europe*. 1-22.
- Andersen P.T & Kronborg Bak C. (2014): Sundhed og sygdom. (Health and Illness) in Det danske samfund. (The Danish Society) Greve B, Jørgensen A. & Elm Larsen, J. (red.). 17 s. 2014. (Sociologi, Vol. 5). Hans Reitzel Forlag.
- Andersen P.T & Folsgaard Petersen L. (2012). Lokalsamfund og sociale netværk. (Local communities and social networks.) I: Sociologi og rehabilitering. Munksgaard Danmark. 93-105.
- Andersen, P.T. & Timm, H.U. (red.). Sundhedssociologi: en grundbog. (Health Sociology – and introduction). 2018, 2. Hans Reitzels Forlag. 324 p.
- Andersen, J. & F. Løve 2007: »Social kapital og empowermentprocesser i lokalsamfund«. I: Hegedahl, P. & S.L. Rosenmeier (red.). *Social kapital som teori og praksis*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Arnstein, S.R. 1969: »A Ladder of Citizen Participation« JAIP, 35(4): 216-224.

- Brennan, M.A., Flint, C.G. and Luloff, A.E. 2008: »Bringing together local culture and rural development: Findings from Ireland, Pennsylvania and Alaska«. *Sociologia Ruralis*, 49(1): 97-112. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9523.2008.00471.x>
- Brinkmann, S, Tanggaard, L & T. Havemann. 2013: *Kvalitative Metoder – en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag. <https://doi.org/10.7146/mediekultur.v28i53.5781>
- Brookfield, K. 2017: »Getting involved in plan-making: Participation in neighbourhood planning in England«. *Environment and Planning C: Politics and Space*, 35(3): 397-416. <https://doi.org/10.1177/0263774x16664518>
- Elmore, R.F. 1985: »Forward and Backward Mapping: Reversible Logic in the Analysis of Public Policy«. In Hanf, K. & Toonen, T.A.J. (red.): *Policy Implementation in Federal and Unitary Systems – Questions of Analysis and Design*: 33-70. https://doi.org/10.1007/978-94-009-5089-4_4
- Farmer, J. & Nimegeer, A. 2014: »Community participation to design rural primary health-care services«. *BMC Health Services Research*, 14(1):130. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-130>
- Flyvberg, B. 2010: »Fem misforståelser om casestudiet«, I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (red.). *Kvalitative metoder – En grundbog*. Latvia: Hans Reitzels Forlag. <https://doi.org/10.7146/mediekultur.v28i53.5781>
- Flø, B.E., Heggem, R., Rye, J.F., Stordal, G. 2008: Bygdebarnas fedme. *Aftenposten*, 23. December 2008, 4.
- Foucault, M. 1980: »The politics of health in the eighteenth century«. I: Gondon C (red.). *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, s. 166-182. New York: Pantheon Books.
- Gatrell, A.C. & Elliott, S. J. 2015: *Geographies of health – An introduction*. Third edition. Wiley Blackwell.
- Gieling, J., Haartsen, T., Vermeij, L. og Strijker D. 2018: »Out of love for the village? How general and selective forms of attachment to the village explain volunteering in Dutch community life«. *Journal of Rural Studies*, 71: 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2018.06.008>
- Gkartzios, M. & Lowe, P. 2019: »Revisiting neo-endogenous rural development«. I Scott, M., Gallent, N. & Gkartzios, M. (red.): *The Routledge Companion to Rural Planning*: 159-169. London and New York: Routledge Companion. <https://doi.org/10.4324/9781315102375-17>
- Gunn, S., Brooks, E. & Vigar, G. 2015: »The community's capacity to plan: The disproportionate requirements of the new English neighbourhood planning initiative«. I Davoudi, S. og Madanipour, A. *Reconsidering Localism*, New York: Routledge: 147-167. <https://doi.org/10.4324/9781315818863-8>
- Halfacree, K. 2006: »Rural space: constructing a three-fold architecture«. I Cloke, P., Marsden, T. og Mooney, P. (red.) *Handbook of Rural Studies*, London: Sage: 44-62. <https://doi.org/10.4135/9781848608016.n4>
- Hassard, J., Holliday, R. & Willmott, H. 2000: *Body and Organization*. SAGE.
- Johansen, P.H. & Nielsen, N. C. 2012: »Bridging between the regional degree and the community approaches to rurality—A suggestion for a definition of rurality for everyday use«, *Land Use Policy*, 29(4): 781-788. <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2011.12.003>
- Kenny A., Farmer J., Dickson-Swift V. & Hyett N. 2014: »Community participation for rural health: a review of challenges«. *Health Expect.* Dec;18(6):1906-17. doi: 10.1111/hex.12314. Epub 2014 Dec 3.

- Kenny A., Hyett N., Sawtell J., Dickson-Swift V., Farmer J. & O'Meara P. 2013: »Review. Community participation in rural health: a scoping review«. *BMC Health Serv Res.* 2013 Feb 18; 13:64. doi: 10.1186/1472-6963-13-64. Review.
- Lefebvre, H. 1991: *The Production of Space*. Oxford: Blackwell.
- Lofland, L.H. 2006: *The Public Realm: Exploring the City's Quintessential Social Territory*. New Brunswick: Transaction Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781315134352>
- Mair, H., Leipert, B.D., Scruby, L.S. & Meagher-Stewart, D. 2019: »Making health and well-being: Sport and women's care in rural Canada«. *Journal of Rural Studies*, 65: 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2018.11.004>
- Nutbeam, D. 1986: The WHO health promotion glossary. in Health promotion. (Oxford, England) 1(1):113-27.
- Pilgaard, M. & Rask, S. 2016: »Danskernes motions- og sportsvaner 2016«. København: Idrættens Analyseinstitut.
- Rappaport, J. 1984: »Studies in Empowerment: Introduction to the Issue«. *Prevention in Human Services*, 3: 1-7.
- Rappaport, J. 1987: »Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology«. *American Journal of Community Psychology*, 15(2): 121-148. <https://doi.org/10.1007/bf00919275>
- Ray, C. 2006: »Neo-Endogenous Rural Development in the EU«. I: Paul Cloke, Terry Marsden & Patrick Mooney (red.) *Handbook of Rural Studies*. London: Sage.
- Rose, N. & Miller, P. 1992: »Political Power beyond the State: Problematics of Government«. *British Journal of Sociology*, 43(2): 173-205. <https://doi.org/10.2307/591464>
- Rose, N. 1990: *Governing the Soul: The shaping of the private self*. London: Routledge.
- Rose, N. 2001: »The Politics of Life Itself«, *Theory Culture & Society*, 18(6):1-30.
- Shucksmith, M. 2010: »Disintegrated Rural Development? Neo-endogenous Rural Development, Planning and Place-Shaping in Diffused Power Contexts«, *Sociologia Ruralis*, 50(1): 1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9523.2009.00497.x>
- Simmel, G. 1903: »Storbyen og det åndelige liv«. *K & K kultur og klasse*. 19/71 (1992): 73-84. <https://doi.org/10.7146/kok.v19i71.20290>
- Sundhedsstyrelsen (2018). Ny undersøgelse: Det går den forkerte vej med sundheden. <https://www.sst.dk/da/Nyheder/2018/Ny-undersogelse-Det-gaar-den-forkerte-vej-med-sundheden> (tilgået 16.12.2019).
- Sundhedsstyrelsen 2018: »Den danske Sundhedsprofil« www.danskernessundhed.dk.
- Svendsen, G.L.H. 2017: »Kulturelle værdier på land og i by – er der (stadig) forskel?« I Andersen, P.T. og Jacobsen, M.H. (red.), *Kultursociologi og kulturanalyse*. Hans Reitzels Forlag: 271-292
- Tanvig, H.W., Andersen, I.N. & Bech, U. 2016: »Organisering af lokalsamfunds udviklingsarbejde: Lokal strategisk kapacitet i landdistrikter«. Institut for Geovidenskab og Naturforvaltning, Københavns Universitet.
- Thuesen, A, Jørgensen B.S. & Andersen P.T. (2019). Vi ser med Lup på sundheden. Inspirationskatalog om strategisk kobling mellem landdistriktsudvikling og sundhedsindsatser.
- Vallgård, S. 2005: »Hvad er sundhedsfremme. En analyse af begrebet og styringsmetoderne«. *Sygdom og Sundhed*. Årg. 2. Nr.3.

- Villadsen, K. & Pii, K.H. 2012: »Forebyggelse på tværs af det offentlige og private. Når patienter trodser myndiggørelse og efterspørger mere professionel involvering«. *Sygdom og Sundhed*. Årg. 9.nr. 17. <https://doi.org/10.7146/tfss.v9i17.7548>
- Wallerstein, N. 1992: »Powerlessness, Empowerment and Health: Implications for Health Promotion Programs«. *American Journal of Health Promotion*, 6(3): 197-205. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>
- Wilson, G. 2001: »From productivism to post-productivism ... and back again? Exploring the (un)changed natural and mental landscapes of European agriculture«. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 26(1): 77-102. <https://doi.org/10.1111/1475-5661.00007>
- Zoller, Heather, M. 2003: »Working out«. *Management Communication Quarterly*: McQ 17(2): 171-205.

Health as leverage for inclusion, capacity, wellbeing and development in the local community

This article examines how local place-based communities create a foundation for community participation, through which health and well-being become central features. It is based on analysis of interviews with citizens, public administrators and politicians in three locations. Discussions in this article deal with different forms of understanding participation and perspectives on governance. The analysis also illustrates the different positions of these communities, the role of empowerment, citizenship and health that influence participation, health practice in everyday life, and community building in three rural Danish villages. There are few studies that analyze the extent to which community participation can influence the design of health and welfare services. This is the case when the initiative starts either from the local community or from general authorities. The article provides new insights on the local community as an arena for capacity, health, well-being and inclusion.

Keywords: Rural communities and health, village plans, community development, participation, empowerment and governance.