

Mastergradsoppg. 2010

ULIKHETER I HELSE BLANT MINORITETER
MED FOKUS PÅ SALUTOGENESE FOR HELSEUTJEVNING

MINORITY HEALTH - HEALTH INEQUALITIES
A SALUTOGENETIC APPROACH TO HEALTH EQUALITIES

AMELA KEZO

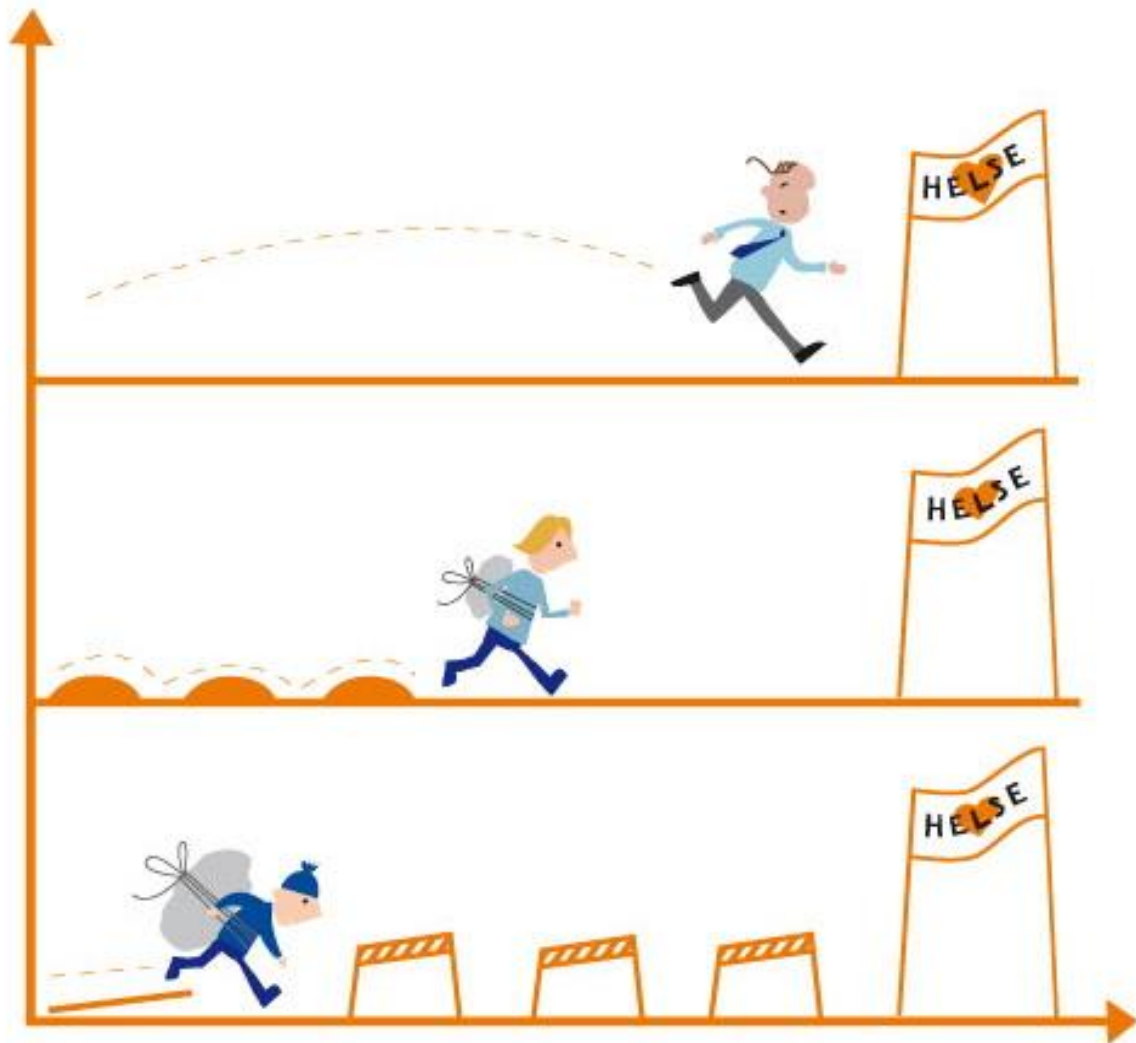


UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP
INSTITUTT FOR PLANTE- OG MILJØVITENSKAP
MASTEROPPGAVE 30 STP. 2010



Ulikhet i helse blant minoriteter

Med fokus på salutogenese for helseutjevning



Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

MASTEROPPGAVE I FOLKEHELSEVITENSKAP

Universitet for miljø- og biovitenskap, august 2010

Amela Kezo

Summary

Current evidence shows substantial inequalities amongst different groups of people in Norway. Accordingly, the authorities have designated a national plan with a clear objective of reducing inequalities in health in the population. There are several reports regarding significant challenges related to health disparities between minorities and the rest of the population. On the basis of this, the thesis takes aims to describe how a focus on Salutogenesis can contribute to reducing inequalities in health among minorities and the rest of the population. Furthermore, the study will investigate how the authorities use Salutogenesis in the national health plan.

In this study, the authorities' perception of health was of interest, which means that the document analysis was chosen as a method. The thesis is a qualitative study of deductive elements based on the theory of Salutogenesis. Document analysis examines mainly how the salutogenetic thinking appears in political regulations in Norway. The data basis for the thesis consists of six public documents that make up the overall politic for the equalization of social inequalities in health.

The results of this study show that the authorities' perception of health change depending on their political priorities. Based on an overall assessment of the results that emerged through analysis of data from the study, it is reasonable to argue that a salutogenetic and resource-oriented thinking is more prominent in the political priorities dealing with social factors. On the other hand the analysis of the material concerning the health sector presents a greater focus on the challenges and pathogenesis.

This study has also shown the great presence and importance of a salutogenetic orientation in public health. The use of the salutogenetic method allows for a more comprehensive and thorough approach on eliminating social inequalities in health. The salutogenetic orientation is also very likely to contribute to reducing the need for treatment as well as healing measures which often seem to have short-lived effects.

Keywords: health differences, minorities, Salutogenesis, resources, empowerment.

Sammendrag

Dagens forskning viser store sosiale ulikheter i helse-Norge. Med dette som bakgrunn har myndighetene utpekt sosiale ulikheter som et nasjonalt satsningsområde med en klar målsetting om å redusere helseforskjellene. Flere rapporter peker også på store utfordringer knyttet til helseulikheter mellom minoriteter og resten av befolkningen. Ut ifra dette tar denne masteroppgaven sikte på å beskrive hvordan fokus på salutogenese kan bidra til å redusere helseforskjeller mellom minoriteter og den øvrige befolkningen. Hovedfokuset er å undersøke hvordan myndighetene bruker salutogenese i helsepolitiske planer.

I denne undersøkelsen er det myndighetenes oppfatning av helse som er av interesse, følgelig er dokumentanalyse anvendt som metode. Oppgaven er en kvalitativ studie med deduktive elementer som bygger på teori om salutogenese. Dokumentanalyse undersøker hovedsakelig på hvilken måte salutogenetisk tenkning kommer til uttrykk i relevante politiske beslutninger. Datagrunnlaget for oppgaven utgjøres av seks offentlige dokumenter som danner rammene for den helhetlige utjevningspolitikken.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at myndighetenes oppfatning av helse endrer seg avhengig av satsningsområder de jobber ut ifra. Med utgangspunkt i en samlet vurdering av de resultater som fremkom gjennom analyse av data, er det rimelig å hevde at et en salutogenetisk og ressursorientert tenkning er fremtredende i materialet som omhandler satsningsområdet sosiale faktorer. Derimot viser analysen av materialet som omhandler helsesektoren større fokus på utfordringer og patogenese.

Et annet forhold som også har kommet frem i denne oppgaven er viktigheten av salutogenetisk orientering i folkehelsearbeid. Denne kan blant annet danne grunnlag for en mer helhetlig og grundig tilnærming til arbeidet med å bekjempe sosiale helseforskjeller. Satsing på salutogenese kan videre motvirke utvikling av sykdommer og behovet for forebyggende og behandlende tiltak som ofte har en kortvarig effekt.

Søkeord: helseforskjeller, minoriteter, salutogenese, ressurser, empowerment.

Forord

Nå når denne oppgaven er ved sin avslutning, kan jeg si at jeg er spesielt glad for at prosessen har bidratt med mye lærdom og mange nye og viktige perspektiver innenfor folkehelse. Det har likevel vært en lang modningsprosess, umulig uten støtte fra de jeg bruker anledningen til å takke her.

Først og fremst vil jeg takke min venn Jørgen som har vist interesse og engasjement for oppgaven og bidratt med språkvask samt korrekturlesing. Jeg vil også fremheve min venn Merima som har vært støttende og hjelpende i forhold til det meste jeg skulle lure på under denne perioden. Videre vil jeg takke min lesesalkamerat Lara som i samme periode har jobbet med sin hovedoppgave. Takk for all den støtte og hjelp, lange dager på lesesalen og hyggelige kaffepauser. Det kommer jeg til å savne.

Jeg må også takke alle tilknyttet studiet Folkehelsevitenskap ved UBM for to innholdsrike år. Dere har vært særlig inspirerende og bidratt med nye og verdifulle perspektiver. Jeg vil spesielt takke min veileder Grete Patil som har vært tilgjengelig til enhver tid og oppmuntrende i denne perioden. Men denne oppgaven hadde ikke blitt til uten hovedveileder Grete Alve på Høgskolen i Oslo. Takk for en flott tilpasset veiledning, konkrete og konstruktive tilbakemeldinger, og støtte da jeg trengte det. Du er en som kan sees opp til både faglig og personlig.

Til sist, men ikke minst vil jeg rette en stor takk til min kjære familie for å ha vært tålmodige og støttende de to siste årene, men spesielt under den siste tiden. Takk for at dere har alltid vært der for meg.

INNHold

1.0 INNLEDNING	6
1.2 BAKGRUNN OG FORMÅL	8
1.3 MINORITETSHELSE	9
1.4 PROBLEMSTILLING	10
1.5 HELSEDETERMINANTER	11
1.6 FOLKEHELSEFAGLIG RELEVANS	12
1.7 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	13
2.0 TEORIGRUNNLAG.....	14
2.1. SALUTOGENESE	14
2.1.1 Hva er salutogenese?	14
2.1.2 Generelle motstandsressurser.....	15
2.1.3 Opplevelse av sammenheng (OAS).....	16
2.1.4 Salutogenese og sosiale ulikheter i helse blant minoriteter	18
2.2 EMPOWERMENT	19
2.2.1 Hva er empowerment?.....	19
2.2.2 Empowermentprosess	21
2.2.3 Empowerment og sosiale ulikheter i helse blant minoriteter.....	22
3.0 METODOLOGISK TILNÆRMING	23
3.1 VITENKAPSTEORETISK FORANKRING.....	23
3.1.1 Hermeneutikk.....	23
3.1.2 Forforståelse.....	24
3.2 METODEVALG OG DATAINNSAMLING.....	25
3.2.1 Dokumentanalyse.....	25
3.2.2 Gjennomføring dokumentanalyse.....	26
3.2.3 Utvalg og utvalgskriterier.....	28
3.2.4 Søkestrategi.....	29
3.3 STUDIENS KVALITET	31
3.3.1 Reliabilitet	31
3.3.2 Validitet	31
3.3.3 Teoretisk perspektiv	32
3.4 ETISKE OVERVEIELSER	32
4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	34
4.1 SOSIALE FORSKJELLER.....	34
4.1.1 Oppvekst/utdanning.....	35
4.1.2 Arbeidsforhold	37

4.2 FORSKJELLER I HELSEATFERD OG BRUK AV HELSETJENESTER.....	39
4.2.1 Helsetjenester.....	39
4.2.2 Helseatferd	40
4.3 SOSIAL INKLUDERING	41
5.0 DRØFTING AV FUNNENE	44
5.1 GENERELLE POLITISKE BETINGELSER - FOKUS PÅ RESSURSER	44
5.1.1 Politikk om sosiale levekår – økt fokus på ressurser	44
5.1.2 Helseatferd og bruk av helsetjenester - mindre fokus på ressurser og salutogenese	45
5.1.3 Ressurser – helse – helseforskjellutjevning.....	46
5.2 SOSIALE LEVEKÅR BIDRAR TIL OPPLEVELSE AV SAMMENHENG.....	52
5.2.1 Oppvekst/utdanning som verktøy til begripelighet.....	52
5.2.2 Inkluderende arbeidsliv som verktøy til håndterbarhet	55
5.3 SOSIAL INKLUDERINGSPOLITIKK OG OPPVELSE AV MENING	58
6.0 KONKLUSJON	61
KILDELISTE:	62

1.0 INNLEDNING

1.1 TEMA

Tema for denne oppgaven er utjevning av sosiale helseforskjeller hos minoriteter i Norge, og dette vil belyses ut ifra flere nasjonale føringer. Sosiale helseforskjeller har vært et sentralt tema gjennom folkehelseutdanningen og er en folkehelseutfordring siste tre tiår både nasjonalt og internasjonalt. Verdens helseorganisasjon (WHO) var tidlig ute med å påpeke problemet sosiale ulikheter i helse med Alma-Ata deklarasjonen fra 1978 i tillegg til å vise til utfordringen i en rekke andre viktige dokumenter (WHO, 1978, 1986, 1997). Norsk folkehelsepolitikk la seg tett opp til idealene til WHO sine dokumenter som bidro til at sosiale helseforskjeller som tema ble satt på agendaen også nasjonalt.

Når det gjelder den norske befolkningen er det ingen tvil om at forventet levealder har økt og at folk er friskere enn noen gang før (Folkehelseinstituttet, 2009, UNDP, 2009). Det er en tendens de siste tiårene at for hvert femte år som går, får den norske befolkningen et år lengre forventet levealder (Helsedirektoratet, 2008). Forventet levealder er høy og den norske befolkningen har god helse, men samtidig ligger et paradoks bak gjennomsnittstallene. Ikke alle har hatt lik helseforbedring og dermed er det viktig å stille seg kritisk til disse helseforbedringer (Morgan, Ziglio, 2007, Zahl m.fl., 2003). Bak gjennomsnittstallene skjules store sosiale helseforskjeller (Sund, Krogstad, 2005) der minoriteter kommer dårlig ut (Blom, Henriksen, 2008, Kumar m.fl., 2008).

Valg av tema til oppgaven baserer seg på antagelsen om at en salutogenetisk orientering kan bidra til større kontroll og innflytelse over forhold som har betydning for helse. Teorien om salutogenese innført av Aaron Antonovsky i 1979 fokuserer på faktorer som opprettholder og fremmer vår helse i motsetning til patogenese som søker årsaker til sykdom (Antonovsky, 1979). Fremstilling av teorien tar utgangspunkt i den moderne medisins begrensninger som kvalifiserer en person som frisk/syk. Fra et salutogenetisk perspektiv er mennesket i en dynamisk prosess der det beveger seg på en kontinuumakse fra den ene enden med dårlig helse mot den andre enden med fullstendig helse. Antonovsky fokuserer på aktiviteter og krefter som kan hjelpe minoriteter mot den akse med god helse (Antonovsky, 1979, Antonovsky, 2004). Det å kunne utjevne sosiale helseforskjeller og fremme helse hos enkelte svakstilte grupper som minoriteter går – etter min mening – hånd i hånd med salutogenetiske helsefremmende faktorer.

Ulike typer forskning og oppsummering av forskning dokumenterer betydning av en salutogen tilnærming til ulike helseproblemer (Lundman m. fl., 2010, Aujoulat m.fl., 2008, Morgan m.fl.,

2007, Ericsson, Lindström, 2006, Ericsson, 2007). Begrepet salutogenese er nær knyttet til begrepet empowerment i den forstand at det å overvinne maktstrukturer og opplevelse av kontroll bidrar til å bevege helsestatusen i en helsefremmende retning. Her skal individer som er i en avmaktssituasjon, opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten samt forbedre sin helsestatus. Gjennom denne kraftmobiliseringen skal kreftene og faktorene som holder minoriteter nede kunne motarbeides. Målsettingen er å få mer makt, kontroll og styring over egne liv (Askheim, 2007). Betydningen av empowerment for utjevning av helseforskjeller ble synliggjort i en av Verdens Helseorganisasjons rapporter som er et resultat av litteraturgjennomgang av relevante peer review-artikler innen blant annet folkehelse (WHO, 2006).

Anvendelse av ulike teorier i slike studier kan kaste lys over nye områder og problemer som ellers ville vært vanskelig å synliggjøre (Langeland, 2009). Dette kan være spesielt aktuelt ved utfordringer som sosiale forskjeller skaper, der mange av så langt iverksatte tiltak ikke har klart å utjevne helseforskjeller, men snarere forsterke dem. Statistikken viser at sosiale helseforskjeller har vedvart over tid og er økende (Mackenback, Bakker, 2002, Whitehead, Dahlgren, 2006, NOU, 2009, Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

På tross av at forskning om minoritetshelse er mangelfull, kan en på bakgrunn av flere nasjonale og internasjonale studier konkludere med at det finnes klare helseskiller mellom etniske folk og minoriteter (Spilker, Indseth, Aambø, 2009, Syed m.fl. 2006, Harding, Maxwell, 1997). Som sagt er det også flere rapporter og studier som viser utfordringer knyttet til minoritetshelse (Blom m.fl., 2008, Kumar m.fl. 2008). På bakgrunn av dette har jeg valgt minoriteter som en av mest sårbare grupper i samfunnet for å undersøke hvorvidt sentrale politiske myndigheter bruker de ovenfor nevnte teorier i sine planer for å utjevne disse helseforskjellene.

Utfordringene knyttet til sosiale ulikheter i helse blant minoriteter er tydelige, noe som krever omfattende tverrfaglig samarbeid på flere nivåer i alle sektorer. En viktig strategi for å lykkes med slike utfordringer synes å skape en helserettet samfunnspolitikk (WHO, 1986). Derfor tar oppgaven utgangspunkt i offentlige dokumenter som utgjør myndighetens helhetlige politikk for utjevning av sosiale helseforskjeller og som legger føringer til det nasjonale folkehelsearbeidet. Denne politikken er beskrevet i seks dokumenter, tre Stortingsmeldinger (St. meld), to Handlingsplaner og et særtrykk av Stortingspreposisjon (St.prp.) som til sammen utgjør datamaterialet for undersøkelsen.

1.2 BAKGRUNN OG FORMÅL

Ut ifra en kunnskapsoversikt om sosiale ulikheter i helse-Norge går det fram at dårligere helse knyttet til minoriteter har store konsekvenser for samfunnet blant annet gjennom samfunnsmessig aktivitet, sosial deltagelse og økonomisk vekst. Som vi ser er det flere grunner til å redusere helseforskjeller knyttet til minoriteter. Forbedring av helse blant minoriteter er i seg selv god grunn til å foreta handling. Det er videre avgjørende for fysisk, psykisk og sosial trivsel og livskvalitet. Helse er i følge WHO's definisjon ikke bare fravær av sykdom, men "... tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære" som knytter seg til den subjektive opplevelsen av helse (WHO, 1948). Nyere internasjonal forskning viser at det ligger enormt potensiale i det å kunne redusere helseforskjeller (Mackenback m.fl., 2008). Ved forbedring av minoritetshelse i et folkehelseperspektiv kan det generelle helsepotensialet i samfunnet utnyttes bedre (Sund m.fl., 2005).

Når det gjelder mine kunnskaper og interesse for tema, har både fordypning i Miljø og helse og valgemnet «Helsepsykologi» på sin måte vært førende i forhold til valg av tema og problemstilling i denne oppgaven. Disse har bidratt til økt interesse for helsefremmende faktorer innenfor helse og årsaker som bidrar til å øke sosiale helseforskjeller, samt faktorer som utjevner disse. Før selve studietiden har spørsmål som hvorfor enkelte grupper mennesker i tillegg til sosiale vansker ofte også sliter med mange ulike helseproblemer vekket min interesse. Noen klarer seg på tross av store utfordringer og motgang på en god måte mens andre i samme situasjon ikke gjør det. Samfunnets rolle i å løse dette urettferdighetsproblemet ser jeg på som viktig i denne sammenheng. En kombinasjon av alle mine tanker og undringer har bidratt til valg av tema til oppgaven.

Arbeidet innenfor sykepleierket har gjort meg mer eller mindre bevisst egenkraften som finnes i ethvert menneske, og på denne måten har jeg erfart fordeler med empowerment som strategi. Gjennom mastergradstudier har jeg også fått et positivt forhold til Antonovskys salutogene teori i tillegg til å bli nærmere kjent med begrepet empowerment. Helt fra begynnelsen av studiet ville jeg lære mer om disse og ser på en masteroppgave som en god anledning til å fordype meg mer i tema, teorier og begreper.

Formålet med studien er å bidra med kunnskap som kan gi bedre forståelse og grunnlag til fremtidig helsefremmende arbeid når det gjelder utjevning av sosiale helseforskjeller, spesielt helseforskjeller knyttet til minoriteter. Selv om moderne helsefremmende arbeid er et etablert forskningsfelt, er utfordringene ved å definere nye tilnæringsmetoder fortsatt store, slik at en annen tilnærming til

utfordringen kan bidra med ny innsikt. Dette kommer til uttrykk i Jakarta-deklarasjonen om helsefremmende arbeid «det er nødvendig å gå nye veier» for å frigjøre vårt potensiale (WHO, 1997). Oppgaven skal også bidra med kunnskap om helsefremmende faktorer samt kjennskap til teorier som videre åpner opp for nye kreative måter å løse problemer knyttet til tema på. Empowerment og salutogenese er problemløsende og ressursorienterte, og tjener for sentrale teorier i dagens folkehelsearbeid. Gode teorier fører til en systematisk utvikling av tiltak. Dessuten vil det bidra til et mer positivistisk syn på mennesket og helse i mitt fremtidige folkehelsearbeid, som er kjernen innen folkehelsevitenskap. Fokuset vil gå mot det som skaper styrke og gir motstand istedenfor diagnose, sykdom, skade og død.

1.3 MINORITETSHELSE

I denne oppgaven omtales minoriteter hovedsakelig som innvandrerbefolkning. Imidlertid er det viktig å ha i mente at i offentlige dokumenter som danner datamaterialet og forskning som brukes i oppgaven, er begrepet minoriteter av og til brukt for å omtale både innvandrer- og urbefolkning. Derfor blir begrepet innvandring vanskelig å bruke konsekvent i oppgaven. Ut ifra dette anser jeg begrepet minoriteter som mer presist og relevant, og velger derfor hovedsakelig å bruke det i denne sammenhengen.

I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) var det ved inngangen til 2009 422 600 innvandrere og 85 600 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge, som til sammen utgjør 10,6 prosent av den norske befolkningen. Innvandrere er en heterogen gruppe som kommer fra 214 ulike land og har bosatt seg i alle landets kommuner. Oslo har den største andelen, der 26 prosent av befolkningen er innvandrere (SSB, 2009). Det er en stadig økende innvandring til Norge (Nasjonal helseplan (2007-2010)), som sammen med statistiske tall viser at innvandrere utgjør en stor andel av landets befolkning. I samsvar med dette blir betydningen av å gjøre noe med utfordringen om sosiale ulikheter i helse i denne befolkningsgruppen av enda større relevans.

Som nevnt står Norge som et flerkulturelt samfunn overfor store helseutfordringer. Statistikk og forskning om innvandrere og deres helse er fortsatt mangelfull - men omfattende undersøkelser utført av blant annet Statistisk Sentralbyrå i 1983, 1996 og 2005/2006, Folkehelseinstituttens undersøkelse InnvandrerHUBRO og mange andre små undersøkelser og forskning fra utlandet - gir likevel et bilde av nåværende innvandrerbefolkningens helsetilstand. Eksisterende kunnskap oppsummert i overfor nevnte dokumentasjon er at det foreligger store skiller i både fysisk og mental helse mellom minoriteter og etnisk befolkning. Minoriteter har også dårligere selvrapportert helse og høyere forekomst av enkelte livsstilssykdommer. Imidlertid er det viktig å nevne at

minoritetspopulasjonens heterogenitet og ulike bakgrunn fører til ulik helsestatus innenfor ulike etnisiteter. I samsvar med dette viser evidensen for eksempel store helseforskjeller mellom vestlige og ikke vestlige innvandrere (Hammad, Vangen, 2003, Næss, Rognerud, Strand, 2007, Kumar m.fl., 2008).

Migrasjon kan føre med seg både positive og negative konsekvenser for menneskers egen helse og samfunn de bosetter seg i. Innvandrere kan ha dårligere helse som følge av den sosiale gradienten, men også som belastning av det å være innvandrer og konsekvenser dette medfører. Verdens helseorganisasjon påpeker viktigheten av sosiale og politiske forhold i samfunnet som viktige faktorer som både kan forsterke og redusere forskjeller mellom minoriteter og etnisk befolkning (WHO, 1991).

På tross av et stort behov for en politisk strategi for helseforbedring blant denne befolkningsgruppen, har ikke norske myndigheter klart å utvikle dette. En økende interesse og forskning om minoritetshelse har ført til at Regjeringen presenterte i St. Meld. nr.17 en generell situasjon om minoriteter i Norge (St.meld.nr 17 (1996-1997)). Helse- og omsorgsdepartementet tok opp tema om sosiale ulikheter i helse først i 2003 (Kumar m.fl., 2008). Fire år etter har Det kongelige helse og omsorgsdepartementet utviklet en nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller i St.meld.nr. 20 (2006-2007), der utfordringer og tiltak knyttet til minoriteter utgjør en del av strategien. Deler av dette dokumentet som omhandler minoriteter sammen med delene av andre nevnte dokumentene under kapittel 1.1 danner utgangspunktet for besvarelse av problemstillingen i denne oppgaven.

1.4 PROBLEMSTILLING

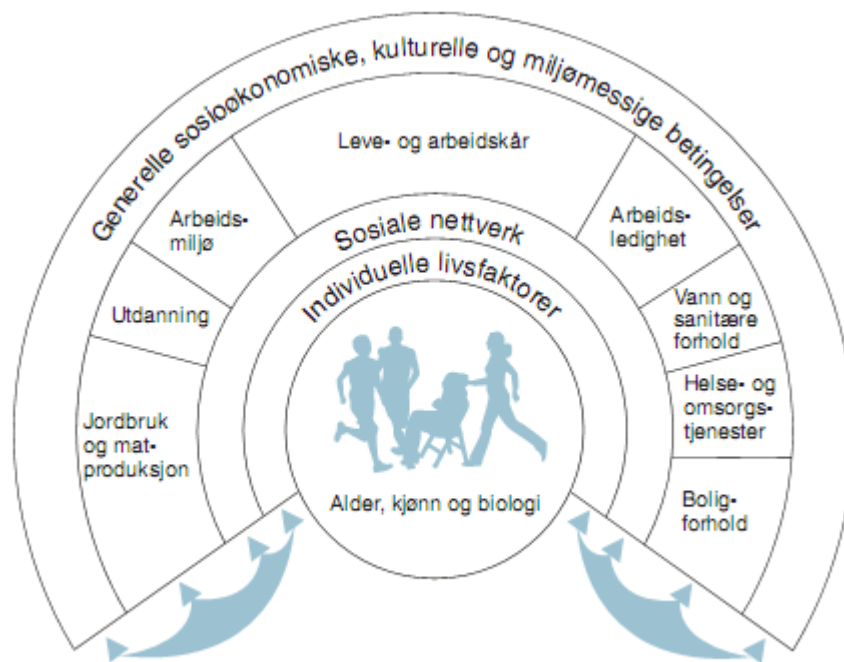
Fokuset i oppgaven blir rettet mot den rolle offentlig politikk kan spille ved å utforme samfunnet på en slik måte at det bidrar til utjevning av helseforskjeller. Et viktig poeng blir å finne ut hvordan offentlige føringer vektlegger de salutogene, helsefremmende faktorer som skal hjelpe minoriteter å oppnå et høyere nivå av helse, samt tilnærme seg nivået til resten av befolkningen.

Med utgangspunkt i dette blir oppgavens problemstilling følgende:

Hvordan kommer en salutogenetisk tenkning til syne i ulike offentlige føringer i Norge? Hvordan kan en salutogen tenkning bidra til å bedre minoriteters helse?

1.5 HELSEDETERMINANTER

Årsakforskningen på tema utjevning av helseforskjeller er svært komplisert fordi det er mange faktorer som påvirker helse, og disse henger sammen og påvirker hverandre. Vi vet fortsatt lite om hvordan helseforskjeller oppstår og opprettholdes. Derfor kreves det mer forskning og flere langvarige studier på dette feltet for å med sikkerhet kunne gjennomføre befolkningsrettede tiltak som kan stanse utviklingen av sosiale helseulikheter (Whitehead, Dahlgren, 2009, Duggan, 2002). Når det gjelder forskning på effekten av tiltak mot sosiale helseulikheter er denne nærmest fraværende fordi den metodemessig er veldig vanskelig å utføre. Tidsdimensjonen spiller en viktig rolle der det ofte kan ta lang tid før effekten av tiltak foreligger (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Med utgangspunkt i dagens aktuelle litteratur nasjonalt og internasjonalt er Dahlgren & Whitehead (1993) sin sosiale helsemodell brukt mye for politisk analyse av determinanter for befolkningens helse (Figur 1). Derfor velger jeg denne som bakgrunn for analyse av denne oppgavens datamateriale.



Kilde: Dahlgren og Whitehead, 1993

Figur 1

I midten er det individet med alder, kjønn og fysiske faktorer eller de biologiske og genetiske faktorer som i liten grad er mulig å påvirke. Etter denne kommer et lag med individuelle faktorer der blant annet individuell livsstil eller helseatferd utgjør en viktig del. Deretter kommer sosiale normer og inkludering i samfunnet som er mulig å påvirke politisk gjennom ulike vedtak. Videre

kommer et sett med leve- og arbeidskår som kan påvirke vår helse i begge retninger av helseskalaen, avhengig av negative eller positive effekter. En økt satsing på utdanning kan for eksempel føre til bevegelse av helsestatus mot enden med god helse, mens dens nedprioritering fører til det motsatte. Ytterst står de generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold som har betydning for forholdene ramset opp i laget under. Pilene på sidekantene av «regnbuen» i modellen viser at alle lagene er integrert med forhold i laget under, slik at for eksempel sosioøkonomisk tilstand har betydning for helsetjenester, arbeids- og utdanningsforhold, vårt sosiale nettverk for individuelle valg osv. Nivået av samfunnets ansvar vil få mer betydning i determinantslagene ytterst i modellen (Whitehead m.fl., 2009, Mæland, 2004).

Denne modellen omtales som nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å vise komplekse sammenhenger mellom ulike faktorer som kan forårsake *ulikheter* i helse. Disse generelle helsedeterminanter sammen med Antonovskys teori om salutogenese og teori om empowerment vil i denne oppgaven tjene som bakgrunn for en analyse om hvordan faktorene på ulike måter beveger minoriteters helsestatus i ulike retninger.

1.6 FOLKEHELSEFAGLIG RELEVANS

Begrepet helse har blitt definert på mange ulike måter. Den første WHO-definisjonen fra 1948 lyder slik: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» WHO (1948). Som utgangspunkt i denne ble helsefremmende arbeid definert som samfunnets innsats for å øke individets og gruppers mulighet for kontroll over helsefaktorer som virker inn på helse (WHO, 1986). Helsefremmende arbeid sammen med forebyggende arbeid danner en helhet i folkehelsearbeidet. Som vi ser ut ifra definisjonen om helsefremmende arbeid er empowerment og salutogenese nøkkelbegreper i et folkehelseperspektiv, der det å ha kontroll styrker helse og utgjør veien mot en bedre folkehelse for alle.

Innsatsområdene for helsefremmende arbeid bygger blant annet på prinsipper om at helsefremmende arbeid skal bidra til å redusere ulikhetene i helse (WHO, 1991). Likhetsprinsippet er en av de fundamentale verdier og er et hovedmål i WHO's regionale dokument for viktige helseutfordringer. Dette innebærer lik tilgang til muligheter til å utvikle fullt helsepotensiale for alle grupper i samfunnet (ibid). Som vi ser anses muligheter i form av ulike samfunnets goder og ressurser viktige for å oppnå det fulle helsepotensialet. Ut ifra dette ser vi at tema og problemstillinger i oppgaven er nær knyttet til faglige og etiske sider av grunnleggende folkehelsearbeid.

Fundamentale forutsetninger for helse er blant annet utdanning, mat, inntekt, sosial rettferdighet og likeverd. Dette gir også helse en politisk dimensjon som krever at samfunnet utformer politikk som tar utgangspunkt i alle helsefaktorer. I denne sammenhengen er det viktig å vurdere potensielle konsekvenser for folkehelse som følge av politiske beslutninger (Mittelmark, Hauge, 2003).

Dersom vi ønsker å endre utviklingen av en stadig brattere kurve når det gjelder helseforskjeller er det nødvendig å nærme seg problemet ut ifra forskjellige vinkler. En av disse er blant annet en ressursorientert tilnærming som vil utgjøre et viktig bidrag for et komplekst tema om utjevning av sosiale ulikheter i helse.

1.7 OPPGAVENS OPPBYGNING

I denne oppgaven redegjøres det først for tema med dets faglige referans, sentrale begreper samt en oversikt over generelle fakta knyttet til tema. Underkapittelet 1.6 Helsedeterminanter tar for seg hovedfaktorer som påvirker helse som dermed vil danne grunnlaget for analyse av datamaterialet. Masteroppgaven søker – som det fremgår av selve problemstillingen - å teste hypotesen forankret i eksisterende teori om salutogenese. Derfor er det nødvendig med en nærmere beskrivelse av hva teoriene som danner bakteppet for dataanalysen og drøftingen innebærer. Dette er presentert i kapittel 2. I tillegg til valg av vitenskapsteoretisk forankring som som får konsekvenser for metodeprosessen, gjør jeg rede for metoden som er brukt, fremgangsmåte for litteratursøkingen samt inkluderings- og ekskluderingskriterier. Avslutningsvis i kapittelet 3.0 drøftes studiens vitenskapelige kriterier for validitet og etiske overveielser. Deretter følger resultatdelen i kapittel 4.0, der jeg beskriver på hvilken måte myndighetene har valgt å jobbe med utjevning av helseforskjeller. Satsningsområdene myndighetene vektlegger i helsepolitiske planer i forhold til minoriteter, danner utgangspunkt for inndeling av dette kapittelet. I kapittel 5.0 analyseres resultatene opp mot de aktuelle teorier, og det diskuteres to aktuelle forskningsspørsmål forankret i Dahlgren & Whiteheads sosiale helsemodell. Avslutningsvis i kapittel 6.0 følger en oppsummering og svar på oppgavens problemstillinger.

2.0 TEORIGRUNNLAG

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for de to teoretiske tilnærminger som skal danne basisdrøftingen av oppgavens resultater. Oppgavens problemstillinger er forankret i teorien om salutogenese som vektlegger viktigheten av grundig redegjørelse av denne i oppgaven. På tross av mange likhetstrekk ved disse teoriene velger jeg likevel å presentere disse hver for seg av hensyn til en bedre oversikt.

2.1. SALUTOGENESE

Flere hevder at en vet med troverdighet at den salutogene teoriens mønster beskriver hva som leder til god helse (Franz, Carey, Jorgensen, 1993, Hanson, 2004, Naidoo, Wills, 2005, Ericsson, 2007, Suominen, Lindström, 2008). Dette utsagnet tillater jeg å være førende i oppgaven som omhandler forbedring av helse blant minoriteter, samt utjevning av helseforskjeller for denne befolkningsgruppe.

2.1.1 Hva er salutogenese?

Salutogenese som teori er basert på mangeårig forskningsarbeid - hovedsakelig med forskjellige sosialklasser - av den amerikansk-israelske professor i medisinsk sosiologi, Aaron Antonovsky (1923-1994). Begrepet salutogenese betyr altså alle aktiviteter som opprettholder og fremmer helse (Antonovsky, 1979). I sin bok «Health, stress and coping» presenterer han teorien for første gang og går fra det tradisjonelle spørsmålet om sykdom og patogenese til å søke etter å forklare kilder til god helse (Antonovsky, 1979, Heggen, 2007, Suominen m.fl., 2008). Derfor kalles salutogenese for læren om hva som gir god helse og helsefremmelse (Walseth, Malterud, 2004).

Antonovsky tar sitt teoretiske utgangspunkt i påkjenninger og vanskeligheter individer/grupper utsettes for. Tanken er å prøve å forstå og forklare hvorfor det går bedre med noen enn med andre på tross av at de møter like utfordringer (Antonovsky, 1979, Tamm, 2002). Fra teorien fremgår det at stress og ulike påkjenninger utgjør en viktig del i denne sammenhengen. Han beskriver ulike typer stressorer som naturlige stimuli i et menneskets liv, der de indre og ytre ressurser har betydning for om stressorer blir sykdomsfremkallende eller helsefremmende (Antonovsky, 2004, Winroth, Rydqvist, 2008). Stresset behøver ikke å være negativt om personen har evner til å mestre stresset og hvis vedkommende ser mulighet til å snu dem mot noe positivt (Antonovsky, 2004).

Antonovsky bruker kontinuum på en akse som modell der han ser på helse som en dynamisk prosess. Alle befinner seg på et sted på aksen, noe som er beskrevet innledningsvis i oppgaven. Hovedspørsmålet i denne oppgaven blir hvilke faktorer som bidrar til at minoriteter beveger seg mot den enden av kontinuumet med god helse (Antonovsky, 1979, 2004, Winroth m.fl., 2008). Svaret på dette ligger i følge Antonovsky i begrepene generelle motstandsressurser og opplevelse av sammenheng (OAS) som jeg presenterer i det følgende.

2.1.2 Generelle motstandsressurser

Generelle motstandsressurser er definert som alle typer ressurser hos et individ, en gruppe eller et miljø som er effektive for å unngå eller bekjempe stressorer i livet (Antonovsky, 1979). Disse kan være alle typer personlige egenskaper, eller interne ressurser som Antonovsky kaller dem (Suominen m.fl., 2001). Minoriteters interne ressurser kan blant annet være deres evne til å lære seg språk, intelligens, og deres sosiale eller praktiske ferdigheter. Både bakgrunn, oppvekst og det sosiale og kulturelle miljøet minoriteter er en del av har betydning for dannelse av generelle motstandsressurser. I tillegg til de personlige understreker Antonovsky i «Health, Stress and Coping» betydningen av eksterne ressurser. Eksterne ressurser er inndelt i sosiale ressurser som for eksempel personer som gir sosial støtte, materielle som gir mulighet til utdanning, og kulturelle ressurser som knyttes til normer, verdier og tradisjoner (Winroth m.fl., 2008, Suominen m.fl., 2001). Ut ifra dette kan generelle motstandsressurser kategoriseres som en del av minoriteter som enkeltindivider, men også som en del av det ytre miljøet og samfunnet minoriteter lever i. Minoritetsbefolkningen med tilstrekkelige og sterke motstandsressurser kan danne et godt utgangspunkt for gradvis å utvikle en sterk opplevelse av sammenheng og helse (Antonovsky, 1979).

Som vi ser er det mange helsefaktorer som kan hjelpe å bevege minoriteters helsestatus mot kontinuumets helseakse med god helse. Resurser som for eksempel språkkunnskaper vil danne utgangspunkt for en god samtale på skolen eller på jobben. Dette er forhold som kan være med på å øke trivsel og styrke minoriteters indre ressurser. Indre ressurser kan være i form av selvfølelse, mulighet til utdanning og jobb som igjen er nær knyttet til helse og velbefinnende (Tellnes, 2007). Som vi ser vil språkkunnskaper som ressurs dannes på bakgrunn av samfunnets ressurser i form av ulike muligheter til språkopplæring. Sammenhengene er komplekse. Antonovsky ville derfor finne ut hvordan ressurser henger sammen, hva som forener dem og hvordan de påvirker hverandre. Det har ført til videre utvikling av begrepet OAS i hans bok «Helbredets mysterium» (Antonovsky, 1996, 2004) som jeg tar for meg videre i kapittelet.

2.1.3 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Begrepet OAS er definert til å uttrykke folks evne til å forstå situasjonen de er i, opplevelsen av å ha tilstrekkelige indre og ytre ressurser og opplevelsen av delaktighet i det som skjer for å finne mening med hele situasjonen. Med andre ord vil det være en betegnelse på hvordan minoriteter opplever verden. En sterk OAS vil sette minoriteter i stand til å foreta sunne valg og bevege deres helsestatus mot helseaksen langs kontinuumet med god helse (Tellnes, 2007).

En systematisk gjennomgang av litteratur fra 1992-2003 viser at OAS er sterkt knyttet til helse og er en viktig determinant for bevaring og bevegelse mot den sunne polen på helsekontinuumet (Ericsson m.fl., 2006). I videre forskning fant Antonovsky at OAS er betinget av tre komponenter:

- begripelighet, det å kunne forstå og begripe ulike situasjoner,
- håndterbarhet, tro på at en kan håndtere dem og
- meningsfullhet, finne meningen med å forsøke å håndtere situasjoner (Antonovsky, 2004).

En sterk OAS har igjen stor betydning for mobilisering av nye motstandsressurser (ibid).

Minoriteter med sterk OAS vil ikke definere samme stimuli for belastende som de med svakere OAS. De vil bedømme og oppleve samme situasjon forskjellig ut ifra nivået av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det å ha en sterk OAS vil frigjøre ressurser og dermed vil minoriteter med sterk OAS oppfatte belastninger som mer positivt. Ut ifra dette ser vi at høyere nivå av OAS gir minoriteter mulighet til å velge mellom mestringsstrategier som fører til å kunne bedre kjempe med stressorer i omgivelser og til bedre helse (Suominen m.fl., 2008, Antonovsky, 2004).

Begripelighet i denne forstand handler om i hvilken grad minoriteter opplever informasjon og uttrykk i den fremmede tilværelsen som kognitivt forståelige, begripelige, strukturerte og forutsigbare (Antonovsky, 2004, Tamm, 2002). Dette innebærer evnen til å bedømme virkeligheten og ha forståelse for hvorfor det er som det er. Dessuten styrker den troen på at det som kommer til å skje i fremtiden skal være sammenhengende og skal kunne forklares (Antonovsky, 2004). Om minoriteter opplever tilværelsen som kaotisk, usammenhengende og uforklarlig har de liten sannsynlighet for å håndtere situasjonen. Kunnskapen om hvordan problemet kan angripes er avgjørende for at en problematisk situasjon skal være løst (Hanson, 2004). Minoriteter påvirkes av

omgivelser og bombarderes av ulike stimuli, men de skal gjennom å gjøre tilværelsen begripelig lære å tåle den bestandige trusselen med kaos og uro. En skal bygge opp sammenhengende opplevelser gjennom engasjement i samfunnet og dermed kunne fungere i samspill med sine omgivelser (Tamm, 2002).

Når jeg videre skal besvare problemstillingen er det viktig å gå ut ifra det om personen med minoritetsbakgrunn ser verden i en større sammenheng og om en ser sitt eget sted i relasjon til helheten i de ellers kaotiske omgivelser. I denne sammenhengen vil det si å vite hva som skjer rundt en, og hvorfor. For å forstå dette må man videre kunne bruke det verbale og non-verbale språket. Det handler om å forstå og tolke det man hører og ser. Det er bant annet individets språk, intelligens og evne til logikk som er viktige i denne sammenheng (Hanson, 2004). Denne følelsen av kontroll er en forutsetning for neste begrep, håndterbarhet.

Håndterbarhet i denne sammenheng bygger på minoriteters opplevelse og troen på at deres indre ressurser eller ressurser i deres nærmiljø kan hjelpe til å håndtere krav som stilles til dem i tilværelsen (Antonovsky, 2004, Hanson, 2004). Kravene kan være i form av å forstå et fremmed språk, utfordringer som stilles av det norske arbeidsmarkedet eller det norske samfunnslivet. Håndterbarhet innebærer med andre ord egen makt og kontroll over sitt liv. Når minoriteter blir utsatt for ulike stressorer i samfunnet, blir innflytelse over egen situasjon i tillegg til viljen til å ta omgivelsene til hjelp avgjørende for å oppleve håndterbarhet (Hanson, 2004). Ressurser i omgivelsenes nærmiljø i denne sammenheng kan være et støttende samfunn. Begrepet håndterbarhet innebærer også en opplevelse av å være rettferdig behandlet (Antonovsky, 2004) som er spesielt aktuelt blant minoriteter som befolkningsgruppe.

For å oppnå håndterbarhet, er begripelighet en forutsetning ettersom for å kunne håndtere situasjonen, må den være begripelig. Om kravene er for store og ressursene ikke strekker til, kan håndterbarheten minske. Dermed vil den rette belastningsbalansen legge grunnlag for håndterbarhet (Hanson, 2004). Ut ifra dette kan vi konkludere med at egen kontroll og et tilstrekkelig nivå av mestring er viktig for å kunne bekjempe stress og utfordringer på en måte som fremmer helse og bekjemper sykdom.

Meningsfullhet er motivasjonsdimensjonen i begrepet OAS. Den anses som viktigste komponenten da begripelighet og håndterbarhet hadde vært kortvarig uten meningsfullhet (Antonovsky, 2004). Minoriteter som opplever høyt nivå av motivasjon og meningsfullhet, vil sannsynligvis skaffe seg både kunnskaper og ressurser til å overvinne livets påkjenninger. Meningsfullhet oppstår som en opplevelse av at det finnes noe i fremtiden som kan oppnås, noe som engasjerer og «gir mening»

(Antonovsky, 2004, Hanson, 2004). Begrepet meningsfullhet henviser til den følelsesmessige dimensjonen som hjelper å ta utfordringen på seg, gjøre alt for å klare seg igjennom den og finne en mening med den (Antonovsky, 2004).

Motivasjon er drivkraft som driver en til å nå bestemte mål og tilfredsstillende behov. Lykkes et samfunn ved å øke motivasjon og engasjement blant minoriteter, ville det kunne føre til at de opplever tilværelsen som meningsfylt. Selv om det er individuelt hva en opplever som meningsfylt, vil tilfredsstillende av grunnleggende behov kunne øke motivasjonen. Frankl (1991) fremhever betydningen av blant annet relasjoner, positive opplevelser og mål i livet. Delaktighet i resultatene som oppnås på bakgrunn av ulike ressurser minoriteter innehar og tilegner seg, vil også gi meningsfullhet (Thybo, 2003). For at grunnleggende behov skal være tilfredsstillende anses rettferdighet og solidaritet som viktige dimensjoner. Om meningsfullhet ikke er tilstede mister en - i følge Antonovsky - interesse for å øke begripelighet, og lyst til å håndtere problemet. Mangel på opplevelse av mening vil kunne fremkalle destruktive følelser og være sterkt sykdomsfremkallende.

2.1.4 Salutogenese og sosiale ulikheter i helse blant minoriteter

Systematisk litteratursøk om tema sosiale helseforskjeller blant minoriteter i forhold til de aktuelle teorier har ikke vist mange resultater (se vedlegg). Forskningen om sosiale ulikheter i helse og de aktuelle teoriene har det blitt forsket noe mere på. Antonovsky forsket på ulike aspekter av sykdom og helse og sammenhenger mellom ulike sosioøkonomiske klasser og etnisiteter (Antonovsky, 1979, 2004). Han bidro med kunnskap om at helse ikke bare handler om kropp, sjel og det nærmeste miljø, men at samfunnet som helhet har en avgjørende betydning for individers og gruppers helse og velbefinnende (Antonovsky, 1979).

Flere hevder at den salutogene modellen gir den beste forklaringen på sosiale helseforskjeller (Antonovsky, 1979, Charlton, 1994). Forskning generelt viser at det ikke finnes noe adekvate modeller ennå som kan forklare kausalitet mellom de sosiale og biologiske variabler, som for eksempel mellom sosiale faktorer og helse. I og med at helseforskjeller foreligger også hos de rikeste og mest velstående i samfunnet - blir ikke teorien om at fattigdom og dens konsekvenser forårsaker helseforskjeller helt gjeldende. Forskningen om den salutogene teori og helseforskjeller viser at sosiale fordeler skaper helse (Charlton, 1994, Charlton, White, 1995). Folk fra høyere sosiale klasser er da i stand til å utnytte fordeler ved denne og på den måten øke sine motstandsressurser og sykdomsresistens. I den forstand skaper de positiv helse (Morgan m.fl., 2007).

Salutogene faktorer som samfunnet bidrar med øker OAS og på den måten gir mennesker en økt egenmakt (empowerment) over egen helse. Dermed vil for eksempel kunnskaper om helsefremmende forhold minoriteter tilegner seg gjennom utdanning, påvirke deres beslutninger i å foreta valg angående egen helse (Telness, 2007). Både teorien om salutogenese og empowerment tar utgangspunkt i en kritisk forståelse av samfunn og samfunnsskapt muligheter eller mangler på de samme, som spesielt vil bli egnet til tema minoritetshelse. Antonovsky ser på mennesket som aktivt og selvbestemmende (Antonovsky, 1979). For at en skal oppleve meningen med livet må vedkommende være medbestemmende og i den forstand vil empowerment være utvidende i forhold til teori om salutogenese. For at salutogene eller helsefremmende faktorer skal kunne virke – forutsetter det en deltagende rolle (Antonovsky, 2004) som også er et viktig prinsipp i empowerment (Askheim, 2007).

2.2 EMPOWERMENT

Hauge (2003) påpeker at empowerment er et sentralt ideal innenfor folkehelse og helsefremmende arbeid. Det har et humanistisk utgangspunkt som bidrar til verdige diskusjoner i forhold til velfredsstatens utfordringer knyttet til ansvaret mellom individet og samfunn for helsefremmende aktiviteter. I tillegg kan empowerment ha en praktisk betydning knyttet til forhold som det å overvinne kontroll og makt over eget liv og helse for forbedring av helse og utjevning av helseforskjeller. Ut ifra dette vil denne teorien danne viktig grunnlag for diskusjon av oppgavens resultater.

2.2.1 Hva er empowerment?

Begrepet empowerment har ulikt meningsinnhold avhengig av sammenhengen det er brukt i (Askheim, Starrin, 2007). I følge norsk ordbok er begrepet oversatt til bemyndigelse, men ordet oversettes i litteraturen også som myndiggjøring (Ekeland, Heggen, 2007), brukermidvirkning (Askheim m.fl., 2007, Stang, 2003), styrking (Stang, 2003), egenkraftmobilisering (Stang, 2003, Talseth, 2000), styrketrening, livsstyrketrening (Hem, 2003). I oppgaven brukes begrepet empowerment da de enkelte oversettelser ikke har helt dekkende meningsinnhold i oppgavens sammenheng.

Empowerment omtales ofte som makt og ressurser som er nødvendige for å håndtere livsutfordringer og oppnå kontroll over eget liv og helse. I denne sammenhengen vil empowerment være en prosess der minoriteter er nødt til å ta initiativ og ansvar overfor egen situasjon for å oppnå opplevelse av kontroll. Betydningen av samfunnets innflytelse i dette tilfelle skal heller ikke

utelukkes (Stang, 2003). Som det fremgår ut i fra definisjonen utgjør aspekter som *makt* og *opplevelse av kontroll* viktige deler i empowermentbegrepet. Myndighetene peker på de samme aspektene i sin definisjon i *Det er bruk for alle*; «det å gi eller overføre makt, å tillate, og å gjøre noe i stand til noe» (Hauge, 2007, s. 29). Her fremheves innflytelse samfunnet har i empowermentprosessen.

Det er viktig å reflektere over maktens natur i begrepet, dets utøvelse og konsekvenser, urettferdighet i samfunnet og undertrykkelsen denne eventuelt kan medføre (Askheim m.fl., 2007). For at en skal kunne forstå hva empowerment er, blir det nødvendig med en bedre forståelse av hva ordet makt innebærer. Makt defineres som «... det å få andre til å gjøre noe de ellers ikke ville ha gjort» (Rønning, 2007, s.35). Denne maktdefinisjonen vil knyttes til minoriteters personlige erfaring. Rønning (2007) skiller mellom flere former av makt, der strukturmakten for eksempel kan innebære å gjøre i stand til, eller å tillate. I denne sammenhengen blir det viktig å se på hvilken måte myndigheter som struktur overfører strukturmakt til minoriteter for at de videre skal kunne oppleve mer makt og kontroll over egne liv og helse.

Som vi ser ut i fra definisjonene er begrepet knyttet til to elementer; den subjektive erfaring - det å mobilisere og styrke minoriteters egne krefter for å oppleve kontroll, og dels til å nøytralisere krefter som bevirker makt - på et systemnivå (Vik, 2007). Stang (2003) argumenterer at empowerment vil omfatte både minoriteters rettigheter og plikter overfor seg selv og samfunnet, og samfunnet overfor minoriteter. I oppgaven vil det fokuseres på sammenhengen mellom individuelle og strukturelle forhold som Rønning (2007) anser som det eneste gjeldende for å få et helhetlig bilde av prosessen.

Et viktig aspekt i empowerment-tenkningen er hvordan samfunnet tilrettelegger for bemyndigelse (Vik, 2007). Det gjelder å gjøre noe for å få i gang prosesser og aktiviteter som kan styrke kontroll hos minoriteter. Hovedbudskapet fra Askheim (2007) er at en ikke kan oppnå optimal helse om minoriteter ikke har styring over de forhold som påvirker den. Resultater av økt bemyndigelse kan være utvikling av handlingskompetanse (håndterbarhet), opplevelse av kontroll eller økt tillit til egen mestringsevne (begripelighet) og måloppnåelse av verdsatte mål (meningsfullhet) (Tenquist, 2007). Slik jeg tolker det er resultater av økt bemyndigelse i samsvar med resultater av en vellykket prosess i OAS. Resultatene av økt bemyndigelse er i form av ulike typer ressurser som kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, arbeid, utstyr og ikke minst evne til å utnytte disse.

Korp (2004) hevder at det viktigste for helse er følelse av å ha kontroll over eget liv og mulighet til å delta i samfunnet rundt. Empowerment har som formål å styrke minoriteters egen subjektive

kunnskap som skal bidra til deres egen deltakelse i spørsmål som har med deres helse å gjøre. Delaktighet i et folkehelsefremmende perspektiv er et positivt begrep; det er noe som i seg selv er helsefremmende og vil gjenspeile minoriteters vilje til å stille opp (Korp, 2004). I denne sammenhengen gjelder det å motivere den andre til å se sitt potensiale, nødvendige ressurser og muligheter fordi mangel på disse hevder Sen (1999) er årsaker til dårlig helse (Ratna, Rifkin, 2007).

I folkehelsefaglig praksis betyr opplevelse av kontroll det at folk får mer kunnskap til å kunne lettere treffe valg som er i samsvar med helsefremmende aktiviteter (Andersen, Brok, Mathiasen, 2007). Det blir viktig å sikre minoriteter en mulighet for innflytelse i saker som angår dem og deres eget liv fordi at mennesker anses som aktører som vet sitt beste. Askheim et.al. (2007) problematiserer deltagelse og ansvar individet har i en folkehelsefaglig sammenheng. Empowerment brukes som verktøy for å appellere til minoriteter om for eksempel å bruke en annen livsstil uten at deres egne valg og verdier legges til grunn. Det som skal til er å hjelpe minoriteter til å bruke sine krefter og ressurser og motvirke og redusere stress som hindring for opplevelse av kontroll (Stang, 2003).

2.2.2 Empowermentprosess

Gutiérrez (1990) peker på noen viktige endringsprosesser som stimulerer til empowerment (Vik, 2007) som også kommer til uttrykk i annen litteratur om empowerment.

- Utvikle tro på egen evne til å kunne skape og kontrollere handlingene i eget liv. Troen på at minoriteter selv klarer å mestre utfordringer skaper bedre utgangspunkt for å lykkes. Hjelpere, som i denne sammenhengen er samfunnet, må bidra til å legge til rette slik at minoriteter har muligheter til å lykkes.
- Utvikle gruppebevissthet. Dette handler om å fokusere på hvordan politiske strukturer påvirker minoriteters opplevelser og erfaringer. Dette vil videre bidra til å flytte fokus fra individuelle årsaker til problemer til de strukturelle.
- Å ta personlig ansvar for endring. Det blir viktig å finne balanse og ikke fraskrive seg ansvar fordi at samfunnet har skylden. Som nevnt tidligere har minoriteters personlige ansvar og aktive innsats stor betydning for å forbedre situasjonen i empowermentprosessen. Endringer i seg selv kan føre til mer motivasjon og bevisstgjøring videre i prosessen.

2.2.3 Empowerment og sosiale ulikheter i helse blant minoriteter

Som vist ovenfor, handler empowerment om maktfordelig. Minoriteter er en gruppe som står i en avmektig situasjon. Derfor påpeker Vik (2007) viktigheten av å gi slike grupper mer kontroll og makt over sin egen situasjon. Empowerment handler i tillegg om å mobilisere folks egne krefter for å oppleve kontroll. Dette er nødvendig for å beholde god helse og motvirke effekten av samfunnsbetinget undertrykking (Thesen, Maltreud, 2001). Undertrykkende samfunns- og levevilkår kan bidra til fremmedgjøring, som medfører at en godtar undertrykkende forhold som er en viktig årsak til maktesløshet. Dette fører videre blant minoriteter til liten tro på egne evner, muligheter og ressurser. Det undertrykte mennesket vil kunne frigjøres ved overføring av makt (Stang, 2003). Ut ifra dette må politikerens holdninger, idealer og atferd stemme overens med bemyndigelse dersom de ønsker at minoriteter skal være i stand til å oppleve kontroll og mestring. Det handler om å fremme deres muligheter til å realisere sitt potensial. Det gjelder å motivere minoriteter å se sitt potensiale og se nødvendige ressurser som å gripe inn overfor miljø- og samfunnsskapt forhold som skaper dårlige livsbetingelser og maktesløshet (ibid).

Når det gjelder minoriteter blir det viktig å ta vare på menneskers ulikheter i bakgrunn og erfaring og betrakte dette som en ressurs. Sentrale holdninger i empowermentarbeidet er å se alle mennesker som kompetente om de gis de rette forutsetninger. Et viktig poeng hos Askheim et.al. (2007) er at ulike måter å leve på er likestilte og ingen er riktigere enn andre. Dermed vil empowerment handle om følsomhet, respekt og anerkjennelse ovenfor den andre. Tiltakene må baseres på hva minoriteter mener er best for dem der de selv foretar prioriteringer og medvirkning i gjennomføring av disse.

Empowerment streber mot større sosial rettferdighet og større likhet i helse og er imot undertrykkelse og fordelingspolitisk skjevhet (Andersen m.fl., 2007). Derfor argumenterer Myklebust (2007) at diskusjon om makt og empowerment er viktig i sammenheng med sosiale ulikheter i helse. Empowerment handler egentlig om å gi mer makt til folk som trenger det slik at de kan forandre uheldige forhold i samfunnet og oppleve mer kontroll (Vik, 2007). Det handler om å mobilisere folks egne krefter gjennom hvilke som helst mulige måter, som for eksempel gjennom utdanning og økt selvbevissthet. Slik blir empowerment en metode for å oppnå sosial endring. Dette er nødvendig for å oppnå god helse (Thesen m.fl., 2001, Walseth m.fl., 2004).

3.0 METODOLOGISK TILNÆRMING

I denne delen av oppgaven vil jeg beskrive den metodologiske tilnærmingen og utfordringer knyttet til studien. Det redegjøres for metodiske valg, datainnsamling og analyse. Studiens kvalitet med dens reliabilitet og validitet samt etiske overveielser kommer avslutningsvis i kapittelet. Hensikten er at leseren skal kunne danne seg bilde av prosessen og dermed kunne vurdere studiens kvalitet.

3.1 VITENKAPSTEORETISK FORANKRING

Vitenskapsteori er en integrert del av min forskningsmetode i den forstand at den undersøker hvordan jeg oppnår viten og dens struktur. For at studien skal kunne vurderes som god kunnskap må det oppfylle bestemte kvalitetskrav. Derfor velger jeg å arbeide med oppgaven i samsvar med vitenskapen som styres av et system føringer, regler, antagelser og forventninger som kommer frem i Kjørup (1996) og Wormnæs (2000).

Denne oppgaven vil gi svar på hvilken måte helsepolitiske føringer bidrar til utjevning av helseforskjeller blant minoriteter for så å tolke dette i lys av teoretiske referanserammer, som i dette tilfellet er salutogenese. I folkehelsevitenskap må vi lære å argumentere for saker fra et større perspektiv enn prioriteringer ut ifra for eksempel økonomisk tenkning og kostnad-nytte analyser. Derfor blir det viktig å reflektere over hvordan vi skaffer sikker viten, hva sannhet er og hvordan vi arbeider ansvarsbevisst for å komme frem til det på en så pålitelig og nøyaktig måte som mulig. På veien for å nærme meg problemstillingen i denne oppgaven bruker jeg den hermeneutiske metodetradisjonen som i følge Thagaard (2009) må ses i sammenheng med den forforståelse jeg bringer med meg i forskningsprosessen.

3.1.1 Hermeneutikk

Det som danner gjenstand for min fortolkning og analyse i oppgaven er aksept av andres allerede fortolket virkelighet. Dette innebærer en hermeneutisk tilnærming. Prosessen inneholder fortolkning av teksten og skaping av mening med den. Tanken bak hermeneutikken er at det ikke finnes absolutte sannheter, men at begreper kan forstås på ulike måter (Kruuse, 2001, Alvesson, Sköldberg, 2008). Hermeneutikken inneholder kritikk overfor krav om én objektiv og riktig mening og kritikk overfor det at tolkerens oppgave er å finne frem til denne. Malterud (2003) hevder at det ofte foreligger intersubjektiv enighet om hvilke ord som er brukt i teksten, men hva teksten uttrykker, hvordan den forstås, og hva meningen med den er, tillater et legitimt tolkningsmangfold.

Avgrensning av deler av teksten i forhold til mitt tema og problemstilling har ikke vært gjenstand for uenighet, fordi dokumentene bruker et formelt og tydelig språk som er lett å forstå. Det ville være mer utfordrende å avklare eventuelle uenigheter om hvordan jeg med sikkerhet kan skille mellom tiltak som er ment spesielt for minoriteter og befolkningen for øvrig. Utfordringen er ofte å bestemme om tiltak ment for befolkningen generelt også gjelder for minoriteter.

Hermeneutikken foreslår fremgangsmåter av fortolkningsprosessen der det endelige målet er meningsinnhold i teksten. Mine egne erfaringer og sanne og usanne for-forståelser danner bakteppe i tolkningsprosessen. Jeg fører dialog med teksten som resulterer i at mine horisonter smelter med andres og på bakgrunn av dette dannes en endelig forståelse. Analyse og interpretasjon av teksten består av å gå i en sirkel - ofte referert som den hermeneutiske sirkel - helt til jeg kommer til den endelige meningen uten noen misforståelser (Kogstad, 2002, Johannessen, 2001, Alvesson m.fl., 2008, Dahlager, Fredslund, 2008).

I selve resultatdelen kommer det så langt det lar seg gjøre deskriptive fremstillinger fremfor de fortolkende. En tidlig analyse av teksten kunne innebære tekstens dekontekstualisering. Imidlertid har jeg brukt vurderinger av det som er relevant å beholde til videre analyse. Som nevnt tidligere har jeg brukt bare deler fra dokumentene som sier noe om minoritetshelse - et kondensat, som det kalles av Hjortsæter (2009). Dette innebærer å forstå teksten i en sammenheng – som er en viktig idé i hermeneutikken (Kogstad, 2002).

3.1.2 Forforståelse

Siden tolkningen blir en sentral aktivitet, anses utforsker og dennes forforståelse som viktige påvirkningsmomenter i kunnskapsutvikling. Malterud (2003) definerer forforståelse som den bagasjen forskeren har med seg i form av erfaringer, forventninger og faglige perspektiver ved prosjektets innledning. Forforståelse kan påvirke nesten alle ledd i forskningsprosessen fra datainnsamling til analyse, tolkning og presentasjon (Malterud, 2003).

I denne studien har jeg som utforsker hatt stor innflytelse over blant annet valg av tema, spørsmål som stilles til teksten og måten datamaterialet ble analysert på. En annen viktig aspekt er utforskerens mulige gjenstand for påvirkning av resultater. Derfor anser jeg bevissthet over egen rolle og selvkritikk som viktige komponenter gjennom hele forskningsprosessen som også kommer til uttrykk i Malterud (2003).

Mine personlige interesser og erfaringer har tildels hatt betydning for valg av tema. Mine forventninger går ut på å finne flere positive kjennetegn i helsepolitikken som kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller hos minoritetsgrupper. Videre forventer jeg at teorier som har vekt personlig interesse er til en viss grad innarbeidet i offentlig forvaltning. Perspektivet på oppgaven og den aktuelle metode har blitt påvirket mer eller mindre av egen nysgjerrighet. Bagasjen utforskeren har med seg kan også gi styrke og motivet i prosjektet, hevder Malterud (2003). Det som er mer viktig i følge Malterud (2003) er hvordan jeg reflekterer over det jeg bærer med meg for å klare å skille mellom gammel og ny kunnskap og for å forebygge at jeg som person blir tydelig til stede i materialet.

3.2 METODEVALG OG DATAINNSAMLING

Metoden som brukes i studien er av en kvalitativ karakter som bygger på skriftlig kildemateriale. Metoden omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av datamaterialet (Malterud, 2003). Denne måten å tilnærme seg data på vektlegger detaljer og forståelse av fenomener. Undersøkelsen er av deduktiv karakter, noe som innebærer at den bygger på allerede eksisterende teori (Thagaard, 2009). Når teksten tolkes innenfor en teoretisk kontekst, vil tolkningens gyldighet avhenge av hvorvidt teorien gjelder for det aktuelle feltet (Kvale, 2006). Som sagt har oppgaven tatt utgangspunkt i teorier som Korp (2004) argumenterer for å være kjerner innen folkehelsevitenskap og som tjener for noen av de viktigste innenfor faget. Datainnsamlingsmetode som blir brukt i oppgaven kalles for dokumentanalyse eller innholdsanalyse.

3.2.1 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse skiller seg fra andre datainnsamlingsmetoder innen kvalitative data bare med at dataene ble skrevet for et annet formål enn for forskning (Jacobsen, 2000, Thagaard, 2009). Det gir grunnlag for at dataene anses som mer nøytrale (Kjestadli, 1997). En annen fordel med datamaterialet i denne oppgaven er at det inneholder gjennomtenkte og reflekterte uttalelser som fremheves i Jacobsen (2000). Kildematerialet er offentlig publisert med en formell karakter der teksten danner et kompromiss av mange synspunkter. Dokumentene sier hva myndigheter planlegger å gjøre og det de har gjort i forhold til utjevning av helseforskjeller blant minoriteter. Dette vil si at kildene er brukt både som levning og beretning, som vil si at dokumentene inneholder både «bør utsagn» der det foreslås konkrete tiltak, og at de sier noe om faktiske forhold - noe som virkelig har skjedd (Kjestadli, 1997).

Dokumentene inneholder hovedsakelig oppsummeringer av ulike prosjekter og forskning som ble gjort i forhold til tema minoritetshelse, men dokumentene inneholder også helsepolitisk ideologi i forhold til utjevning av sosiale helseforskjeller. Det formelle institusjonelle språket som preger materialet har betydning for tekstanalyse i den forstand at det er enklere å tolke mer nøyaktig enn for eksempel språkbruk fra intervjuuttalelser. I selve analysen av datamaterialet vektlegger jeg betydningen av vurdering og tolkning i forhold til konteksten de er brukt i. Betydningen av kontekstavhengig tolkning i vitenskapelig arbeid vektlegger også Hodder (2000) og Thagaard (2009).

3.2.2 Gjennomføring dokumentanalyse

Kjestadli (1997) foreslår tre steg i en kvalitativ analyse av teksten. Det første er å forstå det språklige. I denne fasen struktureres materialet for analysen. Alle seks offentlige dokumenter ble lest gjennom og systematisert etter det som var aktuelt til tema minoritetshelse. På denne måten har jeg oppnådd en større integrasjon mellom ulike deler av teksten og dannet tilnærmet sammenhengende kontekster. En slik måte å jobbe med kvalitative data på foreslås av Kvale (2006). Etter å ha gjort dette, satt jeg med 51 sider nedskrevet tekst.

I det neste trinnet klargjordes materialet videre som mer mottakelig for analyse. Materialet ble systematisert i en av to kolonner i en tabell slik at jeg kunne jobbe med materialet underveis i prosessen i den andre parallelle kolonnen. Samtidig eliminerte jeg overflødig materiale som gjentakelser og det jeg anså for å være irrelevant for oppgavens problemstilling, som for eksempel uaktuell statistisk informasjon. I dette trinnet leste jeg materialet spontant uten noen teoretiske perspektiver som anbefalt av Kjestadli (1997). Malterud (2003) argumenterer videre at en slik spontan lesing setter utforskeren i stand til å være mer åpen til å se hva teksten egentlig byr på.

Kjestadli (1997) anbefaler også å bruke metoder for meningsanalyse. I denne studien benyttet jeg meg av meningsfortetting som analysemetode, som innebærer å redusere datamaterialet til kortere og mer konsise formuleringer. I denne fasen komprimeres materialet der den umiddelbare meningen dannes og uttrykkes med færre ord (Kvale, 2006). På en slik systematisk måte ble teksten forkortet fra 51 til 13 sider. Selv om teksten ble redusert var den språklige sammenhengen bevart for en videre teoretisk analyse. Etter dette trinnet leste jeg gjennom teksten for å danne meg et generelt inntrykk av det konsise kildematerialet. Jeg foretok en oppsummering av inntrykk som naturlig vekket min oppmerksomhet ut ifra de mest aktuelle temaer som ble behandlet i datamaterialet. Dette har dannet utgangspunkt for tematisering og undertematisering av datamaterialet i det følgende:

- Redusere sosiale forskjeller for å redusere helseforskjeller (inntekt, oppvekst/utdanning, arbeid og arbeidsmiljø),
- Redusere helseforskjeller i helseatferd og helsetjenester, og
- Sosial inkludering.

Dette kaller Braun og Clarke (2006) for «data-driven» enheter som er forstadiet til «theory-driven» tematisering som jeg får etter å ha stilt teoretiske spørsmål til teksten. Den aktuelle teoritematiseringen er det endelige resultatet i oppgaven som utdypes i drøftingskapittelet. I denne fasen konsentrerte jeg analysen på hva, hvorfor og hvordan de dokumentene forteller om tema og problemstilling som anbefalt av Kjedstadli (1997). Parallelt med dette leste jeg kondensatet kritisk. Jeg så etter det som manglet i dokumentene med utgangspunkt i Dahlgreen & Whiteheads modell om helsedeterminanter og så på hvorfor noen temaer har blitt nedprioritert. Videre så jeg på mønsteret om enkelte tiltak har blitt mer viktige enn andre og hvorfor. I den siste fasen presenterte jeg og utviklet min forståelse av tekstens *egentlige* mening og hvordan denne står i forhold til de aktuelle teoriene.

Analyseformen som blir brukt er teorigyrt analyse der jeg sorterer teksten i henhold til forhåndsbestemte kategorier hentet fra salutogenesisk teori. Malterud (2003) hevder at denne analyseformen er et godt utgangspunkt for utvikling av nye beskrivelser. Undersøkelsens teoretiske basis har vært bestemmende for analysen, der min teoretiske oppfatning har påvirket dataanalysen. Med utgangspunkt i hermeneutikken, som aksepterer et legitimt tolkningsmangfold, er det unødvendig å stille strengere krav til tolkningskonsensus, så lenge det bevises og argumenteres for tolkningene (Kvale, 2006).

Her blir det viktig også å søke bevis som ikke er støttende i forhold til problemstillingen og mine egne meninger, men se etter alt som kan bidra til og gi andre tolkninger og konklusjoner. Dette innebærer å se etter argumenter som beviser det motsatte - at myndighetene for eksempel bruker patogenetisk syn i offentlig forvaltning. Kvale (2006) hevder videre at slik mangfold av perspektiviseringer og tolkninger til den samme teksten ikke vil være en svakhet, men styrke til undersøkelsen. Valget av forhold som skulle tolkes er avhengig av datamaterialet og min teoretiske innsikt av salutogenese og empowerment. En mest mulig korrekt konklusjon krever en nøye steg for steg-analyse av materialet. Mange empiriske studier basert på denne teorien har blitt gjort, og mange av forutsetningene har blitt støttet som styrker den deduktive tilnærmingen i undersøkelsen.

Tolkningen innenfor en teoretisk kontekst av 13 sider med kildematerialet vil føre til utdypning med enorme mengder materiale. Derfor foreslår Kvale (2006) at datamaterialet tjener som

bakgrunnskontekst for tolkningen av enkelte viktige utvalgte områder som i denne studien er utdanning, arbeid og arbeidsmiljø og sosial inkludering. Braun et.al. (2006) anbefaler å eliminere enkelte temaer som ikke går an å bruke sammen under andre hovedtemaer. Videre skrijving av datamaterialet som en fortelling hjalp til å danne en sammenhengende og strukturert tekst som danner oppgavens resultater.

3.2.3 Utvalg og utvalgs-kriterier

Hovedhensikt med oppgaven i utgangspunktet var å undersøke på hvilken måte sentrale myndigheter har prioritert minoritetshelse i Norge. Med bakgrunn i folkehelsevitenskap var det naturlig å gå for å undersøke om myndighetenes foreslåtte strategier og tiltak i forhold til minoritetshelse har blitt gjennomført i praksis. Etter en lang vurdering har jeg likevel bestemt at innholdet i offentlige dokumenter ville være det mest aktuelle å undersøke i denne omgangen. Dette med hensyn til masteroppgavens omfang, tidsbegrensning og mulighet for et bedre kjennskap til folkehelsepolitiske prioriteringer for eventuelle videre studier.

For å finne de potensielle kilder som kunne brukes for å svare på problemstillingene, gjennomgikk jeg alle Stortingsmeldinger (53) som ville være aktuelle med hensyn til fag, departementer de ble utgitt av og årstall. På den måten fikk jeg en oversikt over hva som finnes av materiale knyttet til tema minoritetshelse. Regjeringens offisielle internetsider inneholdt tilstrekkelig informasjon i forhold til kildematerialet. Jeg brukte deres søkemotor for å kunne på en rask måte granske hva de aktuelle dokumentene inneholdt. Ved hjelp av søkeordene «innvandrere» og «minoriteter» ble antall dokumenter redusert fra 53 til 27. Utfordringen har videre vært å finne kilder som kunne gi svar på det jeg var interessert i. Ved nøyere lesing av innholdsfortegnelser og innholdet av dokumentene ble antallet videre redusert til ni dokumenter. En av disse var St.meld.nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Ved nøyere lesing av denne bestemte jeg meg for dokumenter som ramses opp i dokumentet og som utgjør den norske helhetlige politikk for sosial utjevning, inkludering og fattigdomsbekjempelse. Med hensyn til studiens validitet har jeg bestemt meg for en systematisk bruk av alle disse dokumentene som til sammen utgjør politikken for utjevning av helseforskjeller de kommende årene. Som nevnt overfor inkluderer dette en helhetlig og langsiktig innsats på mange områder blant annet innenfor arbeid, utdanning, helseatferd og sosial inkludering (St.meld.nr. 20 (2006-2007)).

Dokumentene som skal danne utgangspunkt for dataanalysen er:

St.meld.nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller utgitt av Det kongelige helse og omsorgsdepartementet,

St.meld.nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering av Det kongelige arbeids- og inkluderingsdepartementet,
St.meld.nr. 16 (2006-2007) ...og ingen sto igjen Tidlig innsats for livslang læring utgitt av Det kongelige kunnskapsdepartementet,
Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) Oppskrift for et sunnere kosthold utgitt av Departementene,
Handlingsplan mot fattigdom (2008-2009) av Arbeids- og inkluderingsdepartementet og
Nasjonal helseplan (2007-2010) som er en del av St.prp. nr. 1 av Helse- og omsorgsdepartementet.

Som vi ser er denne helhetlige politikken nedskrevet i ulike typer dokumenter. Disse har dermed ulike formål. Jeg anser som viktig å beskrive dokumentenes forhold for å kunne bedømme viktigheten av dokumentene.

Stortingsmeldinger (St.meld.) blir styrende for Regjeringen og Departementer som arbeider med utjevning av sosiale helseforskjeller i de neste ti år. Melding til Stortinget er et orienteringsdokument fra Regjeringen til Stortinget om saker som skal drøftes i den norske generalforsamlingen. Den lages av departementer og er ofte en rapport om arbeidet som er gjort i et felt eller/og drøfting av fremtidig politikk (Regjeringen, 2010).

Preposisjoner til Stortinget (Prep.) er også dokumenter som legges frem fra Regjeringen til Stortinget. Regjeringen foreslår Stortinget å treffe vedtak som kan gjelde nye eller endrede lover, forslag eller endringer til statsbudsjettet samt andre vedtak (ibid).

Handlingsplaner vedtas av Regjeringen og er ment å være virkemidler for bevisst- og ansvarliggjøre beslutningstakere, profesjonsutøvere, fagpersoner og andre i offentlig, privat og frivillig sektor om overordnede politiske mål og visjoner. Det er et verktøy som identifiserer og gjennomfører tiltak som skal virke over en begrenset tidsperiode (ibid).

3.2.4 Søkestrategi

Med formål å søke å få oversikten over forskning som er aktuell i forhold til problemstillingen ble systematiske søk foretatt i de helsefaglige databasene PubMed, PsycINFO, ISI Web og Knowledge og CINAHL. For å velge databaser som er aktuelle i forhold til helsefag brukte jeg Universitet i Oslos biblioteks internettside og søkemotor som sorterer databaser etter fagområde. I tillegg til dette benyttet jeg meg av råd fra bibliotekarer og Ringdal (2001) sine anbefalinger om litteratursøking.

Med utgangspunkt i enkelte søkeord i databasene endte søket opp med mange treff (Vedlegg 1, 2, 3, 4). Som søket i vedleggene viser har jeg prøvd å begrense disse med kombinasjon av andre aktuelle søkeord. Ved en nærmere gjennomgåelse av studiene som er resultat av disse søkene ble antall

aktuelle funn drastisk forminsket. Resultatene ble gjennomgått ved å lese sammendrag av artikler der de forelå. Av disse ble enkelte ansett å være aktuelle for min problemstilling, men ved en nærmere lesning ble de likevel ekskludert. Artikkene er utvalgt blant annet etter relevans, med vekt på de nyeste artiklene fra anerkjente tidsskrifter og problemstillingens relevans.

De rette søkeordene er ofte ikke de forskeren mener er rette (Malterud, 2003). Derfor valgte jeg å bruke hovedemne i MeSH for at databaser skulle kjenne igjen de begreper de bruker for å vise til det riktige materialet. Undergrupper av søkeordene ble valgt med hensyn til den aktuelle problemstillingen.

I tillegg til hovedsøket ble et begrenset antall studier som refereres til i oppgaven funnet via andre kilder. Disse ble funnet via kildehenvisninger til artiklene i hovedsøket og gjennom anbefalinger av blant annet sentrale helsemyndigheter i Norge. For å danne en bedre oversikt har jeg også søkt etter de aktuelle forfatterens navn i de overfor nevnte databaser, Bibsys og Helsebibliotekets internettside. Referanselister i en rekke artikler har også dannet utgangspunkt for søket.

Det har vært hele veien viktig å vurdere ulike studier på en systematisk, metodisk og kritisk måte. Måten undersøkelser er gjennomført på påvirket min tillit om resultatene var til å stole på, sanne og overførbare til praksis. Derfor rettet jeg mest fokus mot den metodiske kvaliteten i artiklene som blir brukt i oppgaven. Jeg er klar over begrensningene til systematisk, detaljert og kritisk vurdering av forskningsdesign på sekundære studier - da disse blir lite omtalt i artiklene - men jeg har stilt meg kritisk overfor dem i så stor grad det lot seg gjøre for å minke risikoen for systematiske skjevheter.

Primære kilder ble brukt fremfor sekundære i den grad disse var tilgjengelige. I tilfeller der det ble anvendt flere kilder om samme utsagn, var betingelsen at de var uavhengig av hverandre.

Generelt har det blitt forsket veldig lite om dette temaet. Med utgangspunkt i databasene som ble brukt konkluderer jeg med at det ikke foreligger forskning og analyser av de offentlige dokumentene ut ifra et salutogent syn. Imidlertid har det vært forsket på salutogenese og empowerment i forhold til andre temaer og problemstillinger som delvis var overførbare til denne oppgaven. Mange av de relevante artiklene baseres på tema sosiale helseforskjeller, men det er likevel lite forsket på minoriteter som forskningspopulasjon i denne sammenheng.

3.3 STUDIENS KVALITET

Leseren skal kunne stole på at funn og resultater som er fremlagt i denne oppgaven ikke er gjenstand for tilfeldigheter, men innhentet og systematisert på en måte som dagens vitenskapelige kultur kjenner og anerkjenner. Som nevnt innledningsvis finnes spesifikke vitenskapelige forventninger og kriterier for all vitenskapelig arbeid. Det er bred enighet om at systematikk, kritisk refleksjon, ærlig håndtering av kunnskap og kontekstuelle forutsetninger som har hatt betydning for tolkninger er viktige. I denne oppgaven ser jeg som relevant at vitenskapelig kunnskap stiller krav til studiens troverdighet gjennom dens reliabilitet og validitet.

3.3.1 Reliabilitet

Spørsmålet om reliabilitet er knyttet til vurdering av studiens pålitelighet. For at resultater skal vurderes som pålitelige brukes ofte repliserbarhet som mål på dette. I hvilken grad resultatene kan ses som uavhengige av relasjon mellom forsker og det som studeres og om en annen forsker hadde kommet til samme resultater (Thagaard, 2009). En eksplisitt forklaring av ulike trinn i analyseprosessen med redegjørelse av prosedyren i studien vil være en måte å kontrollere analysen på, slik at andre kan følge og kontrollere tolkningsprosessen (Kvale, 2006). Som nevnt innledningsvis i kapitlet vil tilfredsstillende av såkalt ekstern reliabilitet være vanskelig da forskeren påvirker forskningsprosessen i alle trinn, men en tydeliggjørelse av forskerens rolle blir viktig. Innledningsvis i kapitlet ble det klargjort på hvilken måte jeg eventuelt kunne påvirke resultatene av denne studien.

Argumentasjon for intern reliabilitet i forhold til kvalitative tilnærminger kan være å gi en detaljert beskrivelse av forskningsprosessen (Thagaard, 2009). Dette har jeg forsøkt å etterleve ved redegjørelse for søkestrategi, analysemetode, teoretisk forankring i tillegg til presentasjon av data i resultatdelen så langt det kunne gjøres atskilt fra mine egne tolkninger. Leseren skal også kunne skille mellom hva som er kildematerialet og mine vurderinger i teksten.

3.3.2 Validitet

Ut ifra et hermeneutisk perspektiv vil validitet innebære en undersøkelsesprosess som innebærer utvikling av fortolkninger. De er hverken sanne eller falske. Kruuse (2001) argumenterer at fortolkninger er sanne så lenge de har en praktisk betydning. Hensikten med resultatene i denne oppgaven er å øke forståelse og si noe om i hvor stor grad folkehelsepolitikken fokuserer på helsefremmelse fremfor forebygging og behandling av sykdom blant minoritetsgrupper eller

omvendt. Imidlertid kan resultatene fra studien ved rekontekstualisering av den teoretiske forståelsen settes i en videre sammenheng. På denne måten kan studien - slik Thagaard (2009) tolker det - bidra til en mer generell teoretisk forståelse og utvikling av nye undersøkelser.

Oppgavens interne validitet knyttes til krav om datatolkning (Thagaard, 2009), mens den eksterne validiteten som knyttes til overførbarhet ikke er aktuell i en kvalitativ studie som denne er. Når det gjelder intern validitet i oppgaven, foreligger redegjørelse for hvordan analysen gir grunnlag for mine konklusjoner. Dokumentasjon av datamaterialets tolkninger bidrar til å styrke studiets validitet. Når det gjelder mitt ståsted i prosjektet har ikke jeg noe erfaring hverken med tema eller med politiske dokumenter som kildemateriale. Derfor kan mitt ståsted påvirke materialet i den forstand at jeg lettere kan avsløre nyanser som en erfaren ofte kan overse samt ulemper manglende erfaring kan medføre (Thagaard, 2009).

3.3.3 Teoretisk perspektiv

En av begrensningene ved denne studien er at analysen og tolkningen av teori og begrepet OAS baseres på andres arbeid. Dessuten er det individuelt hva personer opplever som forutsigbart, håndterbart og meningsfullt. Imidlertid viser mye forskning at OAS er en universell opplevelse på tross av kulturer og kjønn som styrker tolkningen av salutogene begreper i studien. Mange kritiserer Antonovsky for hans snevre teori, men samtidig er mange enige om at dette perspektivet på helse har vært viktig for opplevelse av helse og det gode liv (Eriksson, 2007). Salutogenese er ikke en teori som angir direkte løsninger, men heller et tankesett som kan hjelpe oss å lede til produktive meninger.

3.4 ETISKE OVERVEIELSER

Noen av hovedprinsipper innenfor forskningen er at den ikke kan være diskriminerende og den bør i størst mulig grad omfatte marginaliserte grupper. Problemstillingen i oppgaven dekker delvis sin etiske relevans ved at den er anvendelig for etniske minoriteter som marginalisert gruppe. Det hevdes at minoriteter bør inkluderes bedre, både i ulike forskningsprosjekter og som forskere (Bhopal, 2007). Bhopal (2007) hevder videre at etiske regler bør modifiseres for å kunne bedre inkludere minoriteter. Ved valg av problemstilling anser Thagaard (2009) som viktig at forskeren har en forståelig tilnærming til minoriteter som skal bidra til bevisstgjøring av utfordringer denne grupper møter.

All vitenskapen skal styres av forskningsetiske normer og retningslinjer. For helsefaglig forskning er det Helsinki-deklarasjonen som gjør seg gjeldende (Forskningsetiske komiteer, 2009). I oppgaven var det viktig å kjenne til hvilke etiske verdier som styrer vitenskapelig arbeid for å kunne stille seg kritisk overfor andres arbeid ved dokumentanalyse, og ikke minst å kunne utføre egne vitenskapelige undersøkelser på en riktig måte. Kritisk tenkning og refleksjon overfor andres arbeid ble direkte positivt styrende for mitt eget. Det var nødvendig å forholde seg kritisk både til kildematerialet og forskning for å forstå forskningens resultater, dens styrker og svakheter.

I tillegg til institusjonelle ordninger i begrepet forskningsetikk ligger også vitenskapelig etos som inneholder allmenne vitenskapsetiske verdier og normer. God vitenskapelig praksis kjennetegnes også av objektivitet og veldokumentert, empirisk og gyldig vitenskapelig kunnskap (Wormnæs, 2000, Merton, 1968). Det har vært like viktig å være bevisst hvilke etiske prinsipper som gjelder i forskningens praksis i forhold til hele forskningsprosessen for at etikken skulle integreres i mine egne verdier og dermed også i vitenskapelig arbeid.

Et annet viktig aspekt i studien er at oppgaven bygger på kumulativ forskning som vil si at den bygger på andres resultater. For en bedre ivaretagelse av vitenskapelig etos dokumenterer jeg alltid hvem og hva jeg bygger videre på gjennom bruk av kilder og for å skille mellom min egen og andres innsats. Dette anser Ringdal (2001) for å være av stor betydning i vitenskapelig arbeid.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Hensikten med denne undersøkelsen har hovedsakelig vært å finne ut på hvilken måte en salutogenetisk tenkning kommer til syne i offentlige føringer. Datagrunnlaget for analysen i denne undersøkelsen består av seks offentlige dokumenter som tar for seg utjevning av helseforskjeller. I fremstillingen av resultatene går jeg systematisk inn på alle dokumentene og sorterer datamaterialet i forhold til tre viktige områder myndighetene har valgt å satse på.

Med utgangspunkt i årsaker til helseforskjeller har myndighetene valgt å sette i verk en bred og langsiktig strategi innenfor tre allerede nevnte aktuelle satsningsområder (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Det første de setter fokuset på er å redusere *sosiale* forskjeller som hovedsakelig inkluderer grunnleggende forhold som inntekt, oppvekst/utdanning og arbeid/arbeidsforhold. Deretter satser de på å redusere forskjeller i *helseatferd* og *bruk av helsetjenester*. Politikk om *sosial inkludering* utgjør det tredje og siste satsningsområdet aktuelt for å gripe arbeidet mot systematiske helseforskjeller.

4.1 SOSIALE FORSKJELLER

En av de mest grunnleggende samfunnsinvesteringer innen politikk om sosial forskjellutjevning er en økonomisk politikk av rettferdighet. Denne politikken har som formål å bidra til å redusere sosiale ulikheter i form av rettferdig fordeling av inntekt, men også å bidra til å fremme minoriteters personlig utvikling. I denne sammenhengen understreker myndighetene like muligheter til utdanning og arbeid som viktige investeringer for å redusere sosiale helseforskjeller (St.meld.nr. 20 (2006-2007)).

Utvikling av strategier i forhold til inntektsutjevning går ut på fattidomsbekjempelse gjennom gode velferdsordninger. I denne sammenheng velger myndighetene - i tillegg til å jobbe direkte med en mer rettferdig fordeling i skattesystemet – satse på å øke sysselsetting og like muligheter til utdanning (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). På veien mot målet av rettferdig fordeling av goder fremhever myndighetene betydningen av ressurser minoriteter innehar i form av lærings- og arbeidspotensialet (St.Meld.nr. 9 (2006-2007), St.meld.nr. 16 (2006-2007), Nasjonal helseplan (2007-2010)). Dessuten anerkjenner de viktigheten av å bidra til at minoriteter utvikler evne til å bruke og gjenbruke disse samt at de utvikler nye ressurser. Tilgang til ulike typer ressurser i miljø og samfunn - blant annet de økonomiske – vil i følge Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller danne grunnlaget for god helse blant minoriteter (St.meld.nr. 20 (2006-2007)).

4.1.1 Oppvekst/utdanning

Myndighetenes strategi for utjevning av sosiale forskjeller for utjevning av helseforskjeller tar utgangspunkt i en helhetlig livslang tilnærming, der satsing på oppvekst og utdanning er godt prioritert (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). De velger å satse mest på førskolebarn og elever når potensialet til læring er størst, men imidlertid sørger de også for språkopplæring og andre former for utdanning for voksne minoriteter (St.meld.nr. 16 (2006-2007)). For å danne et solid grunnlag for livslang læring ser de nødvendigheten av å satse på utvikling blant minoritetsbarn. Betydning av en slik perspektivering er i følge dem viktig som utgangspunkt for en høy grad utvikling av mestring i voksen alder. Myndighetene legger vekt på at hver elev skal få mulighet til utvikling av sine kunnskaper i ulike læringsarenaer og på den måten stimuleres til livslang læring. I denne sammenhengen synes myndighetene å omfatte minoriteters læringsressurser og muligheter til videreutvikling av disse som et viktig verktøy på vei for å nå målet (St.meld. nr. 20 (2006-2007), St.meld. nr.16 (2006-2007)).

Myndighetene anser språkopplæring for et godt utgangspunkt for å ta i bruk minoriteters ressurser. Språkkunnskaper er et mål i seg selv og, en ressurs for videre utvikling. Språkutvikling vil i følge myndighetene påvirke minoriteters motivasjon, som igjen kan påvirke faglig læring og tilegnelse av nye kunnskaper. Dessuten understreker myndighetene språkets betydning for mulighet til bedre kommunikasjon, identitetsdannelse og tilhørighet i et fellesskap. Når det gjelder språkkunnskaper i småbarnsalderen anser myndighetene disse for å være det viktigste elementet for at barn skal kunne oppleve mestring, sosial læring og kompetanse. For å nå en høy grad av mestring anses evnen til kommunikasjon, begrepsforståelse og ordforråd helt avgjørende (St.meld. nr.16 (2006-2007)). Myndighetenes mål i denne sammenheng er derfor å redusere antall barn som møter til skolestart uten norske ferdigheter. En systematisk observasjon av kommunikasjon, språkforståelse og talespråk av alle barn to ganger i løpet av førskolealderen er tiltak som skal kunne identifisere hvilke barn som trenger mer oppfølging. Disse tiltak er universelle og omfatter alle barn i befolkningen der - i følge myndighetene - den største nytten vil tilfalle barn med minoritetsbakgrunn. Slike tiltak danner grunnlag for videreutvikling av tiltak i forhold til språkstimulering i barnehage og skole (St.meld. nr.16 (2006-2007)).

Det satses på å utvikle prosjekter som «Lær meg norsk før skolestart» med systematisk språkstimulering og andre godt tilrettelagte tiltak som for eksempel tilskuddsordninger for språkstimulering utover det ordinære barnehage tilbudet og gratis kjernetid i barnehage. Metodene er mestringsorienterte og tar utgangspunkt i hva selve barnet kan (St.meld. nr.16 (2006-2007)). På

denne måten vil barnehager kunne bidra til inkludering, sosialisering og bedre norskferdigheter. Språkkunnskaper anses også å være mest betydningsfullt når det gjelder barnets fremtidige intellektuelle, emosjonelle og sosiale utvikling. Derfor anbefaler myndighetene at minoritetsspråklige barn med dårlige norskkunnskaper før skolestart må få oppfølging helt frem til norskkompetansen er tilstrekkelig (St.meld. nr.16 (2006-2007)).

I dokumentet *...og ingen sto igjen Tidlig innsats for livslang læring* legges vekt på at førskolelærere og annet personell får nok kunnskaper om normal utvikling, språkstimulering og flerkulturell pedagogikk slik at også andre i miljøet kan bidra til sosial utjevning av forskjeller i samfunnet. Myndighetene velger videre å sørge for barneverntjeneste der målet blir å styrke den flerkulturelle kompetanse i barnevernet med hensikt å få likeverdig tjeneste for minoriteter som for befolkningsbarn for øvrig (St.meld.nr. 20 (2006-2007)).

Når det gjelder skoleelever satser myndighetenes på å øke antall minoritetsspråklige som fullfører videregående skole, samt utjevning av deltagelsesraten i høyere utdanning mellom minoritets og majoritets elever. Det som anses å kunne bidra positivt til myndighetenes måloppnåelse er minoriteters ressurser. Med utgangspunkt i forskjellige forskningsresultater fremheves i St.meld.nr. 16 (2006-2007) at ressurser som for eksempel utdanningsambisjoner og høy verdsetting av skole er bedre blant minoritetsbarn enn blant barn i resten av befolkningen. Myndighetene legger videre frem skoler som utnytter potensialet som ligger i flerkulturelle- elev og nærmiljøer som et godt eksempel for andre og vil generelt styrke skoler med høy antall minoritets elever (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

Når det gjelder språkopplæring av voksne sørges det for både rett og plikt til norskopplæring (St.meld.nr. 9 (206-2007)). På grunn av svakere utdanningsbakgrunn og grunnleggende ferdigheter innen lesing og skriving blant minoriteter foreslår Regjeringen tiltak som skal motvirke disse tendensene. Praksisnær grunnleggende opplæring gjennom praksiskompetanse i arbeidslivet og yrkesprøving vil være med på å bidra til at minoriteter skal kunne tilegne seg kunnskaper og komme seg raskere ut i arbeid. I denne sammenheng vil det også sørges for en raskere og bedre godkjenning av utenlandsk høyere utdanning. Regjeringen velger økt satsing på språkopplæring blant asylsøkere med den hensikt at språkkunnskaper bidrar til bedre integrering enn tilfellet har vært så langt (St.meld.nr. 9 (206-2007)).

Myndighetene erkjenner i St.meld.nr. 16 at forskjeller i læring følger tydelige sosiale mønstre. Derfor mener myndighetene at en vellykket sosial utjevning vil være avhengig av like muligheter uansett familiebakgrunn i utdanningssystemet. I den forbindelse vil utvidelse av skoledagen og

bedre kvalitet på opplæringen på flere måter kunne bidra til sosial utjevning (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Minoritetsspråklige barn med foreldre som ikke klarer å kompensere utdanningssystemet får på den måten likere muligheter til læring på skolen som andre barn i befolkningen (St.meld.nr. 16 (2006-2007)). Barn vil også få bedre mulighet for fysisk aktivitet, leksehjelp, og kunnskaper om sunnere livsstiler. Dette har i følge myndighetene stort potensiale i arbeidet med å *forebygge* sykdom (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Et bredt *forebyggende perspektiv* vil også brukes for å redusere eller avskaffe antall minoritetsbarn som karakteriseres som fattige - spesielt barn med lavt utdannede foreldre og svak tilknytning til arbeidslivet (Handlingsplan mot fattigdom (2008-2009)).

4.1.2 Arbeidsforhold

Myndighetene går ut i fra at hovedårsaken til sosiale forskjeller er arbeidsledighet (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Ettersom de i samme dokumentet hevder at god økonomi gir god helse og at en jevnere fordeling av økonomiske ressurser utjevner helseforskjeller, har de valgt å satse sterkt på høyere sysselsetting. I følge myndighetene kan deltagelse i arbeidslivet på flere måter bidra til utjevning av sosial- og helseforskjeller. Å være i arbeid anses å være bra for helsen fordi det sikrer inntekt som igjen gir mulighet for helsebringende aktiviteter (Nasjonal Helseplan (2007-2010)). Det anses i tillegg som avgjørende for verdiskaping i samfunnet. Jo mer inkluderende arbeidsliv samfunnet oppnår, desto mer helsegevinst i befolkningen (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Med andre ord vil fordeler arbeidet medfører ha betydning for den subjektive opplevelsen av å ha tilstrekkelige ressurser som bedre selvfølelse og motivasjon for å kunne møte utfordringer i livet.

Årsaker til minoriteters svakere tilknytning til arbeidslivet mener myndighetene er blant annet svakere kvalifikasjoner med hensyn til kravene som stilles i norsk arbeidsliv, diskriminering og kvinners lavere deltagelse (St.meld.nr. 9 (2006-2007), St.meld.nr. 20 (2006-2007)). I tillegg til arbeidsledighet anser myndighetene et usikkert forhold til arbeidsstiasjonen som en stor *helserisiko* (Nasjonal helseplan (2007-2010)). For å *forebygge* dårlige helsekonsekvenser disse forhold fører med seg iverksetter myndighetene en rekke tiltak for å bedre sysselsettingen blant minoriteter. I et stadig mer kunnskapsbasert arbeidsliv satser myndighetene på et bredt spekter av tiltak for å styrke ressurser i form av yrkesferdigheter med spesielt fokus på enkelte minoritetsgrupper (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

En av myndighetenes hovedstrategier for utjevning av sosiale forskjeller er å gjøre bedre bruk av minoriteters arbeidsressurser med spesiell vekt på kvinners arbeidsressurser (St.meld.nr. 9 (2006-2007)). For å oppnå dette tilbyr myndighetene tiltak som skal kunne heve arbeidskompetanse

gjennom kvalifisering tilpasset den enkeltes behov gjennom ulike programmer. Programmene har som formål å bidra til å utvikle minoriteters evne til å kunne klare seg ut i arbeidslivet.

Formålet med *Introduksjonsprogrammet* er å gjøre lettere for deltakere å bli økonomisk selvstendig, finne jobber og/eller ta utdanning i Norge. Programmet bidrar til språkopplæring, sikrer praksis på en arbeidsplass, og inntekter. Programmet *Ny sjanse* er en introduksjonsordning for minoriteter som etter flere år ikke har fast tilknytning til arbeidsmarkedet. Målet er formidling til ordinært arbeid og gjøre den mer systematisk og forpliktende ovenfor de med svak tilknytning til arbeidslivet.

Myndighetene fremhever videre i St.meld.nr. 9 (2006-2007) et kvalifiseringsprogram som skal medvirke til opplæring, arbeidstrening og oppfølging som minoriteter trenger for å komme i arbeid. Det er et program som i følge dokumentet hovedsakelig skal hjelpe til å *forebygge* fattigdom. Resultatene av dette programmet viser gode resultater, der særlig kvinner har tjent på ordningen (Handlingsplan mot fattigdom (2008-2009)). Myndighetene satser på at kvinners deltagelse i arbeid, sammen med bedre kunnskaper om det norske samfunns- og arbeidsliv, vil gagne integrering av barna.

I tillegg til ulike programmer satses det på å fremme et sunnere arbeidsmiljø i yrker med stor arbeidsmiljøbelastning (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Målsettingen er et sunnere arbeidsmiljø i bransjer med stor arbeidsmiljøbelastning i en del yrker der minoriteter er overrepresentert. Innsats på å fremme et sunnere arbeidsmiljø fremhever betydningen av at arbeidsplassene må være uten *fare for liv og helse* med god sikkerhet og godt arbeidsmiljø (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

En annen side Regjeringen ser som viktig er å gjøre bedre bruk av minoritetsbefolkningens kompetanse i forhold til å starte egne bedrifter og introduksjon av nye varer markedet i Norge ennå ikke er kjent med (St.meld.nr. 9 (2006-2007)). Minoriteter anses også å kunne være en nyttig arbeidsressurs innenfor helsesektoren med tanke på flerkulturelle helsetjenester (Nasjonal helseplan (2007-2010)). Myndighetenes mål er også å starte tidlig arbeid med å inkludere ungdom i arbeidslivet. Erfaringer viser at flere har kunnskaper og spisskompetanse som gir grunnlag for etablering av bedrifter som kan skape flere arbeidsplasser (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

Myndighetene mener at arbeidsmarkeds- og velferdspolitikken generelt bør bli mer utformet på en måte som tar hensyn til at Norge er et flerkulturelt samfunn. Dette fordi at både i dag og i fremtiden vil norsk arbeidsliv være i konkurranse med andre land. I denne konkurransen vil Norge være avhengig av en best mulig utnyttelse av de ressurser minoritetsbefolkningen representerer (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

I tillegg til disse setter myndighetene også i verk tiltak som bidrar til å bedre arbeidslivets evne til å inkludere minoriteter og hindre diskriminering. I denne forbindelse har diskrimineringsloven blitt håndhevet og gjelder på alle samfunnsområder med særlig vekt på arbeidslivet. Myndighetene går som et godt eksempel og jobber med forsøksprosjektet med *moderat kvotering* for innvandrere (St.meld.nr. 9 (2006-2007), St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Dette innebærer at myndighetene har pålagt alle etater og helseforetakene å utarbeide konkrete planer med mål om å øke rekrutteringen av personer med minoritetsbakgrunn. Arbeids- og velferdsetaten har også iverksatt egne tiltak som bidrar i forhold til veiledning, kompetanseavklaring, utarbeidelse av handlingsplaner, norsktesting og oppfølging og jobbsøking. Målet er å øke sannsynlighet for jobbovergang blant minoriteter. Imidlertid fremheves det at Arbeids- og velferdsetaten erfarer at flere med minoritetsbakgrunn sliter med helseproblemer som påvirker minoriteters mulighet til å nyttiggjøre seg etatens tiltak (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

4.2 FORSKJELLER I HELSEATFERD OG BRUK AV HELSETJENESTER

Gjennom Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) og Nasjonal helseplan (2007-2010) - som tar for seg utjevning av helseforskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester - vil myndighetene hovedsakelig bidra til å styrke prinsipper om rettferdighet og likeverd. Målet er at alle mennesker skal kunne oppnå sitt fulle helsepotensial. Disse tjenestenes overordnede oppgave blir å forebygge sykdom og skader der mennesker skal bli behandlet likt uavhengig av etnisk tilhørighet (Nasjonal helseplan (2007-2010)). Politikken for utjevning av forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester ble mer eller mindre utarbeidet i samsvar med tjenestens overordnede oppgave som er å forebygge og behandle.

4.2.1 Helsetjenester

Når det gjelder bruk av helsetjenester blant minoriteter - ser myndighetene som viktig å satse mer på å forebygge at de språklige og kulturelle forskjeller påvirker behandlingen. Informasjon og god kommunikasjon anses å være avgjørende for et bra behandlingsresultat og bedre utbytte av likeverdige tjenester (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Myndighetene vil nok en gang satse på språkkunnskaper og vil i denne forbindelse øke kvalifisering til yrkesaktivitet i tolkeutdanningen (Nasjonal helseplan (2007-2010)).

Noen av utfordringene samfunnet møter med minoriteter innen helsesektoren er i følge myndighetene overhyppighet av overvekt, fedme og diabetes type to. I tillegg rettes fokuset mot utfordringer som begrenset kunnskap om amming blant minoritetskvinner, dårlige kostvaner og

ernæringsstatus. Betydning av vekt og ernæringsstatus hos minoritetsbarn kommer også frem som en svakhet i møte med minoriteter. Derfor synes forebygging av ernæringsrelaterte problemer å være et viktig innsatsområde, spesielt blant enkelte minoritetsgrupper (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)).

I *Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen* bruker departementene enkelte studier som viser at jernmangel, dårlig vitamin D-status og svangerskapsdiabetes hos enkelte minoritetsgrupper utgjør betydelige utfordringer knyttet til minoriteter. Myndighetene velger å øke sin innsats overfor kvinner og barn fra disse gruppene, og utvikler tilpasset informasjon og opplysning om hva som kan bidra til å *forebygge* og *behandle* dette. Dårligere vitamin D-status og ernæringsbetinget rakitt forekommer nesten utelukkende blant minoriteter. Derfor foreslår myndigheter å vurdere å innføre et landsdekkende tilbud om gratis vitamin D-tilskudd til spedbarn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)).

I tillegg til de overfor nevnte utfordringer knyttet til minoriteter - understreker myndighetene i *Nasjonal helseplan* betydningen av at helsetjenestenes kapasitet blir i stand til å møte fremtidens utfordring i forhold til økt antall kronisk syke og en økende andel innbyggere med minoritetsbakgrunn (Nasjonal helseplan (2007-2010)).

4.2.2 Helseatferd

Myndighetene erkjenner at sunn livsstil er et spørsmål om ressurser og overskudd (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Gjennom *Nasjonal helseplan* kommer det frem at en positiv helseatferd vil kunne styrke og samordne innsatsen for en likere fordeling av helse mellom minoriteter og befolkningen for øvrig. Det argumenteres videre i det samme dokumentet at aktiviteter helsefremmende atferd inneholder vil kunne *forebygge* sykdom og skader.

I planlegging og utvikling av tiltak anbefaler myndighetene å ta hensyn til blant annet minoriteter på grunn av et stort *forebyggingspotensiale* i denne gruppen (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)). Myndighetene understreker at minoritetsgruppers helseatferd gir økt *risiko* for sykdom (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Dette anses å være mest aktuelt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Myndighetene fremhever videre at det er en større forekomst av risiko og sykdommer blant minoriteter fra ikke-vestlige land. Det legges spesielt vekt på sykdomsutvikling av livsstilssykdommer som diabetes type to, KOLS, hjerte- og kar sykdommer, og enkelte krefttyper (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)). Fokuset rettes også mot enkelte ernæringsproblemer som forekomst av overvekt og fedme, dårligere tannhelse, vit- D mangel,

lavere fødselsvekt, spedbarnsdødelighet og høyere forekomst av enkelte smittsomme sykdommer. Her foreslår myndigheter å jobbe med medvirkende årsaker til ulike sykdommer gjennom for eksempel kosthold og fysisk aktivitet. I denne sammenheng nevner myndighetene MoRo prosjektet som et eksempel i Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen som viser at fysisk aktivitet og sunn livsstil *forebygger* fedme og diabetes type to (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)).

Det som kommer klart frem i flere føringer er at det vil satses mer på å forebygge livsstilssykdommer. De erkjenner at den enkeltes valg er viktig, men at den i stor grad er bestemt av miljøet (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). I samsvar med dette har departementer blitt enige om at samfunnet tar ansvar for å tilrettelegge for gode kostvaner. Ut i fra dette velger de å fokusere på ulike helseopplyningskampanjer med god informasjon om *forebygging*, som er lett tilgjengelig for minoriteter (Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)).

Når det gjelder ernæringsarbeid velger myndighetene en helhetlig tilnærming til menneskets livsløp og forskjellige behov i ulike faser av livet. For å forebygge utvikling av livsstilssykdommer velger myndighetene for eksempel å jobbe med barn ved å øke daglig fysisk aktivitet, tilgang til kaldt vann, frukt og grønt på skolen (St.meld.nr. 20 (2006-2007)).

4.3 SOSIAL INKLUDERING

Myndighetene tar utgangspunkt i kunnskaper WHO utga i sine rapporter om at de som er ekskludert fra det sosiale liv som følge av diskriminering, stigmatisering eller arbeidsledighet og behandlet som mindre verdt er også *utsatt for å få dårligere helse* (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). På bakgrunn av disse resultatene har myndighetene satt som mål å øke sosial inkludering på flere plan gjennom ulike former for minoritetsbefolkningens deltagelse. I denne forbindelse vil myndighetene tilrettelegge og iverksette tiltak som skal hjelpe å inkludere minoriteter gjennom arbeid, oppvekst/utdanning/språk, likestilling og deltakelse (St.meld.nr. 20 (2006-2007)).

Det viser seg at tiltak mot fattigdom og arbeidsledighet er spesielt viktige elementer i integreringspolitikken. Arbeid anses som nøkkelen til inkludering og deltakelse i samfunn. Viktige verktøy på vei for å lykkes med fordeler arbeidet fører med seg er i følge myndigheter blant annet språkopplæring og arbeidsmarkedstiltak. I denne sammenheng vil myndighetene satse på tilpasset utdanning med tanke på et flerkulturelt samfunn. Oppvekst og utdanning er viktige bidrag til et godt liv (St.meld.nr. 16 (2006-2007)).

Forskningen som det vises til i dokumentene peker på at minoritetspråklige barn rapporterer svakere følelse av tilhørighet til skolen enn andre elever. Dette er forhold som i følge myndighetene kan fremkalle destruktive følelser som det dermed vil være nødvendig å forebygge. Hovedmålet blir at alle barn skal kunne oppleve trivsel på skolen, føle tilhørighet og oppleve at de blir verdsatt som enkeltindivider (St.meld.nr. 16 (2006-2007)). Arbeidet med inkludering av ungdom med minoritetsbakgrunn skal starte tidligst mulig, blant annet gjennom oppfølging av barn på grunnlag av språkkartlegging på helsestasjonen og gratis kjernetid i barnehage med en høy andel minoritetspråklige barn. Myndighetene velger også å styrke skoler med mer enn ¼ del minoritetspråklige elever. Innsatsen vil bli økt i forhold til læreplaner for opplæring i norsk og morsmål for språklige minoriteter samt fokus på positive rollemodeller i minoritetsmiljøer som skal kunne bidra til stimulering til utdanning av minoritetspråklige barn (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

Diskriminering generelt anses som en viktig årsak til dårlig integrering og sosial inkludering. I denne sammenhengen jobber myndighetene for å få til at alle arbeidsgivere, både statlige, kommunale og private får en bevisst og aktiv rekrutteringspolitikk overfor personer med minoritetsbakgrunn for å unngå både direkte og indirekte diskriminering (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). I følge den eksisterende ordningen skal de overfor nevnte offentlige myndigheter innkalle minimum én kvalifisert person med minoritetsbakgrunn til jobbintervju. I følge dem er et større mangfold nødvendig for å løse oppgavene i et sammensatt og variert norsk samfunn (St.meld.nr. 9 (2006-2007)). Offentlige myndigheter og arbeidslivets organisasjoner velger å arbeide planmessig og målrettet innenfor sine virkefelt for å fremme lovens formål mot diskriminering (St.meld.nr. 9 (2006-2007)). Det er også opprettet en arbeidsgruppe som skal vurdere strategier og tiltak for å øke rekrutteringer av minoriteter til statlige forvaltning. Denne ordningen innebærer at en med like eller tilnærmet like kvalifikasjoner velger en kandidat med minoritetsbakgrunn (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

Et annet aspekt som kommer frem er likestilling mellom kvinner og menn som en forutsetning for et inkluderende samfunn. Alle skal ha like muligheter for å delta på alle samfunnsarenaer (St.meld.nr. 9 (2006-2007)). Tiltak er basert på solidaritet ved at alle får lik tilgang til ressurser og deler goder med de mer ressursvake. Regjeringen vil igangsette et kvalifiseringsprogram for personer som ikke er omfattet av introduksjonsprogram, der minoritetskvinner vil være hovedmålgruppe. Et mål vil være å sikre at kvinner får informasjon, språkopplæring, kvalifisering og arbeid som vil kunne bidra til deltagelse blant dem selv og deres barn (St.meld.nr. 9 (2006-2007)).

En annen arena som velges å satses på er frivillige organisasjoner. Disse er i hovedsak basert på frivillig innsats og personlig engasjement som tjener som arenaer for deltagelse, positive opplevelser og sosial inkludering. Myndighetene ser på det som miljø der det skapes kontakt og sosialt nettverk (St.meld.nr. 20 (2006-2007)). Myndighetene velger også å sette i gang enkelte tiltak og tilskuddsordninger for inkludering av ungdom med minoritetsbakgrunn, spesielt jenter fra denne befolkningsgruppen (St.meld.nr. 20. 2006-2007)).

5.0 DRØFTING AV FUNNENE

I følgende kapittel blir utgangspunktet tatt i den sosiale helsemodellen utviklet av Dahlgren & Whitehead (Figur 1) der de tre ytterste determinantslagene i tur og orden danner bakteppe for analyse av resultatene. Relevansen av enkelte helsedeterminanter varierer ut ifra utfordringer som er knyttet til ulike befolkningsgrupper. Derfor vil helsedeterminantene som danner grunnlag i dette kapittelet avgrenses i forhold til minoriteter som befolkningsgruppe.

Først går jeg systematisk og detaljert inn på resultater og analyserer hvordan myndighetene bruker salutogenetiske komponenter, generelle motstandsressurser, og komponentene som danner OAS i sine planer for utjevning av helseforskjeller. Deretter drøftes det jeg anser som hovedfunn i forhold til det andre forskningsspørsmålet og analyserer på hvilken måte en salutogen tenkning bidrar til å bedre minoritets helse.

5.1 GENERELLE POLITISKE BETINGELSER - FOKUS PÅ RESSURSER

Dette underkapittelet tar sikte på å beskrive myndighetenes overordnede syn på minoriteters ressurser forankret i det makropolitiske miljøet. Dette med hensyn å drøfte hvordan en eventuell vektlegging av ressurser ut ifra en salutogen tenkning kan ha betydning for forbedring av minoritetsgruppes helse og hvordan fokusering på det motsatte – patogenese – kan påvirke helse.

5.1.1 Politikk om sosiale levekår – økt fokus på ressurser

Det som stadig kommer til uttrykk i resultatene - som tar for seg *sosiale* forhold for utjevning av helseforskjeller - er at minoriteter som gruppe er en betydelig ressurs i det norske samfunn. I følge dem kan minoriteters ressurser bidra på mange plan i samfunnet, men de ser også betydningen av å utvikle måter for å gjøre bedre bruk av ressursene og utvikling av nye. I samsvar med dette velger myndighetene å foreslå tiltak på samfunnsnivå som skal gjøre minoriteter i stand til å frigjøre det potensialet de innehar og løfte dem til å bli mer deltagende.

I resultatene understrekes hovedsakelig betydningen av minoriteters ressurser i form av arbeids- og læringspotensialet. En slik overordnet politisk ideologi erkjenner ressurser blant annet i form av minoritetsbarns utdanningsambisjoner, innovasjonskompetanse og betydningen av deres ressurser i en internasjonal sammenheng. Det første myndighetene satser på ved utvikling av nye ressurser er å tilby å tilrettelegge muligheter for språkopplæring og språkstimulering blant barn med

minoritetsbakgrunn. Selv om det legges vekt på de yngre, ekskluderer myndighetene heller ikke språkopplæringsmuligheter til voksne minoriteter. Et annet aspekt som fremkommer fra resultatene er myndighetenes satsing på de med de svakeste kunnskaper. De tar utgangspunkt i at læringspotensialet blant disse sannsynligvis vil være størst og dermed bedre kunne bidra til utjevning til av helseforskjeller.

Ut ifra resultatene kommer det klart frem at myndighetene vektlegger språkopplæring som forutsetning for utdanning og generell læring. Dette er forhold myndighetene legger vekt på for utvikling av læringspotensiale og nye ressurser. I tillegg til utdanning og språk velger myndighetene å jobbe med tilegnelse av arbeidskompetanse og generelle kunnskaper om samfunn gjennom ulike former for obligatorisk opplæring.

Når det gjelder de økonomiske betingelser velger myndighetene å jobbe for et solidarisk samfunn. De velger gjennom blant annet minoriteters aktivering av ressurser i utdanning og arbeid å fremme deres økonomiske ressurser. Utdanning og arbeid ser ut til å være nøkkelordene i norsk politikk om helseforskjellutjevning blant minoriteter. Myndighetene satser på en likere fordeling av økonomiske ressurser gjennom samfunnsdeltagelse som har som formål en lik fordeling av helse og helseutjevning.

5.1.2 Helseatferd og bruk av helsetjenester - mindre fokus på ressurser og salutogenese

Analyserer en nærmere myndighetenes syn på minoriteters ressurser i resultatene som tar for seg utjevning av forskjeller i *helseatferd* og *bruk av helsetjenester* – fremhever myndighetene heller utfordringer minoriteter utgjør for samfunnet enn deres ressurser. Hovedtemaer i denne delen av resultater er knyttet til ulike livsstilssykdommer, ernæringsproblematikk knyttet til minoriteter, samt utfordringer knyttet til helsetjenestens kapasitet. Fokuset ligger hovedsakelig på årsaker til sykdom, forebygging og behandling.

Dikotomien syk-frisk som det fremgår fra denne delen av resultatene knytter seg mest til sykdom og dermed til forebyggende og behandlende perspektiv. Enkelte foreslåtte tiltak som for eksempel tilrettelagt informasjon og opplysninger er i grunn helsefremmende, men de knyttes mot sykdom og dens helbredelse. En slik tilnærming fremhever en patologisk orientering ved tiltak. Et godt eksempel er tiltak i MoRo prosjektet der utgangspunktet er tatt i typiske salutogene aktiviteter – som å fremme sunn livsstil og fysisk aktivitet - mens de knyttes til helbredelse og forebygging av enkelte livsstilssykdommer.

På tross av stor fokusering på utfordringene, erkjenner myndighetene likevel at forhold som sunn livsstil er et spørsmål om ressurser og overskudd. I tillegg til å satse på langsiktige tiltak som utdannings- og arbeidsmuligheter som er med på å styrke minoriteters grad av autonomi med tanke på valg av sunn livsstil, velger myndighetene også å fremme minoriteters ressurser på kortere sikt. De velger for eksempel å satse på å fremme positiv helseatferd ved å tilrettelegge for sunne kostvaner og ulike helseopplysningskampanjer. Et annet element som fremkommer fra resultatene er at myndighetene foreslår en rekke tiltak som går ut på å forbedre norskkunnskaper og kvalifisering til yrkesaktivitet for et likeverdig tjenestetilbud i helsetjenestene.

Det legges særlig vekt på barn og ungdoms kostvaner fordi dette legger grunnlaget for kostvanene senere i livet, men dette igjen gjennom en forebyggende og behandlende tilnærming. Når det gjelder tiltak angående helseatferd blant minoriteter kan en også se at fokuset på ressurser minsker. Imidlertid flyttes fokuset mer mot minoriteters sykdommer, mangler, svakheter og belastningen de utgjør for samfunnet.

5.1.3 Ressurser – helse – helseforskjellutjevning

Ressursorientering utjevner helseforskjeller

Hvordan stressfaktorer og alle belastende stimuli minoriteter møter i hverdagen påvirker deres helse, kan i stor grad være avhengig av deres indre ressurser. En person med høyere utdanning opplever i gjennomsnittet flere langsiktige fordeler som utdanning som ressurs fører med seg. Høyere utdanningsnivå setter minoriteter i stand til å bruke og gjenbruke fordeler med denne i form av kunnskaper om sunnere livsstil, bedre og tryggere arbeidsforhold osv. Grunnlaget for disse ressursene dannes gjennom utdanningen, som er et godt utgangspunkt for god helse. Et lignende årsaksforhold beskrives også i Charlton (1994) og Shavers og Shavers (2006) sine artikler. Overføres denne årsaksbeskrivelsen til resultatene ser vi at myndighetene vektlegger minoritetsbefolkningens utdanningsressurser og tar sikte på å fremme disse. Disse forhold danner et godt grunnlag for utvikling av positiv helse blant minoriteter.

På bakgrunn av dette ser jeg betydningen av å fokusere mer på salutogene faktorer og rettferdig fordeling av goder i politiske helseplaner for forbedring av minoritetshelse. En salutogenetisk orientering i politiske planer kan føre til at underprivilegerte minoriteter får helsegevinst isteden for at bare noen få får nytte av helsefremmende faktorer. Charlton (1994) argumenterer også at en slik strategi av fokusering på menneskelige ressurser på det overordnede politiske nivået og omfordeling av goder ville være den mest effektive måten å fremme befolkningens helse.

En slik vektlegging av minoriteters ressurser kan dessuten gi en forutsetning for at minoriteter føler at det er bruk for dem. Dette kan sammen med blant annet utdannings- og arbeidsmuligheter og fordeler disse medfører styrke minoriteters tro på seg selv. Dette utgjør det første trinnet i endringsprosessen som stimulerer til empowerment. Resultatet er en høyere grad av mestringsressurser og autonomi blant minoriteter. Det setter dem i stand til å foreta handling og delta aktivt i samfunnet som jeg mener er fundamentale forutsetninger for det gode liv og helse. For å overvinne makt og kontroll over egne liv, er minoriteter nødt til å være aktive og deltagende. Delaktighet er i følge empiri helsefremmende i seg selv.

Ansvar mellom samfunnet og individet

Utvikling av indre ressurser som vil kunne forbedre minoritetshelsestatus vil i stor grad være avhengig av hjelp og støtte fra samfunnet. Som det går frem fra resultatene ser den overordnede politikken nytte av å fokusere på de svakeste og deres ressurser, og velger derfor å satse på disse. Selv om en slik politikk kan være ønskelig og kan føre til helseutjevning, kan en stor fokusering på hjelp og tilrettelegging imidlertid også føre til negative konsekvenser i form av blant annet mer maktesløshet blant de svake. I dette tilfelle kan minoriteters tro på seg selv og deres personlig styrke neglisjeres. På den andre siden vil et tilfredsstillende nivå av utfordringer i livet - som i følge salutogenese er et utgangspunkt for personlig utvikling – kunne danne gjenstand for mestringsutvikling. Et nivå av stress og utfordringer vil alltid være helsefremmende fordi det kan mobilisere mennesket til innsats (Greenberg, Carr, Summers, 2002). For å kunne utvikle en høyere grad av ressurser, blir det derfor avgjørende at minoriteter ikke fraskriver seg alt ansvaret til samfunnet. Minoriteter må utvikle bevissthet om at politiske strukturer har ansvaret for å påvirke minoriteter slik at de selv sørger for å ta ansvaret for sitt eget liv og helse. Disse utgjør viktige deler i empowermentprosessen.

Et annet viktig aspekt som bør tas i betraktning ved utarbeidelse av politiske planer er balanse mellom minoriteters ressurser og krav som stilles til dem. Ubalansen eller et gap mellom manglende ressurser og høye krav vil kunne føre til frustrasjon og følelse av kaos som også forskningen indikerer (van Vegchel m.fl., 2005). Slike negative følelser kan føre til at minoriteters helsestatus flyttes i negativ retning på helsekontinuumet. Derfor blir det viktig å ta i betraktning individets subjektive opplevelse av mestring. En mer individuell tilnærming vil på en mer tilfredsstillende måte kunne fordele ansvaret mellom samfunnet. Det som ser ut til å være mest rimelig for utvikling av god helse er at samfunnet tar utgangspunkt i minoriteters egne forutsetninger. Dette anses å være stimulerende for handling og deltagelse i samfunnet. For å oppnå en balanse mellom krav som stilles og minoriteters ressurser, er det også nødvendig at samfunnet bidrar med ressurser slik at

minoriteter får mulighet til å medvirke i helseprosesser. Et nivå av opplevelse av kontroll må nødvendigvis være tilstede for at minoriteter skal kunne påta seg ansvaret for handling. Tar minoriteter da enda større ansvar, kan det i følge begge teorier ha positivt utfall for deres tro på seg selv og deres mestringsfølelse.

Selv om stort samfunnsansvar kan ha negative konsekvenser for minoriteter i form av blant annet større maktesløshet, anser jeg likevel som viktig at samfunnet tar ansvar for å gjøre i stand og tillate minoriteter mulighet for utvikling av deres ressurser. Ut ifra teori om empowerment er det også viktig at samfunnet overfører makt til minoriteter ved å gi muligheter til å velge. Slike forhold anser Rifkin (2003) for å kunne sette minoriteter i stand til å øke empowerment for utnyttelse av sitt fulle helsepotensial. Det som skal til er at samfunnet appellerer til minoriteter og gir muligheter til valg. Et slikt syn på ansvarsfordeling kan også tydes ut ifra resultatene da myndighetene velger å satse på unge minoriteter som skal utvikle motstandsressurser i løpet av livet. Dette skal videre kunne sette dem i stand til å utvikles til medbestemmende og ansvarsbevisste samfunnsdeltakere. Dette kan videre gi styring over forhold som påvirker helse.

Obligatoriske ordninger

Ut ifra empowerment-teori tolker jeg at minoriteter vil kunne oppleve mest subjektiv helse om de selv skulle vært i stand til å ha rett til ansvar for sitt eget liv. Deltagelse på frivillig grunnlag i ulike programmer vil potensielt styrke trivselen blant deltagende minoriteter. Selv om myndighetene tilrettelegger for ulike mestringsorienterte utdannings- og arbeidsprogrammer som det vises til i resultatene – og som ofte har et positivt utfall med tanke på utvikling av ressurser – er det viktig å legge merke til at disse programmene ofte er obligatoriske. Dette er forhold som gjør at minoriteters mulighet til å velge ikke lenger legges til grunn. Forpliktende aktiviteter kan ha positive utfall for utvikling av det maksimale helsepotensialet i form av at et høyt antall styrker sine forutsetninger for å kunne delta i arbeids- og samfunnsliv. Forskningen viser at obligatorisk deltagelse i programmene ofte blir tatt mer alvorlig fra deltagerens side (Friendlander, Martinson, 1996) som sannsynligvis øker forutsetning for maksimal utnyttelse og bedre resultater. På en annen side ville en forpliktende deltagelse blant enkelte på grunn av manglende mestring kunne føre til kaotiske og usammenhengende opplevelser. I følge salutogenese ville dette føre til at minoriteter ikke klarer å håndtere situasjonen og dermed virke demotiverende for mange. En fratakelse av menneskelig ansvar vil i følge empowerment kunne føre til umyndiggjøring og maktesløshet. Ansvarliggjørelse vil derimot være forutsatt av at minoriteter innehar mestringsressurser som igjen tildels tilegnes av aktiv deltagelse i samfunnet.

Rettferdig fordeling av ressurser

Ideologien om rettferdig fordeling av blant annet økonomiske ressurser vil kunne styrke en positiv opplevelse blant minoriteter. Rettferdighet blant de fleste ville innebære det å dele likt. Solidaritet er igjen en verdi som berører ansvarliggjøring av de rike overfor de som har mindre. Men rettferdighetsprinsippet innebærer også et element av den enkeltes innsats og prestasjon. Derfor mener jeg at revurdering av skatteomfordelinger som myndighetene foreslår å gjøre noe med vil være en utfordring for ivaretagelse av rettferdighetsprinsippet. Dessuten vil det å ta fra de som tjener mer til de som har lite kunne ha negative konsekvenser for samfunnets økonomiske utvikling. Disse forhold har igjen betydning for befolkningens helse fordi at helse og helsefremmelse er sterkt knyttet til samfunnets økonomi. Det er forskjeller i økonomiske ressurser som ofte er en forutsetning for å kunne benytte seg av helsefremmende valg og aktiviteter.

Ved utarbeidelse av politiske planer er det viktig å tilnærme seg varsomt innholdet av rettferdighetsprinsippet slik at samfunnets *rettferdighet* ikke går på bekostning av aktive deltagere og de som bidrar til samfunnets utvikling. I denne sammenheng vil igjen kjernen for løsningen være tilrettelegging til rettferdig fordeling av muligheter til utdanning og arbeid. Minoriteters tilgang til disse typer ressurser danner grunnlaget for utjevning av helseforskjeller. Derfor anser jeg fokus på barn som avgjørende for forbedring av minoritetshelse og utjevning av helseforskjeller. Dette vil på sikt motvirke forhold som holder minoriteter nede. Det er den en viktig måte å motarbeide undertrykkelse på og utjevne fordelingspolitisk skjevhet.

En lik og rettferdig fordeling av ressurser - som i følge myndigheter anses å være utgangspunkt for en sunn livsstil - er i samsvar med salutogenetisk syn og det som gir god helse og helsefremmelse. Rettferdig fordeling av ressurser kan i følge salutogenese betydelig bidra til opplevelse av sammenheng. Denne er igjen direkte knyttet til helse.

Patogenese vs. Salutogenese

Den overordnede politikken som angår helsesektoren fokuserer hovedsakelig på ulemper i form av ulike diagnoser og behandling. Det samme synspunktet deler Whitehead et.al. (2009) og mener at dagens politiske planer i langt større grad fokuserer på risikofaktorer enn på helsefaktorer. En slik fokusering på patogenese i politiske planer vil kunne føre til nytte bare for den delen av minoritetsbefolkningen som er syk. Den friske delen av befolkningen som ikke er utsatt for å få sykdommer vil bli ekskludert av en slik tilnærming. Forskningen fremhever også at en patologisk tilnærming vil danne gjenstand for helsekonsekvenser (Malterud m.fl., 1997). Dette kan føre til stigmatiseringen av de som faktisk er syke og en stigmatisering av minoriteter som gruppe. Ser man

makropolitikken på dette fra et salutogenetisk perspektiv kunne den fremheve betydningen av alt minoriteter makter ut ifra vanskelige situasjoner og levekår. Ut ifra resultatene kan vi si at intervensjoner uansett syn på helse og sykdom i grunn ikke er skadelig, men beskjeden forskning på dette feltet viser likevel at fokusering på patogenese kan ha store konsekvenser for befolkningen (ibid).

Allerede i begynnelsen av 1990-tallet snakket man om at alt for stor fokusering på forebygging øker forventningene hos befolkningen om at alt i samfunnet stort sett kan forebygges medisinsk. En slik avmestring kan føre til at befolkningen forventer løsninger på hverdagsutfordringer og søker etter diagnoser med krav til spesialiserte utredninger og behandling (Ericson m.fl., 2004), og henvender seg til helsevesenet selv når løsninger finnes i andre sektorer (Lunde, Hafting, Malterud, 1990). Her vil igjen empowerment ha stor betydning for å oppnå tro på seg selv og kontroll over eget liv. En patologisk tilnærming til problemet kan hos friske mennesker med velbefinnelse og uten symptomer føre til en stadig påpekning av risikoen av å være syk. En annen konsekvens av dette er at kroppens egne signaler ikke er til å stole på. Dette er et eksempel på hvordan mye fokus på medisinen og det patogenetiske leder befolkningen til maktes- og hjelpsløshet. Lunde m.fl. (1990) hevder at en fokusering på forebygging og helbredelse nedbryter befolkningens tro på at de selv spiller den viktigste rollen for å ta vare på seg selv og fremme sin helse. Det vil med andre ord kunne påvirke minoriteters empowerment i en negativ retning, som har som konsekvens at mennesker tror at en sunn livsstil er andres ansvar. En påminnelse om at mennesker hele tiden er utsatt for spesifikk høyrisiko som patogenese ofte fører til, kan ha konsekvenser for befolkningens velvære, selvoppfattelse, og sykefravær (Lunde et.al., 1990). Nyere forskning viser at dette sannsynligvis også er årsak til mange nye diagnoser som beskrivelser på *subjektive helseplager* (Eriksen, Ursin, 2004). Ut ifra dette ser man at patogenetisk orientering har medført at sykdom forstås som noe annet enn før. Livets hverdagslige utfordringer blir oppfattet som sykdomsårsaker. En slik makropolitisk orientering kan ha mange konsekvenser i form av sykeliggjørelse av befolkningen, som også påpekes av Lunde et.al. (1990).

Ut ifra det overfor nevnte tyder mye på at nøkkelen til utvikling av god helse og helseforskjellutjevning ligger i samfunnets forståelse av helse og sykdom på det overordnede nivå. Jeg ser stor betydning av en ressursorientert tilnærming på det makropolitiske nivået i forhold til utjevning av helseforskjeller. En slik orientering har mange fordeler, men intensjonen er ikke erstatning for risikotekning - snarere et bidrag til den moderne risikotekningens begrensninger i folkehelsepolitiske beslutninger. Flere forskere understreker også betydningen politiske beslutninger kan ha i denne sammenheng (Lunde m.fl., 1990, Fuggeli, 1998).

Et økt fokus mot svakheter og risiko samt forebygging og behandling vil være nødvendig for å hjelpe minoriteter med livsstilssykdommer. Dagens helsesektor vil kunne behandle de fleste av de nevnte livsstilssykdommene som kan ha betydning for utjevning av helseforskjeller. En slik patologisk orientering er også i samsvar med sektorens overordnede oppgave. Men, går vi et steg i forveien og analyserer årsaker til disse sykdommene, viser det seg at disse i stor grad er resultat av mangel på ressurser. Diabetes type to og andre livsstilssykdommer som fremheves i resultatene er i stor grad forårsaket av usunn livsstil. Dette vil igjen ut ifra salutogenese og empowerment være tolket som mangel på ressursene i form av kunnskaper, muligheter til fysisk aktivitet, sunt kosthold osv.

Når det gjelder livsstilspolitikkk fremhever myndighetene betydningen av helsefremmelse for helseutjevning. Imidlertid ligger det et paradoks bak dette. Ut ifra resultatene kommer det frem at dette vil gjøres for å forebygge sykdom og skader som fremhever et patogenetisk syn på helse. Selv om myndighetene foreslår helsefremmende tiltak som fysisk aktivitet og sunt kosthold som er med på å bevare eller flytte minoriteters helsestatus på helsekontinuumet mot polen med god helse, tenker de preventivt og fokuserer på hvordan disse tiltak forebygger sykdom. Som en kan se ut ifra en satsing på helseatferd har myndighetene en patologisk orientering der de for å nå målet bruker salutogenetisk strategi.

Jeg ser viktigheten av å bruke patogenetisk orientering når det gjelder sykdom, men det blir nødvendig å komplettere dette med andre perspektiver. Både sykdomsperspektivet og helseperspektivet kommer frem i helsedefinisjonen. Patologisk orientering har en tendens til å fokusere på det negative uten å ta hensyn til det positive og hva som virker bra for helse. I motsetning til dette vil salutogenese fremme individets ressurser og gi mer kontroll over deres liv, noe som eventuelt vil gjøre gruppen mer selvstendig og mindre avhengig av tjenester. Morgan et.al. (2007) hevder at mye forskning viser at beslutningstakere har en tendens til å bruke perspektiver som hemmer individets styrke eller empowerment. En balanse i bruk av salutogenese og patogenese vil være en bra måte å utjevne helseforskjeller på (Morgan m.fl., 2007). Men for at helse skal være en viktigere del i politiske planer og dermed også i praksis, er det rimelig å hevde at forståelsen om helsefremmelse og salutogenese må fremmes.

På tross av at det er klart at fokus på forebyggende og behandlende perspektiv i resultatene har de beste intensjoner, er det som vi ser nok årsaker til at den gjøres til gjenstand for en sunt faglig og politisk selvkritikk. Det er vanskelig å få oversikten over alle helsekonsekvenser forebyggingsfokuset kan føre med seg, i og med at dette temaet ikke er forsket mye på, men Lunde

et.al. (1990) påpekte allerede på 90-tallet at konsekvenser av en slik tilnærming sniker inn i et bredt spekter av livsverdier, oppfatninger, levemåter og levevilkår i befolkningen, og at betydningen av disse ikke bør utelukkes.

For å se nærmere på hvordan motstandsressurser eller helsekilder minoriteter innehar og samfunnet bidrar med henger sammen, påvirker hverandre og bidrar til høyere nivå av helse, er det nødvendig å gå nærmere inn på å belyse begrepet opplevelse av sammenheng. Dette begrepet knyttes hovedsakelig til sosiale faktorer som i tillegg til de overordnede politiske kan ha stor betydning for helse og helseutjevning. Samme synspunktet kommer også frem i Rifkin (2003).

5.2 SOSIALE LEVEKÅR BIDRAR TIL OPPLEVELSE AV SAMMENHENG

Tiltak innenfor determinantlaget knyttet til leve- og arbeidsvilkår opptar en stor del i resultatene og er i følge disse svært viktig for å redusere sosiale ulikheter i helse. Myndighetene velger i denne sammenheng hovedsakelig å satse på modellens determinanter som tar for seg oppvekst/utdanning, arbeidsmiljø og arbeidsledighet.

Når vi først har sett på at myndighetene – bevisst eller ubevisst - vektlegger betydningen av minoriteters ressurser innenfor satsningsområdet sosiale levekår, går jeg et steg nærmere for å belyse på hvilken måte ressurser henger sammen og bidrar til å forbedre minoritetsgruppers helse. I denne sammenheng vil jeg se på hvordan samfunnet tilrettelegger for at minoriteter blir bedre i stand til å oppleve en høy grad av opplevelse av sammenheng. Dette åpner for en analyse på hvordan komponentene *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet* er ivaretatt i føringene og deres forhold mot helse. Disse komponentene er avhengig og nær knyttet til hverandre, men med hensyn til en bedre oversikt prøver jeg så langt det lar seg gjøre å presentere datamaterialet ut i fra de tre elementene punktvis. Begrepet *meningsfullhet* vil imidlertid danne utgangspunktet for analysen som er presentert i det neste underkapittelet, og determinantlaget som tar for seg sosial inkludering.

5.2.1 Oppvekst/utdanning som verktøy til begripelighet

Som antydnet i resultatene er variablene utdanning og helse sterkt relatert til hverandre. Helse henger statistisk sett nøye sammen med lengden på personens utdanning (Veenstra, Slagsvold, 2009). Spørsmålet blir hva det er som forklarer de statistiske sammenhengene. Her vil jeg ut ifra en salutogenetisk modell analysere resultatene og undersøke hvordan utdanning kan bidra til *begripelighet* som videre bidrar til økt OAS samt bedre helse.

Myndighetene er i utdanningssammenheng mest opptatt av minoriteters språkopplæring med spesiell vekt på barn. Språk spiller en vesentlig rolle for å kunne begripe hva all informasjon som når minoriteter betyr. Språkkunnskaper er helt grunnleggende og et utgangspunkt for å begripe hva som skjer rundt en, og bidrar til en følelse av sammenheng i tilværelsen. Derfor vil økt satsing på språkopplæring bidra til kognitiv *forståelse* og tolkning av det minoriteter ser og hører. Dette vil med andre ord være et utgangspunkt for opplevelse av kontroll, og vil bidra til generell mestringsopplevelse. Språk gir også mulighet for å søke etter informasjon, det bedrer kommunikasjon, og det bidrar til tilhørighet i et felleskap. På denne måten skaffer minoriteter motstandsressurser i form av troen på at en kan påvirke og kontrollere sin livssituasjon, sosial støtte. Det er forhold som er med å bidra til at minoriteter takler stress og belastninger på en bedre måte. Sosial støtte anses å være en viktig salutogen faktor og tjener som en buffer for belastninger (Wolff, Ratner, 1999).

Videre vil tiltak knyttet til språk- og samfunnskunnskaper, og opplysningskampanjer om helsefremmende atferd på forskjellige måter kunne hjelpe til å foreta bedre og sunnere valg i livet. Betydningen av kunnskapsmessig kapital vil være et viktig bidrag til å forbedre minoritetshelse. Empowerment fremhever betydningen av å styrke minoriteters kunnskap, som direkte bidrar til større samfunnsdeltagelse og deres inkludering i blant annet arbeidslivet.

Språkkunnskaper er i følge resultatene nødvendig for å danne et utgangspunkt for faglig læring og andre typer kunnskaper. Disse er igjen en forutsetning for å tolke og *forstå* det som skjer rundt i minoriteters tilværelse. Minoriteter kan ved hjelp av tilegnede kunnskaper danne mer sammenhengende opplevelser og dermed fungere bedre i samspill med sine omgivelser. På den måten vil *begripelighet* kunne bidra til økt tillit til egen mestringssevne. Utdanningen påvirker minoriteters levekår og bestemmer dermed hvilke belastninger eller helsefremmende forhold de utsettes for. Høyere og bedre utdanning gir som regel en bedre forutsetning for fordeler som for eksempel sunnere arbeidsmiljø og trygghet på jobben. Disse aktivitetene fører også til fordeler i form av bedre inntekt, fysisk aktivitet, bedre kosthold som er helsefremmende. Med tiltak i forhold til formidling til utdanning og ordinært arbeid er samfunnet med på å bidra til å strukturere det som skjer rundt minoriteter og medvirke at deres fremtid vil være mer *begripelig* og sammenhengende.

Tidlig satsing på utdanning kan føre til at barn allerede i tidlig alder erfarer *opplevelse av kontroll* overfor å lære nye ting. Dette vil med andre ord bidra til mestring i form av blant annet sosial læring og fagkompetanse på skolen. Forskningen viser også at mestring i oppveksten har stor betydning for OAS senere i livet (Wolff m.fl., 1999, Suominen m.fl., 2001). Levekår under oppveksten har

betydning for helse i voksen alder. I denne forstand styrker barna forhold som er kilder til voksnes helse.

Selv om det er vanskelig å forholde seg kritisk til resultatene som gjelder myndighetenes ønske om å satse på utdanning med tanke på alle fordeler utdanningen fører med seg, er det likevel viktig å være kritisk til måten tiltak er tenkt å bli oppnådd på. Et eksempel på dette er myndighetenes intensjoner om å redusere antall barn som møter til skolestart uten norske ferdigheter. Selv om disse tiltakene er et godt utgangspunkt for livslang læring, er det likevel viktig å være nøye med at tiltak ikke blir stigmatiserende overfor minoritetsbarn. Disse vil i slike tilfelle påføre skade for minoritetsbarn som er belastet i utgangspunktet. Et annen viktig aspekt i denne sammenheng er å skape et sunt miljø og klima på skoler. Et eksempel på dette vil være en salutogenetisk orientering på skolen med positivt fokus på mangfoldet. Empowermentteori fremhever betydning av ulikhet i bakgrunn og erfaringer og anser dette for å være stor ressurs. I denne sammenheng vil for eksempel et økt fokus på lærernes flerkulturelle kompetanse potensielt bidra til et bedre klima på skolen i forhold til det å være annerledes. Slike tiltak vil bidra til å forandre uheldige forhold minoritetsbarn kan være utsatt for på skolen og dermed fremme deres trivsel og helse.

Selv om enkelte prosjekter som det jobbes med bygger på en mestringsorientert tilnærming, danner ennå ikke denne metoden utgangspunkt for arbeid på skoler. En tilnærming som er mestringsorientert og tar utgangspunkt i hva selve barnet kan, anser jeg for å være spesielt viktig for minoritetsbarn. Når myndighetene tar utgangspunkt i barnets mestringsnivå og stiller krav tilpasset dette, danner det utgangspunkt for bedre håndtering. Alle barn anses som kompetente om de gis de rette forutsetninger. Om barnet da i tillegg får positive erfaringer vil det kunne bidra til å styrke mestring og utholdenhet i møte med eventuelle fremtidige påkjenninger. Positive erfaringer er med andre ord med å bygge opp og opprettholde opplevelse av sammenheng. Negative opplevelser samt utfordringer som ikke er mulig å mestre vil ha dårlig effekt på opplevelsen av håndterbarhet. Derfor blir det viktig at kravene som stilles ikke blir for store og at ressursene strekker til for generell opplevelse av håndterbarhet samt OAS.

På tross av at resultatene indikerer betydningen av det store lærings- og mestringspotensialet blant yngre, er det likevel viktig ikke å nedprioritere voksne minoriteter i språkopplæringen. I slike tilfeller vil dette ha store helsekonsekvenser for voksne, men også for deres barn som er avhengig av voksnes hjelp i oppveksten. Salutogenese vektlegger betydningen av livslang læring. Nedprioritering av voksne minoriteter ville ha negative konsekvenser for helseutjevning for minoritetsgruppe på kortere sikt. Charlton et.al. (1995) fremhever betydningen av maksimal

utnyttelse av fordeler i samfunnet ved å fokusere på helse i voksen alder for betydning av helseforskjellutjevning.

Noen studier viser at høyere sosial status sett gjennom yrkesutdanning er sterkt assosiert med OAS (Suominen m.fl., 2001, Lundberg, 1997). Suominen et.al. (2001) konkluderer i en langvarig studie at OAS kan tolkes som en indre ressurs som tilegnes blant annet gjennom utdanning som er gunstig til utvikling av god helse (Suominen m.fl., 2001). Ut ifra det overfor beskrevet ser vi at investering i utdanning vil gi stor helsegevinst for samfunnet. Skolen er en arena hvor alle barn og unge befinner seg, noe som vil være rimelig for å redusere forskjeller i helse særlig om selve organisering av skoler bygger på salutogenese. Utdanningssystemet har stort potensial til å bedre helse og redusere sosiale helseulikheter.

5.2.2 Inkluderende arbeidsliv som verktøy til håndterbarhet

I tillegg til utdanning er også arbeidsforhold sterkt knyttet til helse. Økt satsing på sysselsetting skal på flere måter kunne bidra til helsefremmelse (Lindberg, Vingård, 2000). Det å ha arbeid vil for de fleste være et gode som bidrar til økt livskvalitet. Hvilke fordeler arbeidsforhold ut i fra resultatene kan bidra til håndterbarhet, vil jeg analysere i denne delen av kapittelet. Opplevelse av å kunne håndtere situasjonen og utfordringene som minoriteter møter i hverdagen vil øke OAS som igjen ville bidra til å flytte minoritetsbefolkningens helsetilstand mot ytterpunktet med god helse på helsekontinuumet. En slik helseforbedring vil dermed bidra til helseutjevning i samfunnet.

Språk- og generelle samfunnskunnskaper samt arbeidskompetanse som myndighetene i sine planer satser på, vil potensielt kunne øke arbeidsmuligheter blant minoriteter. En opplevelse av *begripelighet* som minoriteter kan tilegne seg på denne måten vil danne forutsetning for *håndterbarhet*. Håndterbarheten knytter seg til mestringsevne og erfaring som minoriteter i en arbeidssammenheng kan tilegne seg gjennom ulike kvalifiseringsprogrammer. Samfunnet bidrar med tiltak som blant annet deltagelse på praksisplasser. Ressursene minoriteter tilegner seg på denne måten vil kunne styrke minoriteters tro på seg selv og tro på at de ved hjelp av disse ressursene vil håndtere krav som stilles til dem i arbeidslivet. Håndterbarheten beskriver minoriteters egen makt og mulighet til å kontrollere sine liv og vil utvikles gjennom en generell følelse av delaktighet i samfunnet. Som sagt vil minoriteters vilje til deltagelse ha stor betydning for salutogene prosesser.

For å ivareta en salutogen tilnærming på arbeidsplasser, praksisplasser og kvalifiseringsprogrammer er det nok en gang viktig med balanse mellom krav som stilles til minoriteter på arbeidsplassen og

ressurser de har til rådighet for å takle disse kravene. Det er forhold som i følge salutogenese kan motivere minoriteter til å unngå å være passive mottagere, men heller aktive deltagere i samfunnet. Likeledes fremheves betydningen av minoriteters aktivt deltagende rolle i empowermentprosessen. For å få til dette har samfunnet et viktig oppgave for å hjelpe minoriteter for å se på seg selv som ressurssterke individer i samfunnet.

Fordeler arbeidet fører med seg kan på forskjellige måter medvirke til en bedre helsestatus blant minoriteter. Arbeidet vil ha direkte fordeler for minoriteters selvfølelse, integrering og sosiale nettverk. Tilegnelse av slike ressurser kan i tillegg til å være direkte helsefremmende tjene som en buffer mot stress og store påkjenninger minoriteter møter i dagliglivet. Følelsen av at man mestrer arbeidsoppgaver svekker stressreaksjonen og minsker risiko for dårlig helse (Eriksen, Ursin, 2005). Arbeidet kan også bidra med ressurser i form av bedre inntekt som indirekte fører til helse gjennom bedre mulighet til helsefremmende aktiviteter.

Deltakelse i arbeidslivet anses som viktig for selvfølelse og for opplevelse av å være inkludert og medvirkende i ulike prosesser. Begrepet empowerment i et folkehelsefaglig perspektiv fremhever betydningen av å sikre minoriteter en mulighet for innflytelse i saker som angår dem fordi de er aktører som vet sitt beste. Det blir viktig at deltagelsen skjer på egne premisser og at en selv opplever at vedkommende har noe å bidra med. Dette er avhengig av subjektive eller indre ressurser. Men for en høy grad av opplevelse av kontroll og deltagelse blir det viktig at samfunnet bidrar gjennom ulike ordninger. Resultatene viser at myndighetene introduserer ulike typer obligatoriske programmer som allerede er diskutert. Samfunnet vil da på den måten tilrettelegge for at minoriteter lettere kan treffe valg som er i samsvar med helsefremmende aktiviteter.

Det å være rettferdig behandlet er av stor betydning for opplevelse og troen på at vi ved hjelp av ytre ressurser kan klare å styrke indre ressurser og håndtere situasjoner. Prinsippet om rettferdighet og likeverd er viktige elementer i begrepet håndterbarhet. Samfunnet vil blant annet gjennom håndhevelse av diskrimineringsloven og likestilling på arbeidsplassen klare å tjene som ytre ressurs for den enkelte. Gjennom tiltak som *moderat kvotering* og tiltak om økt overgang i arbeidslivet i ulike etater fremstår myndighetene selv som et godt eksempel på vei mot diskriminering. Men en slik forskjellbehandling – på tross av gode intensjoner - kan være stigmatiserende overfor minoriteter. Det er grunn til å tro at mange har tro på sine evner til å klare seg i arbeidslivet uten å bli særbehandlet. I denne sammenheng ser jeg betydning av å øke innsatsen for et bedre ikke-diskriminerende klima og satsing på like forutsetninger for å gjøre karriere, fremfor kortvarige overfladiske tiltak som kan være ideologisk motiverte.

Det er godt dokumentert at arbeid som helsedeterminant kan knyttes til helse ut ifra to dimensjoner. Den første er forhold på arbeidsplassen og den andre dimensjonen knyttes til grad av arbeidstilknytning (Knardahl, 1998). Myndighetene vektlegger betydningen av både et inkluderende arbeidsliv og arbeidsmiljøets betydning og iverksetter tiltak på begge områdene. Satsning som knyttes til arbeidsmiljøforbedring kan bidra til å øke minoriteters kontroll over situasjonen på arbeidsplassen. Håndterbarheten vil også kunne utvikles gjennom opplevelse av å være en del av læringsmiljø, inkluderende fellesskap og en godt fungerende organisasjon. Forhold som det å kunne styre arbeidssituasjonen selv, arbeidstempo og selv kunne ta initiativ kan bidra til å styrke minoriteters makt og opplevelse av håndterbarhet. Selv om det er som vi ser gjenstand for et mangfold av helsefremmende aktiviteter på arbeidsplassen, vektlegger myndighetene med sine tiltak hovedsakelig fokus på å redusere skader og risiko. Dessuten kan disse tiltakene til dels være stigmatiserende siden de iverksettes i yrker der minoriteter utgjør flertallet.

I følge teorien er ikke helse en naturlig tilstand, men et gode som det må jobbes for for å utvikle. På tross av at iverksatte og foreslåtte tiltak på flere måter bidrar til helse ved å øke alle komponenter i opplevelse av sammenheng, fremhever likevel myndighetene gjentatte ganger fokuset på å forebygge sykdom i motsetning til det å skape helse. Ut i fra resultatene er arbeid i seg selv en helsebringende faktor, men det fokuseres lite på hva man kan gjøre for å skape en helsefremmende arbeidsplass. Myndighetene jobber lite med salutogene forhold på arbeidsplassen for et sunt arbeidsmiljø, på tross av at det foreligger mye dokumentasjon om arbeidsmiljøets salutogene betydning for helse (Hanson, 2004). De vektlegger helserisiko ved arbeidsledighet og usikker arbeidssituasjon. Det samme gjelder for satsing på kvalifiseringsprogram og forberedelser gjennom ulike programmer som særlig kvinner har godt nytte av – der de fremhever viktigheten av å forebygge marginalisering og sosiale ulikheter i helse. Det beskrives lite av hva det positive arbeidet fører med seg. Dette gir gjenstand for å hevde at myndighetene ikke er helt bevisst det salutogenetiske perspektivet på tross av at de ofte iverksetter tiltak som er salutogene.

5.3 SOSIAL INKLUDERINGSPOLITIKK OG OPPVELSE AV MENING

Som en kan se ut ifra diskusjonen ovenfor i kapittelet vil et inkluderende samfunn på forskjellige måter kunne bidra til forbedring av gjennomsnittshelse. Tema om inkludering er spesielt viktig når det gjelder marginaliserte grupper i samfunn som minoriteter. I det følgende vil jeg analysere fordeler ved sosial inkludering og hvordan et inkluderende samfunn kan ha betydning for minoriteters meningsopplevelse.

Som beskrevet tidligere i kapittelet er utdanning og arbeid avgjørende elementer for deltagelse i samfunnet. Derfor blir disse også viktige satsningsområder innen integreringspolitikken. Deltagelse og engasjement vil i følge salutogenese kunne føre til opplevelse av meningsfullhet. I følge salutogenese bør individer ha «svar» på hvorfor de skal engasjere seg. I denne sammenhengen gir arbeid og utdanning svar i form av mange ulike fordeler og er dermed potensielt meningsbærende. Det samme gjelder ulike aktiviteter og arbeidsprogrammer som kommer frem fra resultatene, som bidrar til utvikling av ny kunnskap blant minoriteter. Tilegnelse av disse kunnskaper blir viktige for den generelle trivselen og opplevelsen av tilhørighet. I motsatt fall vil mangel på kunnskaper ofte føre til mistriksel og kan være potensielt sykdomsfremkallende. Opplevelse av trivsel og tilhørighet er verdier som er potensielt motiverende, og er et viktig aspekt i opplevelse av mening.

Ut ifra resultatene i forhold til sosial inkludering ser vi at myndighetene ser viktigheten av å styrke skoler med et høyt antall minoritetsspråklige elever. Skoler med kunnskapsrike lærere og et inkluderende miljø kan ha stor betydning for elevenes motivasjon og engasjement. Det er mange aspekter ved utdanningsinstitusjoner som kan være med på å fremme meningsfullhet, ettersom de er motivasjonsskapende. Økt satsning på utdanning er med på å fremme tro på at fremtiden kommer til å bli lysere, med tanke på blant annet flere muligheter for jobb etter endt utdanning. I følge salutogenese er det videre mange sider ved arbeid som kan øke mening i livet. Det er blant annet arbeidskolleger, yrke og relasjoner med andre (Hanson, 2004).

I tillegg til utdanning og arbeid innenfor inkluderingspolitikken, vektlegger myndighetene også betydningen av frivillig deltagelse og arbeid i ulike organisasjoner. Dette er i følge salutogenese direkte meningsbærende da minoriteter selv tar ansvaret for deltagelse. Tiltak knyttet til frivillig arbeid fremhever et salutogent syn fordi mange aspekter ved frivillig arbeid er meningsbærende. Gode opplevelser i arbeid i frivillige organisasjoner kan i følge teorien være med på å gi hverdagen glede og mening. En slik organisering av minoriteter i fellesskap kan bidra til at de etablerer maktstrukturer. Det økende engasjementet blir vurdert til å ha betydning for utvidelse av

kunnskaper, økt innsikt i egen situasjon og innsikt i at det er de selv som kan påvirke sin egen hverdag samt helsestatus. På den andre siden er det også viktig å øke bevissthet blant ikke deltagende minoriteter om viktigheten av frivillig deltagelse både for dem selv og for samfunnet de lever i. I denne sammenhengen kan det være en fordel for eksempel å utvikle en plan om motivering og rekruttering av de frivillige. Frivillig deltagelse fører med seg fordeler de som deltar kan ha nytte av. Derfor blir det viktig å ansvarliggjøre andre minoriteter også for at de ikke skal gå glipp av fordelene.

Tiltak innen rekrutteringspolitikk kan tjene som drivkraft for å gjøre noe med situasjonen minoriteter befinner seg i, og er et viktig aspekt for å øke meningsfullhet. Satsning mot diskriminering og rekrutteringspolitikk skal til sammen kunne øke minoriteters tro på ressurser som kommer fra samfunnet og være motivasjon til å foreta handling. Tiltak mot diskriminering inneholder elementer for mer rettferdighet og solidaritet som er viktig for at grunnleggende behov skal være tilfredsstillt. I dette tilfellet øker muligheten for en oppfatning av verden som mer meningsfull. Om minoriteter på grunn av diskriminering ikke klarer å investere og engasjere seg i krav som samfunnet stiller for dem, kan det medføre til det motsatte, nemlig hemme meningsfullhet. Tiltak som satsning på mangfold på arbeidsplassen kan øke minoriteters tro på at de i fremtiden kan oppnå en tilfredsstillende jobb og alle fordeler denne bærer med seg. Økt rekruttering av personer med minoritetsbakgrunn til statlig forvaltning vil i tillegg til økt fokus på etableringsvirksomhet blant minoriteter gi positive bidrag til verdiskaping i denne populasjonen.

Systematisk oppsummering av forskning viser at resultater av diskriminering er altfor lite behandlet i tema om sosial ulikhet i helse blant minoriteter. Altfor lite forskning fokuserer på betydningen av diskriminering i denne sammenheng. Shavers et.al. (2006) diskuterer mange ulike mekanismer av diskriminering som kan føre til helseforskjeller, men et av de viktigste aspektene er dårlig tilgang til sosiale ressurser som er i samsvar med denne oppgavens hensikt.

Ut i fra strategier som ble iverksatt og foreslått innenfor sosial integreringspolitikk kan en si at flere av disse potensielt kan øke opplevelsen av meningsfullhet. Resultatene viser nok en gang at myndighetene er opptatt av å sette i verk tiltak som jeg ut ifra teori tolker for å være salutogene. Analyserer en bakgrunnen for handling ser en at hovedårsakene til handling er dårlig helse og sykdom. Det gode liv og helsefremmelse kommer ikke frem som årsak til politiske tiltak og strategier.

Meningfullhet som dimensjon i OAS anses å være spesielt viktig. Om minoriteter er motivert og har klart definerte mål de vil oppnå, skaffer de seg de to andre komponentene i begrepet OAS. Derfor

blir det viktig at samfunnet øker motivasjon og engasjement blant minoriteter for å styrke deres OAS og helse, samt utjevner helseforskjeller.

6.0 KONKLUSJON

Både helsefremmelse og forebygging danner en helhet innen folkehelse. Helsedefinisjonen fremhever også begge dimensjoner, både den med tendens mot helse og helsefremmelse, og forebygging og fravær av sykdom. Ut ifra selve definisjonen ser vi nødvendighet av å ta i betragtning begge betegnelser i mål for å forbedre befolkningens helse. Men analyserer vi årsaker til folkehelseforskjeller, er det hovedsakelig helse og ressurser, og ikke sykdom og mangler som utgjør disse forskjellene. Selve oppgaven har vist at en salutogenetisk tilnærming med fokus på ressurser, helse og helsefremmelse kan på flere måter bidra til utjevning av helseforskjeller hos minoriteter. Det er spesielt viktig med en slik perspektivering i den overordnede politikken som styrer all folkehelsearbeid.

Studien har vist at politiske myndigheter i noen av sine folkehelsepolitiske planer i stor grad neglisjerer salutogenese og helsefremmelse, særlig i satsningsområdene som gjelder helseatferd og helsetjenester. Slik jeg ser det ut ifra resultatene, er myndighetene heller ikke bevisst denne orienteringen i sine prioriteringer i politikk om sosiale faktorer på tross av dens bruk. Deres argumentasjon for handling går ut på to motstridende linjer. De velger i betydelig grad en helsefremmende politikk, men samtidig argumenterer forebygging av sykdom og komplikasjoner. Det fremkommer at helse i seg selv ikke er en gyldig grunn for handling. Når det gjelder datamaterialet som tar for seg helseatferd og helsetjenester er patogenese, forebygging og behandling høyt fremtredende. Ved større fokus på salutogenese og mindre på patogenetisk orientering ville man unngått de *moderne* folkehelseutfordringene dette kan medføre.

Jeg har utviklet økt forståelse i forhold til tema og klart å vise at det er stor potensiale i forhold til å fremme bruk av disse teorier for utjevning av helseforskjeller blant minoriteter og forbedring av helsestatus generelt. Veien videre kunne vært å skaffe kunnskap om hva som finnes på veien mellom politiske idealer og praksis, og hva som skal til for å realisere helsefremmende politikk i helsefremmende arbeid. Ulikheter i helse er tema som generelt må forskes mer på, der salutogenese som tilnærming og ideologi bør få større plass.

KILDELISTE:

Alvesson, M, Söklidberg, K. (2008). Tolkning och reflektion. Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur.

Andersen, M.L., Brok, P-N., Mathiasen, H. (2007). *Empowerment – teori og praksis. Empowerment på dansk*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey- Bass.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11, 11-18.

Antonovsky, A. (2004). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

Askheim, O.P. (2007). Empowerment – ulike tilnæringer. I: O.P. Askheim og B. Starrin (red.) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Askheim, O.P., Starrin, B. (2007). Empowerment – et moteord? I: O.P. Askheim og B. Starrin (red.) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aujoulat, I., Marcoulongo, R., Bonadiman, L., Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social Science & Medicine*, 66, 1228-1239.

Bhopal, R. (2007). Ethnicity, race and health in multicultural societies. Foundations for better epidemiology, public health and health care. Oxford: Oxford University Press.

Blom, S., Henriksen, K. (2008). *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Statistisk Sentralbyrå. Hentet den 12.03.2010 fra http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200805/rapp_200805.pdf

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Charlton, B.G. (1994). Is inequality bad for the national health? *The Lancet*, 343, 22.

Charlton, B.G., White, M. (1995). Living on the margin: a salutogenic model for socio-economic differentials in health. *Public Health*, 109, 235-243.

Dahlager, L., Fredslund, H. (2008). Hermeneutic: analysis – understanding and pre-understanding. I: S. Vallgård og L. Koch (red.) *Research methods in public health*. Copenhagen: Gyldendal Akademisk.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1993). *Tacking inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health. London, Routledge: 53-66.

Duggan, M. (2002). Social exclusion, discrimination and the promotion of health. I: L. Adams, M. Amos og J. Munro (red.) *Promoting Health. Politics & Practice*. London: SAGE Publications.

Ekeland, T.J., Heggen, K. (red). (2007). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Bergen: Fagbokforlaget.

Ericsson, M. (2007). Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research a measured by Antonovsky's Sence of Coherece Scale. Helsinki: Turku.

Ericsson, M., Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 5, 376-381.

Eriksen, H.R., Ursin, H. (2004). Subjective complaints, sensitization, and sutained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 445-448.

Folkehelseinstituttet (2009). *Levealder i Norge – fakta om forventet levealder*. Hentet den 12.02.2010 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:72449::1:5647:44:::0:0

Forskningsetiske komiteer (2009). *Retningslinjer for naturvitenskapelig og teknologisk forskning*. Hentet den 06.06.2010 fra <http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20naturvitenskap%20og%20teknologi%20%282007%29.pdf>

- Frankl, V. (1991). *Livet måste ha mening*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Frenz, A., Carey, M., Jorgensen, R. (1993). Psychometric Evaluation of Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Psychological assessment*, 5, 145-153.
- Friendlander, D., Martinson, K. (1996). Effects of Mandatory Basic Education for Adult APDC Recipients. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 18, 327-337.
- Fuggeli, P. (1998). Folkehelse – folkets helse? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 118, 1421-5.
- Greenberg, N., Carr, J.A., Summers, C.H. (2002). Causes and consequences of stress. *Integrative & Comparative Biology*, 42, 508-516.
- Hammad, R.S., Vangen, S. (2003). *Health and Migration: A Review*, Nasjonalkompetanseenhet for minoritetshelse. Hentet den 24.03.2010 fra <http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20naturvitenskap%20og%20teknologi%20%282007%29.pdf>
- Handlingsplan (2007). Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Handlingsplan mot fattigdom (2008-2009). *Handlingsplan mot fattigdom – status 2008 og styrket innsats 2009*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). *Oppskrift for et sunnere kosthold*. Oslo: Departementene.
- Hanson, A. (2004). *Hälsupromotion i arbeidslivet*. Malmø: Studentlitteratur.
- Harding, S., Maxwell, R. (1997). Differences in the mortality of migrants. I: F. Drever og M. Whitehead (red.) *Health inequalities*. London: Decennial Supplement Series DS.
- Hauge, H.A. (2003). Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I: H.A. Hauge og M.B. Mittelmark (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2008). Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunn. Oslo: Helsedirektoratet.

- Hem, H.E. (2003). Aksjonsforskning. Forskning til nytte i møte med velferdssamfunnets hovedutfordringer. I: H.A. Hauge og M.B. Mittelmark (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Henriken, K. (2007). *Fakta om 18 innvandrergupper i Norge*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå. Hentet den 20.03.2010 fra http://www.ssb.no/emner/02/rapp_200729/rapp_200729.pdf
- Heggdal, K. (2008). Kroppskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I: T.J. Ekeland og K. Heggen (red.) *Meistring og myndiggjering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hjortsæter, E. (2009). Emneordkategorisering. Innholdsanalyse, emnerepresentasjon og lagring. ABM-media as.
- Hodder, I. (2000). The Interpretation og Documents and Material Culture. I: N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (red.) *Handbook of Qualitative research*. London: Sage Publications.
- Jacobsen, D.I. (2000). Hvordan gjennomføre undersøkelse? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, K.S. (2001). Tradisjoner og skoler i moderne vitenskapsfilosofi. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjestadli, K. (1997). Å analysere skriftlige kilder. I: A. Halfdan (red.) *Metodiske feltarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kjørup, S. (1996). Menneskevidenskapene. Problemer og traditioner i humanioras vitenskapsteori. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Knardahl, S. (1998). *Kropp og sjel – Psykologi, biologi & helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kogstad, R.E. (2002). Miljørettet helsevern. Folkehelse, forebygging og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget.
- Korp, P. (2004). *Hälspromotion*. Lund: Studentlitteratur.

Kruuse, E. (2001). Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og beslægtede fag. København: Dansk psykologisk Forlag.

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akadmisk.

Kumar, B. N., Grøtvedt, L., Meyer, H.E., Sjøgaard, A.J., Strand, B.H. (2008). *The Oslo Immigrant Health Profile*. Folkehelseinstituttet. Hentet den 17.02.2010 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/920ab22ad5.pdf>

Langeland, E. (2009). Betydning av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning*, 4, 288-296.

Larsson, G., Kallenberg, K. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nationwide Swedish sample. *Journal of Public Health*, 6, 175-80.

Lindberg, P., Lindgård, E. (2000). De friska – en studie kring livs- och arbetsbetingelser som stödjer en positiv hälsoutvikling. Stockholm: Sektionen för Personskadeprevention.

Lunde, M.I., Hafting, M., Malterud, K. (1990). Kan forebyggelse blive helbredskadelig? *Nordisk Medicin*, 105, 275-6.

Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine*, 44, 821-31.

Lundman, B., Alex, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Fischer, R.S., Strandberg, G. (2010). Inner strength – A theoretical Analysis of Salutogenic Concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 251-260.

Mackenbach, J.P., Bakker, M.J. (2002). *Reducing inequalities of health: the European perspective*. London: Routledge.

Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.

Malterud, K., Hollnagel, H., (1997). Fra risikojakt til ressursmobilisering - fra teori til allmennpraksis. *Nordisk Medicin*, 112, 288-91.

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Merton, R.K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. I: *Kompendium – Vitenskapsteori og metode* (2008). Avdeling for helsefag, Høyskolen i Oslo.
- Mittelmark, M.B., Hauge, H.A. (2003). Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. I: H.A. Hauge og M.B. Mittelmark (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Morgan, A., Ziglio, E. (2007). Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. *Promoting & Education*, 14, 17-22.
- Myklebust, J.O. (2007). Lange linjer. Livsløpsperspektiv på helse og velferd. I: T.-J. Ekland og K. Heggen (red.) *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Mæland, J.G. (2004). Sosiale faktorerens betydning for sykdom og helse. I: J.G. Mæland, P. Fuggeli, G. Høyer og S. Westin (red). *Sosialmedisin – i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Naidoo, J., Wills, J. (2005). *Health Promotion. Foundations for Practice*. London: Bailliere Tindal.
- Nasjonal helseplan (2007-2010). I: Særtrykk av St.prp.nr. 1 (2006-2007) kapittel 6. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- NOU (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Næss, Ø., Rognerud, M, Strand, B.H. (2007). *Sosial ulikhet i helse*. En faktarapport. Oslo: Folkehelseinstitutt. Hentet den 17. 02. 2010 fra <http://www.fhi.no/dav/1AE74B1D58.pdf>
- Ratna, J., Rifkin, S. B. (2007). Equity, Empowerment and Choice. From Theory to Practice in Public Health. *Journal of Health Psychology*, 12, 513-530.
- Regjeringen (2010). *Proposisjoner og meldinger*. Hentet den 20.02.2010 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dok/regpubl.html?id=1751>
- Rønning, R. (2007). Brukermedvirkning og empowerment – gamel vin på nye flasker? I: O.P. Askheim og B. Starrin (red.) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Rifkin, S.B. (2003). A Framework Linking Community Empowerment and Health Equity: It Is a Matter of CHOICE. *Journal of health population and nutrition* 21, 168-180.
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schwarzer, R., Knoll, N., Rieckmann, N. (2004). Social support. I: A. Kaptein, J. Weinman (red.) *Health Psychology*. Oxford, Blackwel.
- Shavers, V.L., Shavers, B.S. (2006). Racism and Health Inequity among Americans. *Journal of the National Medical Association*, 98, 386-396.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Sosiale ulikheter i Norge, en kunnskapsoversikt*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spilker, R.S., Indseth, T., Aambø, A. (2009). *Tilstandsrapport: Minoritetshelsefeltet i Norge. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse*. Hentet den 15.02.2010 fra http://mighealth.net/no/images/8/84/Mighealthnet_SOAR.pdf
- SSB (Statistisk sentralbyrå) (2009). *En halv million innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Hentet den 17.02.2010. fra <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/index.html>
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og «empowerment-tenkningens» relevans for ansatte i velferdsstaten. I: H.A. Hauge og M.B. Mittelemark (red). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- St.Meld.nr. 17 (1996-1997). *Om innvandring og det flerkulturelle Norge*. Oslo: Komunal- og regionaldepartementet.
- St.Meld.nr. 9 (2006-2007). *Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo: Det kongelige arbeids- og inkluderingsdepartementet.

St.Meld.nr. 16 (2006-2007). ...og ingen sto igjen Tidlig innsat for livslang læring. Oslo: Det kongelige kunnskapsdepartementet.

St.Meld.nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

Sund, E.R., Krogstad, S. (2005). *Sosiale ulikheter i helse i Norge – en kunnskapsoversikt*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet den 25.02.2010 fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00006/IS-1304_6242a.pdf

Suominen, S., Blomberg, H., Helenius, H., Koskenvuo, M. (1999). Sense of coherence and health – does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. *Psychology & Health*, 14, 937- 48.

Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 77-86.

Suominen, S. Lindström, B. (2008). Salutogenesis. *Skandinavian Journal of Public Health*, 36, 337-339.

Syed, H.R., Dalgard, O.S., Hussain, A., Dalen, I., Claussen, B., Akhlberg, N.L. (2006). Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health*, 5, 7.

- Tamm, M. (2002). Psykososiale teorier ved hälsa og sjukdom. Lund: Studentlitteratur.
- Tellnes, G. (2007). Salutogenese – hva er det? *Det norske medisinske Selskab. Michael*, 4, 144-9.
- Tenquist, A. (2007).   beregne eller skape muligheter – om sentrale holdninger i empowermentarbeidet. I: O.P. Askheim og B. Starrin (red.) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thesen, J., Malterud, K. (2001). «Empowerment» og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 121, 1624-8.
- Thybo, P. (2003). Sygdom er hvordan man har det – Sundhet er hvordan man tar det. Om Antonovskys salutogenetisk idé. *Kognition & P dagogikk*, 29.
- UNDP (2009). *Human Development Report 2009 – The Human Development Index- going beyond income*. United Nations Development Programme. Hentet den 12.02.2010 fra http://hdrstats.undp.org/en/countries/country_fact_sheets/cty_fs_NOR.html
- Veenstra, M., Slagsvold, B. (2009). *Hva betyr utdanning for v r helseatferd?* Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet den 27.05.2010 fra <http://www.ssb.no/ssp/utg/200901/09/>
- van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma H., Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60, 1117-1131.
- Vik, L.J. (2007). Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og osialarbeidarar. I: T.J. Ekeland og K. Heggen (red.) *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Walseth, L.T., Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124, 65-66.

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities of health*. Copenhagen: World Health Organisation. Hentet den 21.02.2010 fra <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2009). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet den 25.02.2010 fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00223/Begreper_og_prinsip_223339a.pdf

WHO (1948). Preamble to the constitution of The World Health Organization as adopted by the International health Conference. New York: WHO. Hentet den. 12.04.2010. fra <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Hentet den 16.02.2010 fra http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet den 16.02.2010 fra http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

WHO (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Hentet den 16.02.2010 fra http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf

WHO (1991). *Health for All Targets: The Health Policy for Europe*. Updated Edition. Copenhagen: WHO. Hentet den 17.02.2010 fra http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/15/44/3d.pdf

WHO (2006). *What is the evidence of effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. Hentet den 16.02.2010 fra <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>

Winroth, J., Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & hälsopromotion. Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Wolff, A.C., Ratner, P.A. (1999). Stress, Social Support and Sense of Coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 182-197.

Wormnes, B., Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wormnæs, O. (2000). *Vitenskap – enighet og mangfold*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Zahl, P.H., Rognerud, M., Strand, B.H., Tverdal, Å. (2003). Bedre helse – større forskjeller. En analyse av hvordan inntekt, utdanning og husholdningsstørrelse har påvirket dødeligheten i befolkningen i periodene 1970-77, 1980-87 og 1990-97. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet den 24.04.2010 fra

<http://www.fhi.no/dokumenter/0EB6ECF43DA24756BF986931D0AAD2C6.pdf>



OvidSP

[View Selected](#) | [Database Field Guide](#) | [Support & Training](#) | [Help](#) | [Logoff](#)

[Change Database](#) | [Your Journals: Ovid](#) | [All Journals](#) | [Books](#)

[Saved Searches/Alerts](#)

[Personal Account](#)

[English](#) | [Français](#) | [Deutsch](#) | [繁體中文](#) | [Español](#) | [简体中文](#)

Search History (13 searches) (Click to close)					View Saved
<input type="checkbox"/>	#	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	13	9 and 12	7	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	12	empowerment*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	7325	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	11	9 and 10	0	Advanced	Delete More
<input type="checkbox"/>	10	salutogene*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	120	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	9	5 and 8	190	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	8	6 or 7	24202	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	7	migrant.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	1874	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	6	minority.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	22432	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	5	1 or 2 or 3 or 4	3251	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	4	social inequity.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	40	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	3	social equity*.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	125	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	2	social equality.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	2779	Advanced	Display More
<input type="checkbox"/>	1	social inequality.mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts]	589	Advanced	Display More

[Remove Selected](#) | [Save Selected](#) | [Combine selections with:](#) AND OR

[Save Search History](#)

Search

PsycINFO 1806 to March Week 2 2010

[Basic Search](#) | [Find Citation](#) | [Search Tools](#) | [Search Fields](#) | [Advanced Ovid Search](#) | [Multi-Field Search](#)

Enter Keyword or phrase (use "" or "\$" for truncation):

Keyword
 Author
 Title
 Journal

Map Term to Subject Heading
 Universal Search

[Limits](#) (Click to expand)

[Results Manager](#) (Click to expand)

[Customize Display](#) | [Reset Display](#) | [View All Abstracts:](#) [Sort By:](#) | [Results Per Page:](#)

Results of your search: 9 and 12

Viewing 1-7 of 7 Results

Search Aid

Your search

Search terms used:

- empowerment*
- equality
- equity*
- inequality
- inequity
- migrant
- minority
- social

Experiences and interpretations of learning english language and culture by non-western European non-native speakers.
 Abstract Reference
 Complete Reference
 UBO

Okava, Mika.

Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Vol.68(3-A),2007, pp. 917.

[Dissertation Abstract]

Year of Publication: 2007

[View Abstract](#)



Thursday, March 18, 2010 6:18:08 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S15	S9 and S12	Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	0
S14	S9 and S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	0
S13	S1 and S9 and S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	9
S12	salutogenes*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	36
S11	(MH "Empowerment")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4693
S10	S1 and S8	Limiters - Linked Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	33
S9	S1 and S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	345
S8	(MH "Psychology, Social") or (MH "Social Adjustment") or (MH "Social Change") or (MH "Social Class") or (MH "Social Environment") or (MH "Social Identity")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	11391
S7	s2 and empowerment	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	18
S6	S3 and empower*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2
S5	s3 AND salutogenes*	Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	0
S4	s3 AND salutogenes*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	0
S3	s1 and s2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	117

S2	(MH "Social Class")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2979
S1	minority	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	10505

PubMed

U.S. National Library of Medicine
National Institutes of Health

Advanced Search

Query #42 deleted.

Search Builder

All Fields

Add to Search Box with:

[Search Builder Instructions](#)

Search History

Search	Most Recent Queries	Time	Result
#41 Search "sence of coherence"		05:33:40	1
#40 Search #5 AND "sence of coherence"		05:33:27	0
#39 Search #19 AND migrant*		05:31:14	7
#38 Search (#19) AND empowerment AND minorit*		05:30:15	1
#37 Search (#19) AND empowerment		05:29:48	15
#36 Search #21 AND salutogenesis		05:27:33	0
#30 Search #5 AND empower*		05:19:30	89
#21 Search (#19) AND minority		04:58:27	20
#19 Search ("social inequality"[All Fields] OR "social inequities"[All Fields] OR "social inequity"[All Fields])		04:57:04	571
#6 Search social equity and minority		04:42:07	65
#5 Search social equity		04:24:18	2217
#1 Search social inequity		04:23:05	458

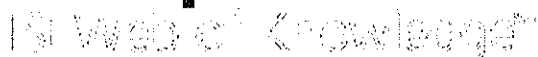
[Search History Instructions](#)

More Resources

You are here: NCBI > Literature > PubMed

[Write to the Help Desk](#)

Sign In | My EndNote Web | My ResearcherID | My Citation Alerts | My Saved Searches | Log Out | Help



All Databases

Select a Database

Web of Science

Additional Resources

Search Cited Reference Search Advanced Search Search History Marked List (0)

Web of Science® – with Conference Proceedings

Search History

Set	Results	Save History / Create Alert	Open Saved History	Combine Sets		Delete Sets
				AND	OR	Select All
				Combine		Delete
# 9	0	Topic=(#8) AND Topic=(#2) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
# 8	6,726	Topic=(#1) AND Topic=(#4) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
# 7	184	Topic=(#6) AND Topic=(#2) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
# 6	473	Topic=(#5) AND Topic=(#1) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
# 5	181	Topic=(salutogenes*) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
# 4	2	Topic=(empowerment*) AND Topic=(#3) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
# 3	184	Topic=(#1) AND Topic=(#2) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
# 2	94,084	Topic=(migrant*) OR Topic=(minority*) OR Topic=(ethnicity*) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
# 1	12,274	Topic=(social inequality*) OR Topic=(social inequity*) OR Topic=(social equality* or social equity*) Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH Timespan=All Years		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
				AND	OR	Select All
				Combine		Delete

View in 简体中文 English 日本語

Please give us your feedback on using ISI Web of Knowledge.

Acceptable Use Policy
Copyright © 2009 Thomson Reuters



THOMSON REUTERS

Published by Thomson Reuters