



AALBORG UNIVERSITET

Social ulighed i sundhed

En diskursanalyse af forebyggelsespolitikken

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab

Aalborg Universitet

4. semester



Speciale udarbejdet af:

Katrine Bang, 18gr10318

Studienummer: 2016 0749

Vejleder: Henrik Vardinghus-Nielsen

Antal tegn med mellemrum: 175.103

Afleveringsdato: 7. juni 2018

Resumé

Baggrund

I gennem de seneste årtier er den sociale ulighed i sundhed steget i Danmark. Tillige findes en ulighed i levetid, hvor det ses, at danske mænd i den højeste indkomstgruppe i dag lever næsten 10 år længere end mænd i den laveste indkomstgruppe. For danske kvinder er denne forskel 6 år. For mange danskere er den relativt kortere levetid tilmed præget af dårligt helbred, hvilket både har konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og samtidig er en økonomisk belastning for samfundet. Det har i mange år været et politisk mål at reducere denne ulighed, men intet resultat er endnu opnået.

Formål

Formålet med dette speciale er at opstille forslag, som i tillæg til individuelle adfærdsændringer kan bidrage til at fremme ligheden i sundhed på sigt. Disse veje til forandring er i mindre grad undersøgt, og der ses et potentiale i at ændre forebyggelsesstrategien, idet den nuværende tilgang ikke har kunnet reducere den sociale ulighed i sundhed.

Metode

Der er udarbejdet en systematisk litteratursøgning for at afdække international forskning på området samt en diskursanalyse af udvalgte sundhedsudspil.

Fund

Det er fundet, at der i tillæg til den nuværende forebyggelsesstrategi, hvor livsstil og adfærdsændringer ses som afgørende for sundheden, med fordel kan implementeres tre forandringsforslag. De tre forandringsforslag er: Brobygning imellem forskning og politik, moddiskurs fremsat igennem medier og interesseorganisationer og bottom-up: Påvirkning fra befolkningen. Disse tre forandringsforslag kan bidrage til re-framing af sundhed og potentielt fremme ligheden i sundhed på sigt. Dog tages der visse forbehold for specialets konklusioner, idet valg af arkiv til diskursanalysen og det teoretiske perspektiv ikke er repræsentativt, hvorfor gyldigheden og overførbareheden er begrænset.

Abstract

Background

In recent decades social inequality in health has risen in Denmark. In addition, there is an inequality in lifetime, where Danish men in the highest income group today live almost 10 years longer than men in the lowest income group. For many people, the relatively shorter life span is also characterized by poor health, which both has an impact on the quality of life and is an economic burden on society too. For many years, it has been a political goal to reduce this inequality, but no results have yet been achieved.

Aim

The purpose of this master is to produce proposals, that in addition to individual behavioural changes, can help to promote equality in health in long term. These ways of chance have been less studied and there is a potential of changing the prevention strategy, as the current approach has not been able to reduce social inequalities in health.

Methods

A systematic literature search has been prepared to uncover international research at the field and in addition, a discourse analysis of selected health programs was conducted.

Findings

It has been found, that in addition to the current prevention strategy, where lifestyle and behavioural changes are seen as vital to health, three proposals of changes can be implemented successfully. The three proposals are: Bridge building between science and politics, discourse made through media and organizations and bottom-up: impact of the population. These three suggestions can contribute to re-framing health and potentially promoting equality in health in long term. However, certain reservations are made for the conclusions, as the choice of health programs to study for the discourse analysis and the theoretical perspective is not representative, so the validity and transferability are limited.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	7
2. Problemanalyse	8
2.1. To differentierede funktionssystemer.....	8
2.2. Politik og vidensproduktion i samtidens samfund	9
2.3. Social ulighed i sundhed – et stadigt problem	10
2.4. Livsstil eller levevilkår?	12
2.5. Forskellige opfattelser af sundhed og risiko	14
2.6. Individualisering af borgerne.....	16
2.7. Sundhedspolitik som magtudøvelse.....	18
2.8. Barrierer for forandring og læring hos socialt udsatte	20
3. Problemafgrænsning	22
4. Problemformulering	23
5. Metode	24
5.1. Videnskabsteoretisk position	24
5.1.1 Socialkonstruktivisme	24
5.1.2 Ontologi og epistemologi.....	26
5.2. Diskursanalyse som både teori og analysestrategi.....	26
5.2.1 Diskursteori	26
5.2.2 Analysestrategi	27
5.3. Generering af empirisk fundament	29
5.4. Systematisk litteraturstudie.....	33
5.4.1 Valg af databaser	33
5.4.2 Søgestrategi	34
5.4.3 Inklusions- og eksklusionskriterier	35
5.4.4 Strategi for udvælgelse af litteratur	36

5.4.5	Præsentation af inkluderet litteratur	37
6.	Teoretisk referenceramme	42
7.	Analyse	45
7.1.	Liberalistisk diskurs i tilgangen til ulighed i sundhed	45
7.2.	Paternalistisk diskurs i forebyggelse	48
7.3.	Livsstilets diskurs blandt de politiske aktører	50
7.4.	Den inkluderende diskurs	54
7.5.	Utilsigtede konsekvenser ved liberal diskurs om social ulighed i sundhed	55
7.6.	Opsamling.....	56
8.	Forslag til forandringer	58
8.1.	Brobygning mellem forskning og politik	58
8.2.	Moddiskurs fremsat igennem medier og interesseorganisationer	60
8.3.	Bottom-up: Påvirkning fra befolkningen	61
8.4.	Opsamling.....	62
9.	Diskussion af forandringsforslag	64
9.1.	Hvordan opnås lighed i sundhed?	64
9.2.	Ansvarsplacering	65
9.3.	Mediernes magt.....	66
9.4.	Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af fremsatte forandringsforslag.....	67
10.	Metodediskussion	68
10.1	Videnskabsteori.....	68
10.2	Diskursteori.....	68
10.2.1	Analysestrategi	69
10.2.2	Empirigenerering til arkivet.....	70
10.2.3	Teori som dåseåbner.....	71
10.2.4	Kvalitetssikring	71

10.2.5	Forskerposition.....	72
10.3	Systematisk litteratursøgning.....	73
10.4	Specialets overførbarehed	74
11	Konklusion	75
12	Referenceliste	76
13	Bilagsfortegnelse	83

1. Initierende problem

Danmark er økonomisk set et af de mest lige lande sammenlignet med de øvrige lande i OECD-samarbejdet, men der ses fortsat forskel i sundhed mellem grupper med forskellig socioøkonomisk status (A. Christensen, Davidsen, Ekholm, Pedersen, & Juel, 2014; Økonomi og Indenrigsministeriet, 2017). I Danmark refererer debatten om social ulighed i sundhed ofte til statistikker om, at uligheden de seneste årtier er stigende samt med henvisning til den ulighed, der er i levetid. Her ses det, at danske mænd i den højeste indkomstgruppe i dag lever næsten 10 år længere end mænd i den laveste indkomstgruppe. For danske kvinder er denne forskel 6 år (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011; Wilhelmsen, 2016). For mange danskere er den relativt kortere levetid tilmed præget af dårligt helbred, hvilket både har konsekvenser for den enkeltes livskvalitet og samtidig er en økonomisk belastning for samfundet (A. Christensen et al., 2014). Derfor har reduktion af social ulighed i sundhed været på den politiske dagsorden igennem de seneste 20 år med det formål at løfte folkesundheden og den gennemsnitlige levealder i Danmark (Vallgård, 2003). Sundhed og politik interfererer på mikro-, meso- og makroniveau, hvilket medvirker til at øge kompleksiteten samt vanskeliggøre indførelsen af forebyggelsestiltag. Ydermere kan det være en barriere, at politisk beslutningstagning er en kompleks proces, hvor ressourcer og tid til dybdegående, systematiske analyser kan være begrænset, hvorfor evidensgrundlaget kan mangle, anfægtes eller være politiseret (Baker et al., 2017). For at få mest sundhed for pengene, er det essentielt at prioritere indsatser, hvor solid, forskningsbaseret viden om effekt ligger til grund for implementeringen (Kommunernes Landsforening, 2018). Paradoksalt nok ses det, at politikker og indsatser ofte gennemføres eller fravælges med incitament om at bibeholde den politiske magt og vælgertilslutning eller på baggrund af ideologier og holdninger (Vallgård, 2010). Den tilsyneladende diskrepans, kan ud fra et fagligt, folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv give anledning til utilsigtede konsekvenser, idet den politiske tilgang tilsyneladende øger uligheden frem for at reducere den, hvilket introducere en væsentlig og kompleks udfordring (Baker et al., 2017). Det er imidlertid også en utilfredsstillende situation, at reduktion af social ulighed i sundhed længe har været et politisk mål uden en effekt er opnået, hvorimod det ses, at uligheden fortsat er stigende (Baker et al., 2017). Der er derfor brug for viden om og politisk vilje til at forandre tilgangen til reduktion af social ulighed i sundhed for mere effektivt at kunne fremme ligheden på sigt (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008).

2. Problemanalyse

At klarlægge de præcise årsager til, at den sociale ulighed i sundhed fortsat er stigende, er som nævnt kompleks. Analyser besværliggøres blandt andet af organisationsstrukturen i Danmark, hvor sundhedspolitik føres på både meso- og makroniveau, idet det er politikerne på Christiansborg, som fastsætter de overordnede rammer for samfundet, men samtidig er det kommunerne på mesoniveau, der har ansvaret for at håndtere og implementere indsatserne (Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014). Problemet kan hermed forankres flersteds, men i den følgende problemanalyse vil fokus være rettet mod makroniveauet, der betragtes som den væsentligste årsag til, at uligheden i sundhed fortsat består (Thomson, Bambra, McNamara, Huijts, & Todd, 2016). Betegnelsen 'politikker' vil dermed henvise til det øverste politiske niveau, altså den til enhver tid siddende regering, uden hensyntagen til skiftende regerings ideologier, herunder socialdemokratiske og liberalistiske tilgange til reduktion af social ulighed i sundhed, på baggrund af det faktum, at uligheden over tid fortsat er stigende på trods af skiftende regeringer.

2.1. To differentierede funktionssystemer

Den amerikanske politolog David Easton definerer politik som værende ”*den autoritative fordeling af værdier med gyldighed for et samfund*” (Frandsen et al., 2014, s. 10). Ifølge Easton handler politik om at prioritere og vælge på baggrund af ideologiske eller principielle målsætninger, idet politik ofte baseres på begrænsede ressourcer (Thomsen, 2013). Dette står i kontrast til den måde, som folkesundhedsvidenskab fungerer på, hvor videnskabelige undersøgelser danner baggrund for analyser og anbefalinger (Mette Madsen & Strandberg-Larsen, 2015). Denne diskrepans kan forklares med afsæt i den tyske sociolog Niklas Luhmann's teori om det funktionelt differentierede samfund (Borch, 2009). Det betyder, at samfundet er opdelt i en række selvstændige funktionssystemer, der autonomt varetager hver sin funktion. Der er for det første tale om det politiske system, hvis funktion er at træffe kollektivt bindende beslutninger for samfundet. Dette system betragter verden ud fra en todelt optik eller kode: Regering/opposition (Borch, 2009). For det andet er der tale om videnskabssystemet, hvis funktion er at frembringe nye videnskabelige indsigter, hvor der kun lægges vægt på den binære kode om noget er sandt/falsk (Borch, 2009). Derfor kan disse to systemer betragte et fænomen, herunder social ulighed i sundhed, vidt forskelligt. Systemerne ser verden fra deres eget perspektiv og er sjældent i stand til at sætte sig ind i andre systemers måder at betragte verden på. Luhmann afviser dog ikke muligheden for, at binære koder kan blandes sammen, hvilket kan praktiseres ved at erkende og respektere systemers indbyrdes forskelligheder (Borch, 2009).

Dette speciale vil forsøge at bidrage til en sådan kodesammenblanding med hensigten om at fremme ligheden i sundhed på sigt.

2.2. Politik og vidensproduktion i samtidens samfund

Det ses, at når interventioner iværksættes er det altafgørende for at opnå en positiv effekt, at interventionen er baseret på et velfunderet og veldokumenteret grundlag (C. B. Christensen et al., 2010). På politisk niveau konstrueres viden i stigende grad, så det kan tilpasses og understøtte politikernes hensigter, hvorved deres magtposition kan opretholdes. Dette har den utilsigtede konsekvens, at politik ikke altid føres på baggrund af 'best practice' samt at tilliden til politikerne er kommet under pres (Vallgård, 2003). I dag indgår viden meget mere strategisk i samfundets styring end tidligere, hvorfor betegnelsen videnssamfund er initieret (Åkerstrøm Andersen, 1999). Der er blevet et marked for private firmaer og konsulentvirksomheder, der selv udvikler teorier og begreber, som mest af alt har et økonomisk sigte med henblik på salg, og dermed er vidensproduktion ikke længere beholdt uafhængige, videnskabelige institutioner (Åkerstrøm Andersen, 1999). Store, internationale konsulentvirksomheder, som for eksempel Ernst & Young og Deloitte, anvendes blandt andet til at udarbejde rapporter til brug på politisk niveau (Energistyrelsen, n.d.; Transport- Bygnings-og Boligministeriet, n.d.; Udenrigsministeriet, n.d.). Ifølge professor Niels Åkerstrøm Andersen (1999) er der tale om videnspolitik, hvor undersøgelser og forklaringer ikklædes en videnskabelig aura, men den videnskabelige status og politiske og strategiske funktion er suspect. Det er uhensigtsmæssigt, når politikerne kun bruger den forskning, der begrundet egne synspunkter og dermed bevidst negliger modstridende fund og resultater (Holm, 2011). Konsekvenserne af denne form for politikbaseret evidens, hvor politikere bestiller bestemte rapporter hos nøje udvalgte forskere eller konsulentvirksomheder, er, at samfundet er på vej i en retning, hvor fakta mister sin betydning (Holm, 2011). Lektor i filosofi Andreas Beck Holm (2011) pointerer, at politik i dag er reduceret til en diskussion om tekniske løsninger på teknisk definerede problemer, hvor der ikke længere levnes plads til ideologiske diskussioner af værdier og målsætninger, idet de overordnede politiske mål på forhånd er defineret af dominerende socialklasser. I forlængelse heraf påpeger et systematisk review fra England, at sundhedspolitik ofte ikke benytter sig af den nyeste, tilgængelige evidens samt problematiserer, at forskningsresultater kan tage for lang tid at indarbejde i politiske beslutningsprocesser (Liverani, Hawkins, & Parkhurst, 2013). En hollandsk review-artikel problematiserer også, at politiske beslutningsprocesser sjældent er funderet af solide analyser eller tager nuancer i konteksten i betragtning, fordi der kræves hurtige og synlige resultater i nutidig politik for at vise de øvrige

politikere, befolkningen med flere, at der opnås værdi for pengene samt at problemerne tages alvorligt ved hurtig behandling (Krumeich & Meershoek, 2014). Tillige betones den kløft, der er imellem den viden, der eksisterer om ulighed i sundhed, og hvad der faktisk bliver gjort i forebyggelse, hvor organisatoriske, politiske og strategiske faktorer kan være barrierer, der hindre brobygning mellem politik og forskningens resultater (Liverani et al., 2013). I en ideel verden burde forskere og politikere være mere samproducerende frem for to adskilte institutioner, som det gør sig gældende i dag, jævnfør de differentierede funktionssystemer (Andermann, Pang, Newton, Davis, & Panisset, 2016; Borch, 2009; Carey & Friel, 2015).

Ønsket om mere systematisk brug af evidens i politiske beslutningsprocesser er stort både hos folkesundhedsvidenskaben, politikere og interesseorganisationer, men på trods heraf er viden om hvordan brugen bedst fremmes fragmenteret og ufuldstændig (Verboom, Montgomery, & Bennett, 2016). En kompleks udfordring ved brug af evidens i forebyggelse er imidlertid, at det sjældent er oplagt at måle effekter af forebyggelsesindsatser med randomiserede, kontrollerede undersøgelser, som ellers normativt er den dominerende metode, når der er tale om evidens. Evidens eller statistisk sikkerhed kan være et utilstrækkeligt kriterium, hvis der for eksempel udarbejdes forebyggelsestiltag efter WHO's brede definition af sundhed, hvor hverdagsliv og kultur også spiller en determinerende rolle. Herved skal forskningen være af mere kvalitativ karakter for at kunne indfange dette aspekt, hvilket sjældent kan standardiseres eller gøres universelt gyldigt, idet sociale og kulturelle processer reflekteres (Dybbroe & Land, 2012).

Der er altså grundlæggende forskelle imellem politik og folkesundhedsvidenskab, som overordnet betragtes som to helt forskelligartede og adskilte systemer. Dette er medskabende til, at de to systemer ikke udnytter hinandens ressourcer tilstrækkeligt, og det ses, at der mangler viden om, hvordan dette samarbejd kan styrkes. Det problematiseres endvidere, at viden produceres strategisk med henblik på styring frem for at forebyggelse anlægges på viden om 'best practice'. Disse forhold kan blandt andre ses som barrierer for, at den sociale ulighed i sundhed ikke reduceres. Den sociale ulighed i sundhed tematiseres i det følgende afsnit.

2.3. Social ulighed i sundhed – et stadigt problem

Borgere har forskellige livshistorier og kommer fra forskellige samfundslag, hvilket er medvirkende til, at liv leves på forskellige måder. Flere undersøgelser viser, at befolkningsgrupper med lavt uddannelsesniveau, arbejdsløshed eller som på anden måde er socialt dårligt stillet, lever et kortere liv og samtidig har flere dårlige leveår med sygdom i forhold til befolkningsgrupper med højt

uddannelsesniveau (Glasdam, 2009). Ulighed i sundhed kan defineres som en dikotomi, hvor problemet anses som værende dårligt helbred blandt den ringest stillede femtedel set i forhold til resten af befolkningens helbred. Ud fra denne diskurs målrettes indsatsen mod ulighed i sundhed kun de dårligst stillede. Modsat kan uligheden også betegnes som en gradient, hvor antagelsen er, at der er forskelle i sundhed imellem alle grupper i samfundet. Social ulighed i sundhed ses altså her som stigende sygelighed i takt med, at den sociale position falder (Vallgård et al., 2014). Derfor rettes indsatser mod hele befolkningen (Vallgård, 2010).

I Nordeuropa er uligheden i sundhed særlig stor set i forhold til de relativt små indkomstforskelle, og i Danmark er den tilmed vokset de seneste årtier, hvilket gør det til et væsentlig problem for folkesundheden. Der skrives og tales derfor meget om ulighed i sundhed både i medierne, på konferencer, og temaet har også fået stor plads i regeringens folkesundhedsprogrammer (Hede & Andersen, 2006). En af de første gange, hvor social ulighed i sundhed blev formuleret i et politisk program, var i 1984, da WHO vedtog ”Sundhed for alle i år 2000”, som havde et dobbelt sigte, nemlig både at forbedre folkesundheden generelt målt ved hjælp af øget middellevetid og raske leveår og samtidigt at reducere den sociale ulighed i sundhed (Vallgård, 2009). Den danske regering tilsluttede sig dengang programmet, men først fra 1998 blev social ulighed i sundhed omtalt som et tema i dansk politik. Her blev der fremlagt statistikker om lav middellevetid, hvor der tilmed sås en ulighed i dødelighed, som kun var vokset igennem de seneste 30 år. Disse forskelle ansås ikke som foreneligt med et godt og retfærdigt samfund, og det har derfor været et politisk mål at reducere denne ulighed i sundhed med begrundelse om, at samfundet har et ansvar overfor de svageste borgere, som er en del af denne uønskede eller uacceptable oversygelighed og -dødelighed (Vallgård, 2003, 2009). Ifølge Hede og Andersen (2006) fra tænketanken MandagMorgen er der produceret tusindvis af artikler, der beskriver problemet omkring ulighed i sundhed, men kun et begrænset antal forsøger dybdegående at finde de egentlige årsager til problemet, og næsten ingen evaluerer effekterne af de målrettede indsatser mod uligheden. Denne kritik findes også i et australsk studie, hvor det problematiseres, at den viden der bliver produceret er beskrivende og analyser af kausale sammenhænge og veje til forandringer er i mindre grad undersøgt (Carey & Crammond, 2015). Hede og Andersens (2006) kritik af den politiske diskurs i forhold til social ulighed i sundhed er, at indsatsen er domineret af retorik på politisk niveau uden yderligere handlinger. Hede og Andersen (2006) problematiserer ydermere manglen på interventionsforskning og begrundet denne mangel med, at der ikke investeres penge i den bekostelige metode så længe, der er en manglende tiltro til, at andet end adfærdsændringer hos socialt udsatte reducere uligheden. Viden om årsager til social ulighed i

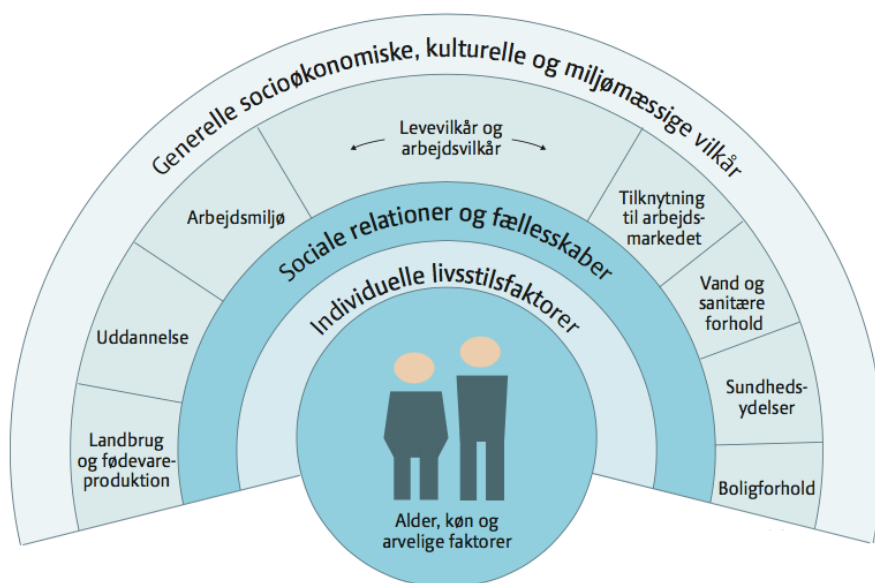
sundhed er steget markant de seneste årtier, men er ikke blevet matchet af forbedringer i sundhedsforskellene eller med systematisk dokumentation af hvordan ulighederne effektivt reduceres (Rasanathan & Diaz, 2016). Denne mismatch understreger ifølge Rasanathan & Diaz (2016) tydeligt, at det er på tide at skifte fokus fra problemet til løsninger og initierer mere forskning, der fokuserer på effekter af forebyggende interventioner end blot sundheds- og sygelighedsundersøgelser, der igen og igen dokumenterer, at uligheden består.

Det kan altså anses som et paradoks, at der foreligger betragtelig viden om social ulighed i sundhed, og der fra politisk side er opbakning til WHO's anbefalinger, men uligheden består stadig. Konsekvenserne af diskursen i social ulighed i sundhed er, at der satses på generaliserende informations- og motivationskampagner om KRAM-faktorerne i stedet for virkelighedsnære ideer til og afdækning af den manglende viden om, hvordan sundhedsadfærd effektivt kan reguleres i praksis (L. T. Larsen, 2017). I overensstemmelse hermed fastholder Hede & Andersen (2006) påstanden om, at KRAM-faktorerne ikke alene kan udgøre hele forklaringen på den sociale ulighed i sundhed. Det ensidige fokus på livsstil i forhold til levevilkår behandles i næste afsnit.

2.4. Livsstil eller levevilkår?

I dansk politik betones livsstilfaktorerne, som ofte betegnes KRAM-faktorer, som hovedårsag til den sociale ulighed i sundhed, og levevilkår anses herved i mindre grad for betydelige (Vallgård, 2009). Modsat tillægger Norge og Sverige levevilkårene, som for eksempel det sociale- og fysiske miljø, en større betydning og anser flere aspekter fra et salutogenetisk perspektiv, hvor det for eksempel nævnes, at natur- og kulturoplevelser fremmer sundheden (Vallgård, 2009).

Ifølge Dahlgren & Whitehead (1991) ses sundhed og sygdom som konsekvens af flere indbyrdes afhængige faktorer, hvilket fremgår af figur 1. Perifert findes på makroniveau de generelle vilkår og rammer, som gør sig



Figur 1 Den samfundsmedicinske sygdomsmodel af Dahlgren & Whitehead.
Kilde: (Danske Regioner, 2017, s. 14)

gældende i samfundet. Disse efterfølges af henholdsvis leve- og arbejdsvilkår på mesoniveau og betydningen af de sociale relationer den enkelte indgår i. Slutteligt findes de individuelle livsstilsfaktorer på mikroniveau og centralt i modellen er alder, køn og arvelige faktorer, som også har indvirkning på sundhedstilstanden (Dahlgren & Whitehead, 1991). Dahlgren & Whitehead's pointe med denne grafiske fremstilling er, at hvert enkelt lag i den økologiske model ikke kan iagttages isoleret set, men derimod må forstås som indbyrdes afhængige (Mette Madsen & Strandberg-Larsen, 2015). At de politiske aktører fortrinsvis interesserer sig for livsstilsfaktorer problematiseres også af Bruce G. Link & Jo C. Phelan (1995), som betragter det som ineffektivt kun at fokusere på proximale faktorer, altså den sundhedsadfærd, der er tættest på sygdomsudfaldet. De påpeger også den væsentlige betydningen af de distale faktorer, som i denne kontekst forstås som de ydre og perifere lag i Dahlgren & Whitehead's model. Det kan dermed siges, at befolkningens sundhedstilstand *også* er et resultat af samfundsudviklingen og politiske valg, som ligger uden for den enkelte borgers indflydelse, og altså ikke kun som et resultat af den enkeltes livsstil eller sundhedsadfærd (Karslen & Villadsen, 2017).

Når betydningen af livsstil fastholdes i den politiske diskurs, er det oftest med henvisning til opretholdelse af den enkeltes autonomi, hvor borgerens selvbestemmelse respekteres. Et eksempel herpå er, at det blot *anbefales*, at drikke mindre end 7 genstande ugentligt for kvinder og 14 genstande for mænd i stedet for at indføre strukturelle tiltag, som regulerer pris og tilgængelighed. Dette er i tråd med den gældende liberale opfattelse, hvor statens rolle er begrænset og det netop ønskes, at den enkelte skal tage ansvar for egne handlinger (Vallgård, 2009). Fokus på livsstil er ikke uberettiget, idet sundhedsadfærd afgjort har en determinerende rolle for sundheden, men på bekostning heraf bliver betydningen af levevilkår og de sociale determinanter for sundhed ofte marginaliseret. Et eksempel på at levevilkår også har en anseelig betydning i forhold til social ulighed i sundhed findes i flere sundheds- og sygelighedsundersøgelser, hvor det ses, at kræftsygdomme fordeles skævt afhængigt af erhverv, og dermed har den sociale position betydning for om og i så fald hvilke kræftsygdomme den enkelte rammes af (Glasdam, 2009).

Professor Geoffrey Rose (1985) kalder den førte forebyggelsesstrategi for 'højrisikostrategi', hvor borgere i risiko identificeres ud fra KRAM-faktorerne, og herefter tilbydes målrettede forebyggelsesinterventioner. Rose (1985) påpeger fordele, som at tiltagen er omkostningseffektiv og kun målrettet borgerer, der bør være motiverede qua deres position som værende i risiko. Derimod findes også ulemper, herunder at tilgangen kun identificerer borgere, der allerede er i risiko og søger dermed ikke at ændre bagvedliggende årsager. Hvis forebyggelsesstrategien begrænses til

højrisikostrategi, vil problemet, her social ulighed i sundhed, ifølge Rose (1985) bestå år efter år og generation efter generation, fordi tilgangen netop ikke behandler bagvedlæggende årsager og roden til problemet, men kun søger at hjælpe borgere, der allerede er endt i risikogruppen. Ydermere betoner Rose (1985) højrisikostrategiens indsnævrede potentiale, idet kost-, ryge- og motionsvaner er begrænset af sociale normer, hvilket vanskeliggør adfærdsændringer, fordi det er svært for enkeltpersoner at fravige det, som omgangskredsen gør. Modsat højrisikostrategien findes den befolkningsorienterede tilgang, hvor formålet er at kontrollere underliggende determinanter for sundhed mere radikalt på strukturelt niveau, og herved højne sundheden for hele befolkningen uafhængigt om de er i risiko eller ej (G. Rose, 1985). Højrisikostrategien kan således være en nødvendighed så længe de distale årsager ikke kendes, men i kontekst af social ulighed i sundhed, kan forebyggelses-tilgangen anses som utilstrækkelig, idet der forefindes meget viden om for eksempel levevilkårs betydning for at fremme ligheden, hvormed en mere borgerorienteret forebyggelsesstrategi med fordel kan initieres.

Ifølge Hede & Andersen (2006) fører højrisikostrategien til barrierer så som at statens engagement begrænses, idet gennemarbejdede og veldokumenterede strukturelle tiltag kan synes at miste sin berettigelse og nedprioriteres, hvis antagelsen er, at individuelle valg er årsag til sygdom. I tråd med Rose, bemærker Hede og Andersen (2006) yderligere, at diskursen gør det mere eller mindre umuligt at reducere social ulighed i sundhed effektivt, da fokus på sundhedsadfærd bygger på statistikker om, at flere med lav socioøkonomisk position ryger, drikker og spiser forkert i stedet for at beskæftige sig med de individuelle forståelser af sundhed og risiko (Hede & Andersen, 2006). 'One-size-fits-all' tilgangen påvirker ikke nødvendigvis alle borgere lige og i nogle tilfælde kan tilgangen endda udvide eksisterende uligheder i sundhed (Hall, Graffunder, & Metzler, 2016). For at afdække i hvilken grad risikabel sundhedsadfærd faktisk påvirker den enkelte borger, er det nødvendigt via kvalitative undersøgelser at spørge udsatte borgerne om hvilken form for støtte de vil finde mest nyttig samt at klarlægge forskellene i syn på sundhed og risiko (Andermann et al., 2016). At der findes forskellige syn på sundhed og risiko uddybes i følgende afsnit.

2.5. Forskellige opfattelser af sundhed og risiko

Det øverste politiske niveau er ansvarlig for og har magt til at fastsætte sundhedsdiskursen, idet almindelige borgere ikke har tilstrækkelig adgang til forskningens resultater og derfor må stole på politikernes udlægning heraf, for eksempel via fremførte oplysningskampagner. Ifølge professor Harvey Sapolsky (1990) har politikere tendens til at fordreje fakta for at fremme egen position, hvilket

gør det vanskeligt for borgere at navigere i sundhedsdebatten. I andre felter er det modsat meget let for en borger at gennemskue, om en rabat på et forbrugsprodukt udgør en god eller dårlig handel, men sundhed er et mere kompliceret felt, hvor den enkelte er nødsaget til at stole på forskere og politikere (Sapolsky, 1990). Politikernes syn på sundhed ses ofte at forenkle eller overdrive, hvor små risici gøres store og store risici gøres større (Sapolsky, 1990). Derfor konstrueres og italesættes forståelse af sygdomsårsager på bestemte måder, hvor blandt andet 'udsatte borgere', 'marginaliserede' eller 'ryger' er blevet ensbetydende med at være i risiko (K. Larsen, 2009). At borgere med en særlig sundhedsadfærd grupperes ud fra en patogenetisk diskurs, har ofte til formål at fungere som baggrund for sundhedspolitiske tiltag (K. Larsen, 2009). Med dette fokus på risikofaktorer, handler det altså om hvad, der er årsag til sygdom og ikke om hvad, der fremmer sundheden. Borgernes sundhedsadfærd betragtes som et produkt af et frit og rationelt valg, hvorved det overses, at den enkeltes valg snarere er materielt og habituel funderet (K. Larsen, 2009).

Ifølge professor Deborah Lupton (1993) tilskrives risikobegrebet forskellige betydninger alt efter hvem, der anvender det. Der kan være en forskel mellem på den ene side en objektiv forståelse af risikobegrebet, og på den anden side lægmands subjektive vurdering af, hvornår noget udgør en risiko. I nogle tilfælde vil den enkelte også være villig til at løbe en risiko i form af usund sundhedsadfærd, idet livskvalitet vægtes højere, og det dermed accepteres, at 'det gode liv' kan have helbredsmæssige konsekvenser. Definition af risiko og kategoriseringer af befolkningen kan dermed betragtes som værktøjer til at opretholde samfundets magtstrukturer. Risikodiskursen giver staten, som besidder en særlig viden, muligheden for at udøve magt over befolkningen (Lupton, 1993).

Den finske sociolog, Erik Allardt, har beskæftiget sig med at analysere de modsætninger, der ses i velfærdssamfundet og herved sat velfærd i relation til livskvalitet (Vardinghus-Nielsen, 2018). Allardt beskriver denne diskrepans mellem politikernes brug af objektive, statistiske opgørelser og borgernes subjektive opfattelse af behov og behovstilfredshed ved hjælp af tre behovsbegrebet: 'At have', som materielle betingelser og levestandarder, 'At elske' som sociale relationer og tilknytning til lokalsamfundet og slutteligt 'At være' som graden af mulighed for personlig udvikling og indflydelse på beslutninger for sit eget liv (Vardinghus-Nielsen, 2018). Herved fremhæver Allardt, at det gode liv anses forskelligt og vigtigheden af at inddrage borgerens ønsker. Allardt pointerer en mulighed for at forholde sig kvalitativt til borgernes subjektive ønsker, behov og adfærd, når der for eksempel laves sundheds- og sygelighedsundersøgelser. Den objektive brug af indikatorer for sundhedsadfærd eller levevilkår giver ikke borgerne mulighed for at tage stilling til, hvorvidt den enkelte oplever forholdene som tilfredsstillende eller utilfredsstillende, men tvinger blot borgerne til at

afrapportere i forhold til angivne svarmuligheder. To borgere med samme adfærd er ikke nødvendigvis sammenlignelige i forhold til behov og ønsker (Vardinghus-Nielsen, 2018).

Også opfattelsen af sundhed kan synes forskellige, idet sundhedsproblemer i den politiske kontekst oftest sammenkædes med økonomi. Menneskelige lidelser eller dalende livskvalitet som konsekvens af sygdom får i de fleste tilfælde først politikernes anerkendelse, når konsekvenserne sættes på økonomisk formel og bivirkningerne for den økonomiske produktivitet italesættes (Karslen & Villadsen, 2017). Den politiske fremgangsmåde er at forsøge at måle sundhedstilstanden ved hjælp af en række nyere indekser, som for eksempel DALY og QUALY, der angiver henholdsvis antallet af tabte leveår på grund af sygdom og er et mål for kvalitetsjusteret leveår. De subjektive konsekvenser af livet med sygdom bliver herved beregnelige og håndterbare for de politiske aktører (Wahlberg & Rose, 2017). Med denne diskurs og dette blik på sygdom ses sygdom både som en byrde for den enkeltes dagligdagsliv og som belastning af sundhedsvæsenet (Wahlberg & Rose, 2017).

Forebyggelsestiltag skal på baggrund heraf udvikles i den kontekst, hvori borgernes hverdagsliv udfolder sig. Blikket på konteksten og den enkelte borger er essentiel for at sikre, at indsatser ikke planlægges og gennemføres med objektive mål for sundhed uden relation til de berørte borgeres egne mål for sundhed (Dybbroe & Land, 2012). Det er dermed nødvendigt at tænke strukturer, institutioner og hverdagsliv sammen, for at skabe forandringer for sundhed (Dybbroe & Land, 2012). I en politisk kontekst forstås det sunde liv ikke udelukkende som et gode, men nærmere som en moralsk forpligtigelse, den enkelte har over for samfundet, hvilket bliver forstærket af, at de økonomiske udgifter til sundhedsvæsenet fortsat er stigende. En utilsigtet konsekvens af denne diskurs i sundhedspolitik er, at ansvaret for sundhed i stigende grad privatiseres og individualiseres. Tankegodset her bag er, at den enkelte selv bør være i stand til at håndtere og kontrollere egne sundhedsrisici ved hjælp af tilstrækkelig viden og passende adfærdsregulering (Karslen & Villadsen, 2017). Denne individualisering behandles i næstekommende afsnit.

2.6. Individualisering af borgerne

I Danmark adskiller den politiske diskurs om social ulighed i sundhed ifølge Vallgård (2009) sig fra den måde, som for eksempel Norge og Sverige behandler problematikkerne på. I dansk politik henvises i særlig grad til samfundsøkonomien som hovedårsag til interessen, idet ressourcerne er knappe, og udgifterne til sundhedsvæsenet fortsat stiger samt at den enkeltes adfærd lægges til grund for den sociale ulighed i sundhed. I Norge og Sverige, hvor uligheden er mindre end i

Danmark, vægtlægges modsat forandringer af levevilkår og sociale relationer. Vallgård (2010) ud-
drager heraf, at den diskurs, som sundhedspolitikken tager afsæt i, er afgørende for valget af indsæt-
ter mod social ulighed i sundhed. I forlængelse heraf kan det ifølge Lupton (1993) kritiseres, at der
er stigende fokus på at oplyse borgerne om deres eget ansvar for at indlede sig i risikabel sundheds-
adfærd samtidig med, at kontrol over risici i arbejds- og boligmiljø er faldet. Overstående kan også
anses som en konsekvens af samfundsudviklingen og et skred fra velfærdsstat til konkurrencestat,
hvor blikket på borgeren også er ændret (Vardinghus-Nielsen, 2018). Fra det sociale borgerskab,
hvor fællesskab, solidaritet og statens ansvar for borgerens velfærd gjorde sig gældende, ses en for-
skydning mod konkurrencestaten, hvor der sigtes mod at opretholde en produktiv og konkurrence-
dygtig befolkning samt ansvaret for at fremme egen sundhed i stigende grad flyttes til den enkelte. I
tilfælde af sygdom forventes det, at den enkelte arbejder mod igen at blive rask ved brug af hjælp til
selvhjælp, jævnfør afsnit 2.7. I konkurrencestaten er et af grundprincipperne økonomisk effektivitet,
hvorfor sundhedsfaglige prioriteringer ofte vælges på baggrund af udsagnet om mest sundhed for
pengene (Vardinghus-Nielsen, 2018). Individualiseringen er dermed høj, hvilket giver den enkelte
borger større mulighed for at forme sit eget liv og realisere sig selv. Dette er imidlertid årsag til et
paradoks, ”The Scandinavian welfare paradox of health”, hvor det ses, at på trods af relativt små
indkomstforskelle imellem forskellige socialgrupper og at borgerne har fri og lige adgang til be-
handling i sundhedsvæsenet, lever disse ikke nødvendigvis længere end borgere i andre lande, hvor
adgangen i et vist omfang er mere begrænset (Vardinghus-Nielsen, 2018). En af årsagerne hertil,
kan ifølge professor Robert Crawford (1977) findes i ”blaming the victim”-strategien, hvor han pro-
blematiserer, at den enkelte bebrejdes for egen sygdom og dermed bør tage mere ansvar for eget
helbred, fremfor at betragte sundhed ud fra et større perspektiv, jævnfør eksempelvis Dahlgren &
Whiteheads model. Et eksempel herpå kan blandt andre være når overvægtige børn og unge tilbydes
et kursus eller kostvejledninger, frem for at se på familiens hverdagsliv, socioøkonomisk status og
madkultur. Ved at forsømme samfunds- og hverdagslivsperspektivet, fastholdes eller forstærkes
borgernes sociale og sundhedsmæssige position, og den sociale ulighed i sundhed fastholdes
(Dybbroe & Land, 2012). Qua samfundsudviklingen hviler borgernes adgang til det sundhedsmæs-
sige felt og de sundhedsprofessionelles hjælp i stigende grad på den enkeltes sociale kapital og altså
i mindre grad på forestillingen om solidaritet og lige adgang til sundhedsvæsenet for alle (Dybbroe
& Land, 2012). Denne diskurs kan utilsigtet være med til at forstærke den sociale ulighed i sundhed
frem for at fremme ligheden.

Med afsæt i den franske sociolog Pierre Bourdieu's begreb doxa, kan det siges, at staten udgør et magtfelt, hvor der er en vis grad af doxa eller selvfølgelighed i hvad, der er rigtigt eller forkert og ønskeligt eller uønsket i forhold til idealet om den sunde krop (Timm & Andersen, 2010). Dette magtfelt udfoldes yderligere i følgende afsnit.

2.7. Sundhedspolitik som magtudøvelse

Det kan overordnet siges, at den politiske strategi og diskurs, der kommer til udtryk i for eksempel kampagner, tiltag eller afgiftsreguleringer, forsøger at styre borgerne i en bestemt retning, nemlig mod at forbedre den enkeltes sundhed samt reducere sygdomme og konsekvenserne heraf (K. Larsen, 2009). Et eksempel her på kan være det nyligt igangsatte projekt 'Aktiv Patientstøtte', hvor en sygeplejerske har telefonkontakt til udsatte borgere, med det formål, at coache og rådgive borgeren i at tage ansvar for sit liv med sygdom eller risiko herfor samt at styrke den enkeltes egenomsorg. Målet er, at højne den enkeltes livskvalitet og samtidig undgå akutte indlæggelser (Region Syddanmark, n.d.). Sproget og autoriteten fungerer her som en magtressource og kan bruges til at manipulere borgere til at udføre ønskelige handlinger, og derfor er sprog også et af politikernes foretrukne magtmidler, fordi magtudøvelsen foregår skjult (Sørensen, 2010).

En velfærdsstats funktion og eksistens antages efterhånden som en selvfølgelighed, og det kan derfor være vanskeligt at definere hvor grænsen for velfærdsstatens indblanding i den enkeltes liv bør være (Hede & Andersen, 2006). I den liberalistiske ideologi er friheden det afgørende, hvor magten er hos borgeren og betragtningen er, at denne evner at bruge friheden til at træffe fornuftige beslutninger, som for den enkelte giver mening og er ønskelige (Vallgård et al., 2014). Det ses imidlertid, at denne liberale holdning til sundhed kun gør sig gældende, når den enkelte handler ansvarligt efter gældende doxa i forhold til sundhed, hvorimod en mere paternalistisk tilgang tages i brug overfor svage eller udsatte borgere, som vælger en forkert adfærd (Vallgård, 2009). Her kan igen henvises til 'Aktiv patientstøtte', idet deltagerne inkluderes på baggrund af en statistisk model, der beregner risiko for fremtidige indlæggelser ud fra data om diagnoser, tidligere kontakter til sundhedsvæsenet og brug af sundhedsydelser (Region Syddanmark, n.d.). Her er magtforholdet ulige fordelt og top-down-styret, idet den politiske diskurs har fastsat målet og normen. Tilgangen bygger på idéen om, at borgere ikke altid formår at handle til gavn for sit eget bedste og at indgriben i den enkeltes frihed og selvforvaltning gøres af hensyn til borgerens eget bedste. Det de politiske aktører ønsker for borgerne er, at de kan leve længst muligt med den bedste helbredsstatus, hvormed det

overses, at velfærd, jævnfør tidligere, ikke nødvendigvis er det samme for alle borgere (Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

Foucault's begreb biopolitik, som tidligere blev betegnet biomagt, dækker over, hvordan borgernes biologiske liv kan forbedres. Det er defineret som sygdomsforekomster og andre demografiske karakteristika i befolkningen, men nutidigt bør det ikke kun forstås i kvantitativ form, som tidligere gjorde sig gældende, men derimod også inddrage en mere kvalitativ form for optimering i befolkningen, herunder livskvalitet (L. T. Larsen, 2017). Til at opnå disse forbedringer, anvendes en styringsteknik eller ledelsesform, som Foucault betegner "governmentality". Governmentality beskæftiger sig med at identificere den bedste måde at lede eller styre subjekter til at ville leve et sundt liv. Governmentality er altså den måde, som velfærdsstaten regulerer borgernes adfærd og forsøger at forme ansvarlige borgerer (L. T. Larsen, 2017). Ydermere anvender Foucault ordspillet "conduct of conduct" til at beskrive styringsteknikken, hvor dobbeltheden henviser til politikernes formål med at styre borgere til at styre sig selv i forhold til valg af sundhedsadfærd og at omdanne den ydre kontrol til en indre kontrol (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Magt handler altså også om at forme borgernes opfattelse af hvad, der anses som sund levevis med henblik på at forandre befolkningens evner og ønsker (Mik-Meyer & Villadsen, 2007; I. K. Pedersen, 2010). Magtudøvelse har derved to sider, som Foucault pointerer med ordparene som for eksempel disciplinering – selvdisciplinering, kontrol – selvkontrol og hjælp – selvhjælp. Dette kan igen ses som en konsekvens af skredet mod konkurrencestaten, eftersom det underlæggende ønske er at kontrollere borgerne uden direkte at være ansvarlige for dem. Som eksempel kan nævnes de sundhedsundersøgelser, som flere offentlige og private virksomheder har indført på arbejdspladserne. Her resulterer kontrol på arbejdspladsen til selvkontrol udenfor arbejdstiden, idet ansatte kan føle sig forpligtiget til at leve sundt i sin fritid, for at kunne aflægge en god og tilfredsstillende sundhedstest på arbejdspladsen og dermed blive anset som en god ansat (Lupton, 1993).

Rose (1999, s 74) anvender begrebet 'ansvarliggørelsesteknologier' herom og Vallgård (2003) har overført disse til danske forhold. En ofte anvendt tilgang er at kategorisere borgerne, hvilket også er med til at forme borgernes selvbillede, og målet er, at borgerne forhåbentlig vil forsøge at handle anderledes, når de påtegnes som afvigende eller unormale, så de undgår at blive placeret i risikogruppen (Vallgård, 2003). Et eksempel herpå kan være 'Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis', som er et tilbud til i udgangspunktet raske og symptomfrie borgere, som har til formål at forebygge livsstilssygdomme som hjerte-karsygdomme og diabetes ved at screene for risikofaktorer. De tilsigtede, positive konsekvenser heraf er forbedret helbred og

psykisk velbefindende, men det er imidlertid også væsentligt at have utilsigtede konsekvenser for øje, herunder unødvendig sygeliggørelse, ængstelse og stigmatisering (E. L. Larsen, Thomsen, Lauritzen, & Engberg, 2006). En utilsigtet konsekvens af inddeling i risikogrupper er netop, at den enkelte kan blive set ned på, altså stigmatiseret, samt der kan finde en sygeliggørelse sted, da den enkelte ikke nødvendigvis ser sig selv som værende afvigende eller unormal (Vallgård et al., 2014). I nogle tilfælde, hvor konsekvenserne af en given sundhedsadfærd er alvorlige, kan stigmatisering bevidst blive brugt som redskab til at skabe forandring. Et andet eksempel herpå er, når rygestopkampagner ikke kun oplyser om, at rygning er farligt men også henviser til, hvad der er socialt acceptabelt (Sundhedsstyrelsen, 2008). Ifølge Sundhedsstyrelsen (2008) kan forebyggelsestiltag, som er bevidst stigmatiserende, forsvares med, at det i sidste ende vil komme den enkelte til gode, og at de stigmatiserede igen inkluderes, når de har ændret adfærd.

Det kan også forsøges at appellere til befolkningens autoritet og fornuft ved at indlede anbefalinger med: "Sundhedsstyrelsen anbefaler..." eller at appellere til ønsker og følelser ved for eksempel at fremsætte udsagn om opnåelse af et langt og godt liv eller at blive opfattet som et godt og ansvarsfuldt menneske ved at vælge bestemte sundhedsadfærd frem for andre (Vallgård, 2003; Vallgård et al., 2014).

På trods af at magt kan have en negativ klang, ser Foucault det som noget positivt og produktivt og en forudsætning for at samfundet kan udvikle sig (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Det kan dog problematiseres, at den politiske magtudøvelse overordnet set ikke fører til reduktion af den sociale ulighed i sundhed, og derved ikke kan ses som en løsning på problemet, men i stedet leder til uhenigtsmæssige magtformer, der individualiserer problemet. Et dilemma er nemlig, at magt ikke tvinger den enkelte til forandring, og derfor har omverden mulighed for at udøve modmagt. Dette paradoks forfølges i næste afsnit.

2.8. Barrierer for forandring og læring hos socialt udsatte

Sundhedspolitik bygger på en diskurs om, at alle borgere bør have ret til information om risici ved at indlede sig i en given sundhedsadfærd. En utilsigtet konsekvens af denne tilgang er imidlertid, at det modsatte er opnået, nemlig at den enkelte snarere fastholder sin ret til ikke at blive informeret om risiko eller at den enkelte fastholder retten til ikke at handle efter advarslerne, hvis det foretrakkes. Informationskampagner, screeninger, helbredsundersøgelser med videre giver tilsyneladende borgeren et valg, men diskursen, hvori valget er bundet, efterlader ingen plads til at navigerer individuelt (Lupton, 1993). Professor Debra J. Ringold (2002) betegner dette som 'boomerangeffekt', hvor

informationskampagner får borgerne til at gøre det modsatte af anbefalingerne, som en form for op-rør, hvilket fører til mindre compliance.

En særlig udfordring er ydermere, at voksne ikke er tilbøjelige til at engagere sig i læring eller for-andringer, de ikke har interesse i eller ikke kan se meningen med (Illeris, 2006). Nogle er mere be-grænset end andre i sine evner til og muligheder for at udvikle sig og skuffende forventninger eller oplevelser kan føre til selvforstærkende, negativ motivation. De politiske aktører overser, at foran-dringer tager tid, hvilket kan have den utilsigtede konsekvens, at borgerne skal ændre for mange ting på for kort tid (Kotter & Schlesinger, 1979; Kousholt, 2009). I forlængelse heraf viser undersø-ger, at der netop er en særlig mostand mod forandring hos borgere med lav socioøkonomisk posi-tion, og at denne gruppe af borgere er mere afhængig af det sociale netværk samt belastet af de fysi-ske rammer, som de lever under. (C. B. Christensen et al., 2010). Et nyere begreb, som dækker nogle af disse elementer, er 'Health literacy'. WHO definerer begrebet, som de kognitive og sociale færdigheder, der er afgørende for den enkeltes evne til at forstå og anvende informationer på en måde, så det fremmer sundheden (M Madsen, Højgaard, & Albæk, 2009, s. 9). Health literacy ses derfor som et centralt forbindelsesled imellem viden og adfærd, herunder den enkeltes kompetence til at træffe informerede valg og tage kontrol over forhold, der påvirker sundhedstilstanden (M Madsen et al., 2009). Et litteraturstudie finder sammenhæng mellem lavt uddannelsesniveau og lav health literacy samt mellem lav socioøkonomisk status, både målt via indkomst og jobtype, og et lavere niveau af health literacy. Der blev også fundet en øget sygelighed og dødelighed blandt bor-gere med lav health literacy, samt at disse borgere er mindre tilbøjelige til at deltage i forebyggende tiltag som for eksempel screenings- og vaccinationsprogrammer (M Madsen et al., 2009). Ifølge Christensen et al. (2010), der har undersøgt effekten af forskellige strategier til forandring af kost-vaner og fysisk aktivitet i befolkningen, findes et særligt karakteristika for gruppen af mindre res-sourcestærke. Der kan i denne gruppe være mangel på disciplin og engagement, hvilket er en forud-sætning for forandring, da det kræver et stykke arbejde af den enkelte at vedligeholde en sund livs-stil (C. B. Christensen et al., 2010). En måde at skabe forandring for udsatte borgere, tegner sig til at være strukturelle, borgerrettede interventioner som rettes mod boligområder, arbejdspladser og styrkelse af det sociale netværk (C. B. Christensen et al., 2010). Det er afgørende at sikre stærke lo-kalsamfund, hvor der er gode sociale relationer og høj grad af tillid borgerne imellem (M Madsen et al., 2009). Dermed er der helt særlige forhold, som gør sig gældende for arbejdet med reduktion af social ulighed i sundhed, hvor der tilmed ses et øget behov for forandring qua den øgede sygelighed og dødelighed.

3. Problemafgrænsning

På baggrund af problemanalysen, fremdrages en diskrepans mellem sundhedspolitisk handling på den ene side sammenholdt med viden om, hvordan social ulighed i sundhed reduceres på den anden side. Uligheden i sundhed har igennem de seneste 30 år været stigende, hvor der blandt andet ses en ulighed i dødelighed på trods af, at det i samme periode har været et politisk mål at reducere denne ulighed. I forhold til målet om at reducere social ulighed i sundhed står den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik i kontrast til teorierne fra blandt andre Link & Phelan og Dahlgren & Whitehead, som påpeger, at individuel risikoadfærd ikke kan iagttages uafhængigt af de øvrige lag i den økologiske model samt at højrisikostrategi i forebyggelse ikke er tilstrækkeligt til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Den politiske diskurs ses utilsigtet at bidrage til at fastholde eller endda øge den sociale ulighed i sundhed, hvor anvendte magtstrukturer ses at individualisere problemet frem for at løse det. Tillige omfatter arbejdet med social ulighed i sundhed særlige udfordringer og kompliceres af særegne karakteristika blandt borgere med lav socioøkonomisk position som blandt andet modstand mod forandringer og lavt niveau af health literacy. Disse perspektiver på mikroniveau forfølges dog ikke yderligere, da forandringer på meso- og makroniveau anses som de mest betydelige for at fremme ligheden i sundhed. Vallgård (2010) betoner, at den politiske diskurs i forebyggelsespolitik er afgørende for hvilke forebyggelsestiltag, der vælges eller fravælges, hvorfor der ses et udviklings- og forandringspotentiale i den diskurs, der gør sig gældende om social ulighed i sundhed på politisk niveau.

4. Problemformulering

Med udgangspunkt i en diskursanalyse af den politiske diskurs om social ulighed i sundhed ønskes følgende problemformulering besvaret:

Hvordan kommer den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik til udtryk i udvalgte sundhedsudspil og hvilke forslag til forandringer kan stilles til denne diskurs, så utilsigtede konsekvenser begrænses og reduktion af social ulighed i sundhed på sigt kan fremmes?

Forskningsspørgsmål til litteraturstudie

Hvilken viden forefindes i international forskningslitteratur om effekter, herunder utilsigtede konsekvenser, af forskellige diskurser og sundhedspolitiske tilgange til forebyggelse af social ulighed i sundhed?

Formål

Formålet med dette speciale er at opstille forslag, som i tillæg til individuelle adfærdsændringer kan bidrage til at fremme ligheden i sundhed på sigt. Disse veje til forandring er i mindre grad undersøgt, og der ses et potentiale i at ændre forebyggelsesstrategi, idet den nuværende tilgang ikke har kunnet reducere den sociale ulighed i sundhed. Dette forsøges gjort igennem en kvalitativ diskursanalyse af eksisterende, empiriske materialer samt en systematisk litteraturgennemgang.

5. Metode

I de følgende afsnit vil de udvalgte metoder, der anvendes til at besvare den fremsatte problemformulering, blive gennemgået. Først præciseres den videnskabsteoretiske ramme, der anvendes i specialet, efterfulgt af en beskrivelse af tilgangen til diskursanalysen og det systematiske litteraturstudie. Jævnfør afsnit 6 vil der blive præsenteret en teoretiske referenceramme, som anvendes i specialets diskussion til at diskutere analysens resultater.

5.1. Videnskabsteoretisk position

Den videnskabsteoretiske tilgang har betydning for, på hvilken måde verden anskues og for de teoretiske og metodiske valg, som er foretaget i dette speciale. I overensstemmelse med diskursteoretisk tilgang, tages der afsæt i socialkonstruktivismen.

5.1.1 Socialkonstruktivisme

Den socialkonstruktivistiske videnskabsteori er initieret, som et oprør mod positioner inden for psykologisk og filosofisk tradition. Professor i kritisk psykologi Vivien Burr (2015) udlægger fire grundantagelser, som socialkonstruktivismen hviler på. Den første antagelse er, at socialkonstruktivismen står i kontrast til positivismen, hvor alt sand viden er objektiv og kan identificeres objektivt, og der betones dermed *en skepsis overfor selvfølgeligheder*. Viden om verden og fælles måder at forstå denne på, forstås af socialkonstruktivismen som konstrueret imellem mennesker og de daglige interaktioner mellem mennesker i det sociale liv. Derfor er social interaktion, herunder især sprog, af stor interesse for socialkonstruktivister (Burr, 2015). Den anden antagelse er, at det der anses som sandhed, altså den nuværende, accepterede måde at forstå verden på, kan *varierer historisk, kulturelt og relationelt*. Uden relationer og interaktion er der heller ingen diskurs eller sprog, som den enkelte kan gøre brug af for at udtrykke sig, hvormed diskurs eller sprog bliver centrale begreber for forståelsen og dermed for menneskers betydningsdannelse. Mennesker anses som sociale væsener og sociale processer og sprog betragtes som afgørende for, hvordan identitet skabes (Burr, 2015). Dette står i kontrast til klassisk psykologisk opfattelse, hvor mennesket antages at indeholde bestemte strukturer, som er afgørende for, hvem eller hvad den enkelte er. Et eksempel herpå er den østrigske læge og neurolog Sigmund Freud's opfattelse af, at ubevidste, indre kræfter styrer menneskers tanker, tale og handlinger og mennesket ikke selv kan kontrollere dette (Jørgensen & Phillips, 1999). Den tredje antagelse er, at der er *sammenhæng imellem viden og sociale processer*, og det er sproget, der sætter rammen for det sociale liv og opretholdelsen af viden. Viden og sandhed er altså

et produkt, der ikke er objektivt observeret i verden, men i stedet af de processer og interaktioner, som mennesker konstant er involveret i. Mennesker kan altså selv være med til at præge sin fremtid ved at udfordre eller understøtte eksisterende diskurser igennem tale eller skrift (Burr, 2015). Den sidste antagelse er at *viden og social handling ikke kan betragtes hver for sig*, men skal anses i en sammenhæng. Konstruktioner af verden opretholder nogle mønstre og udelukker andre. Disse konstruktioner er nært bundet til magtrelationer, idet de har konsekvenser for hvad, der anses som acceptabel handling. Den måde sprog, tale og adfærd anvendes på er altså med til at definere en måde at leve på (Burr, 2015).

En måde at opdele de forskellige socialkonstruktivistiske teorier på, er ved at betragte deres analysefokus. Burr (2015) anvender to forskellige perspektiver, og betegner dem mikro- og makro-niveau. Mikro-niveauet tager sit afsæt i hverdagsdiskurser mellem mennesker i interaktion, hvor flere versioner af verden potentielt er tilgængelige, og ingen mening kan siges at være mere ægte eller sand end anden. Her er fokus på den konstruktive kraft, som interaktion har på individuelle tanker og handlinger. Makro-socialkonstruktivisme erkender også sprogets konstruktive magt, men ser det nærmere som afledt eller forbundet med sociale strukturer og relationer og institutionaliseret praksis på strukturelt niveau. Magtbegrebet ses derfor som kernen i denne form for socialkonstruktivisme. Da makro-socialkonstruktivisternes fokus ofte er spørgsmålet om magt, findes der en særlig interesse for at analysere forskellige former for social ulighed, som for eksempel køn, etnicitet og mental sundhed med henblik på at udfordre diskurser gennem forskning og praksis, og hvordan diskurserne overordnet begrænser borgernes handlemuligheder (Burr, 2015). Tilgangene skal ikke nødvendigvis ses som modpoler, da alle socialkonstruktivister overordnet set er enige om, at sprogets konstruktive kraft er det altoverskyggende, og at analysen af sprog og andre symboler er kernen i socialkonstruktivistiske forskningsmetoder. Der er ikke særlige forskningsmetoder, som foretrækkes frem for andre, men videnskabsteorien fordre ofte anvendelsen af kvalitative metoder, som for eksempel analyser af interview, optagelser af samtaler eller andre tekster af forskellig art, som samlet kan betegnes under diskursanalytiske metoder. Nærmere præcision af den analysestrategiske tilgang til diskursanalysen afhænger af den teoretiske forfatter, der tages afsæt i (Burr, 2015).

Formålet med en socialkonstruktivistisk analyse er at producere viden, der øger bevidstheden om, at det, der betragtes som sandhed eller virkelighed, kunne være anderledes. Herved er det muligt at forbedre vilkårene for undertrykte samfundsgrupper ved at problematisere, at denne undertrykkelse reproduceres igennem diskurser og måder at italesætte samfundsgrupperne på. Magt, interesser og

forforståelser hos involverede aktører sættes i centrum for vidensproduktionen og altså ikke sandheder om virkeligheden, idet det anses som værende umuligt (K. B. Pedersen, 2012).

5.1.2 Ontologi og epistemologi

Ontologi er et forsøg på at afdække grundlæggende måder, hvorpå et fænomen eksisterer og antagelser om, hvordan virkeligheden er, ved at stille spørgsmålet: ”Hvad betyder det, at noget eksisterer?” (Åkerstrøm Andersen, 1999). Ifølge socialkonstruktivismen findes ikke kun én sandhed, men derimod en række konstruerede sandheder, som hver især giver mening ud fra bestemte sociale, historiske eller kulturelle kontekster (K. B. Pedersen, 2012). Dermed betragtes det ontologiske spørgsmål som tomt, idet den sande betydning af et fænomen aldrig vil kunne afdækkes.

Epistemologi er analysestrategier til at opnå viden på og antagelser om, hvad vi er i stand til at vide, og hvordan vi kan vide det, ved at stille spørgsmålet: ”Hvordan er noget blevet til” (Åkerstrøm Andersen, 1999). Ifølge socialkonstruktivismen afvises det, at objektiv viden kan opnås om det, der undersøges. Sociale fænomener påvirkes altid af herskende diskurser og betragtes dermed fra et bestemt perspektiv, idet der ikke findes et neutralt ståsted, hvor forskeren kan analysere et givent fænomen (K. B. Pedersen, 2012).

5.2. Diskursanalyse som både teori og analysestrategi

Diskursanalyse kan betragtes som både en teori men samtidig også en analysestrategi. Det er en teori om, hvordan betydninger og sandheder konstrueres og om hvordan magtforhold medvirker til at fremme bestemte forståelser frem for andre. Samtidig er det en analysestrategi, som tilbyder forskellige redskaber og begreber, der kan bruges til at analysere og adskille en tekst i delelementer. I de følgende afsnit redegøres for hvilke teoretiske og analysestrategiske valg, som den efterfølgende analyse vil basere sig på, jævnfør afsnit 7.

5.2.1 Diskursteori

Diskursteori udgør et felt med flere forskelligartede tilgange og forfattere, som både deler en række fælles træk, men samtidig adskiller sig fra hinanden på andre punkter. Brænder, Kølvrå & Laustsen (2014) har publiceret en systematisk indføring i konkrete teknikker, som i praksis kan anvendes til analyser af tekster. Tilgangen bekender sig ikke til en bestemt skole eller retning inden for diskursanalysen, men tager hovedsageligt udgangspunkt i og er sammensat af Norman Fairclough’s 3-dimensionelle model samt Ernesto Laclau & Chantal Mouffe’s begreber om blandt andet

nodalpunkter, ækvivalens, differens, hegemoni og antagonisme. De teknikker, der præsenteres i analysestrategien, er alle udviklet indenfor den socialkonstruktivistiske forståelsesramme (Brænder et al., 2014).

Brænder et al. (2014) tager afsæt i Foucault's definition af en diskurs som værende "en regularitet i spredningen". Diskursanalysens sigte er altså at vise, hvordan bestemte typer udsagn dukker op i samme konstellationer (regularitet) i en række forskellige sammenhænge (spredning). Hvis det er muligt at identificere regularitet, kan der også argumenteres for, at denne stammer fra en fælles struktureret kilde, nemlig en diskurs (Brænder et al., 2014). En diskurs kan være aktivt konstrueret, idet bestemte aktører har interesse i at etablere og fastholde en given diskurs. En sådan diskurs fastsætter en handlingshorisont, som er en ramme, der er medvirkende til at gøre bestemte handlinger mere legitime end andre. Formålet er dermed at afdække den indflydelse, som sprog og tekst har på de beslutninger, der træffes (Brænder et al., 2014).

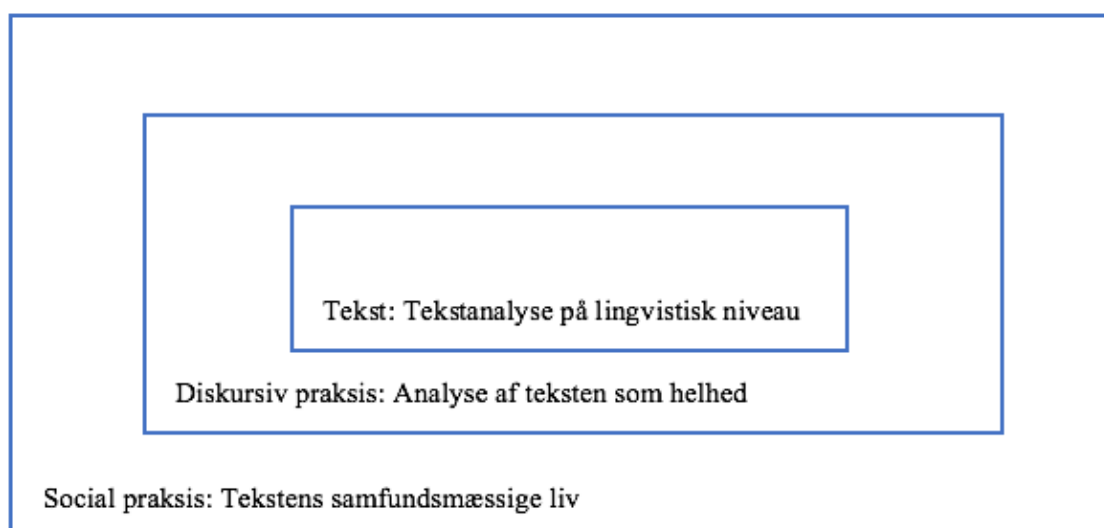
5.2.2 Analysestrategi

Analysestrategi er en strategi for, hvordan iagttagelser af et fænomen konstrueres og beskriver altså det perspektiv eller blik, hvorfra en analyse af en given genstand finder sted. Samtidig er det en understregelse af, at anvendelsen af en given strategi eller perspektiv er et valg med konsekvenser, som kunne have været truffet anderledes (Åkerstrøm Andersen, 1999).

Formålet med den valgte analysestrategi er at kunne anvende redskaberne til at identificere, sammenligne og vurdere, hvordan social mening og magtstrukturer bliver konstrueret og genfortolket igennem sprog og tekst. Denne strategi er valgt på baggrund af problemformuleringen og problemfeltet, hvor samfundsmæssige strukturer og magtspil er i fokus, frem for analyser af tekster og sprog kun på lingvistisk niveau. Ofte reduceres metode til et analysestrategisk valg i diskursteoretiske analyser, hvor analysestrategi anses som en værktøjskasse som ud fra en pragmatisk tilgang anvendes på bedst mulig måde. Perspektivet bestemmer hvilke ting, der bliver synlige og hvilke, der forbliver skjulte (Brænder et al., 2014).

Der vil fortrinsvis blive anvendt en deduktiv tilgang, hvor analysen af udvalgte empiriske tekster benyttes til at teste en forestilling eller hypotese om bestemte forhold i virkeligheden, nærmere bestemt den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik. Herefter vil en mere induktiv tilgang tages i brug for at udvikle forandringsforslag, som kan opstilles i forhold til den liberalistiske diskurs, med henblik på at reducere den sociale ulighed i sundhed på sigt.

Brænder et al. (2014) tager som tidligere nævnt udgangspunkt i Fairclough's kritiske diskursanalyse, herunder den 3-dimensionelle model og udfylder hvert niveau med begreber, blandt andet fra Laclau & Mouffe's diskursteori. Den 3-dimensionelle model er illustreret i figur 2, og indeholder tre tæt forbundne dimensioner i en diskursanalyse. Modellen kan hjælpe til at skabe systematik og mulighed for at gå systematisk frem i analysen, hvormed kvaliteten af analysen højnes (Brænder et al., 2014).



Figur 2: Den 3-dimensionelle model. Frit efter Fairclough og Brænder et al. (2014)

På modellens inderste niveau analyseres teksterne på det lingvistiske og grammatiske niveau, hvor ordvalg og konstruktioner af enkeltsætninger er i fokus. Sprogbilleder, som for eksempel metaforer og ironi, identificeres også for at afklare både hvad sprogbilledet viser men også hvad, det skjuler. Sprogbilleder er med til at skabe en forståelsesramme, hvor der også er indlejret et vist magtforhold. Særligt interessant ved politiske tekster er, at teksterne ikke alene forsøger at formidle et budskab ud til modtagerne, men samtidig forsøger at overbevise modtageren om fremsatte synspunkter. En analyse på lingvistisk niveau vil bidrage til at afdække retoriske redskaber, som anvendes til at argumenterer for eller imod et givent udsagn (Brænder et al., 2014).

Næste trin er at analysere teksten som en helhed for at opnå indsigt i, hvordan bagvedliggende, ikke synlige strukturer og diskursive elementer påvirker tekstens udsagn. Brænder et al. (2014) foreslår at analysere ud fra fire diskursive elementer: *Genrer*, herunder tekstens form, *tekstens indhold*, herunder nodalpunkter, ækvivalens- og differensskæder, *narrativer* og slutteligt *subjektpositioner*.

Sidste analysetrin er at undersøge tekstens samfundsmæssige liv. Her fremhæves de elementer i teksten, som gennem sociale og politiske aktører forsøger at påvirke noget uden for teksten og altså fremdrive den måde, samfundet tilskriver hændelser og fænomener værdi. Fokus er på det samfundsmæssige og politiske spil om mening, og hvordan aktører med sprog og tekster som værktøj bevidst forsøger at skabe dominerende diskurser. Her bringes blandt andet Laclau & Mouffe's begreber om hegemoni og antagonisme i spil (Brænder et al., 2014).

For at styrke robustheden i analysens konklusioner og forsøge at afdække så mange nuancer og indsigter som muligt, bør tekster analyseres på alle tre niveauer, dog med risiko for at finde de samme resultater tre gange og derved gentage sig selv (Brænder et al., 2014). I specialets analyseafsnit vil der dog kun fremgå de analyseresultater, som er relevante for problemstillingen og en mere pragmatisk tilgang til de mange præsenterede analysebegreber vil blive taget i brug. Analysestrategien vil blive anvendt på forskellige måder, hvor der nogle steder gøres opmærksom på anvendelsen af et konkret begreb ved at nævne det og andre steder ligger begreberne blot til grund for den optik, der analyseres med, som den underliggende forståelsesramme, der arbejdes ud fra. Resultaterne vil med inspiration i den amerikanske fænomenlog Amedeo Giorgi's fire metoderegler blive præsenteret og ordnet efter temaer, idet menings- og betydningsdannelse sker efter tematikker (B. Jacobsen, Tanggaard, & Brinkmann, 2015). De fundne temaer opbygges af empiriske citater for at sikre gennemsigtheden i analysen.

5.3. Generering af empirisk fundament

Det afgørende for om en tekst er relevant at inkludere i en analyse, tager afsæt i den fremsatte problemstilling samt vurderes på baggrund af det valgte perspektiv. I det følgende vil de udvalgte tekster, som ligger til grund for diskursanalysen blive præsenteret.

Brænder et al. (2014) opererer med et bredt tekstbegreb og forstår tekst som et stykke nedskrevet sprog, lyd- eller billedoptagelser, gestik eller arkitektur. Et kriterie er, at teksten er afgrænset sprogligt med en begyndelse og en slutning. Det kan enten vælges at analysere udsagn i én tekst, hvorved en meget dybdegående forståelse af tekstens sproglige virkemidler opnås ved at gå tæt på tekstens grammatiske og stilistiske karakteristika. Modsat kan det også vælges at genfinde samme diskurs på tværs af mange tekster. Idet specialets fokus er at finde, hvordan den liberalistiske diskurs dominere i sundhedspolitik, er dette ikke muligt at afgøre ud fra en enkelt tekst eller tale. For at undgå en potentiel overfortolkning, er det forsøgt at fremsøge forskellige tekster på meso- og makroniveau på

baggrund af Foucault's begreb om spredning, hvorved det giver god mening at lade teksterne varierer på relevante parametre. Det er vægtlagt at udvælge tekster fra forskellige politiske aktører, for at vurdere diskursens betydning i det politiske felt i den brede, samfundsmæssige kontekst (Brænder et al., 2014). Brænder et al. (2014) beskæftiger sig ikke yderligere med kriterier for udvælgelse af kildemateriale, hvorfor der i stedet er fundet inspiration hos Lynggaard (2015) til at belyse nogle retningslinjer. Lynggaard (2015) tager udgangspunkt i en tredelt typologi til beskrivelse af dokumenter: *Primære*, *sekundære* og *tertiære* dokumenter. Et primært dokument er tiltænkt et afgrænset antal aktører i et lukket forum og henvender sig dermed ikke til den brede offentlighed. Det kan blandt andet være mødereferater, interne dokumenter eller forhandlingsoplæg, og adgangen til disse dokumenter vil ofte være begrænset og svært tilgængelige. Et sekundært dokument er i princippet offentligt tilgængeligt, men har ikke nødvendigvis offentligheden som målgruppe. Det kan for eksempel være lovtekster eller regeringsrapporter. Både primære og sekundære tekster er produceret i umiddelbart nærhed af det tidspunkt, som en begivenhed eller situation finder sted. Et tertiært dokument er ligesom et sekundært dokument offentligt tilgængeligt, men er modsat primære og sekundære dokumenter produceret på et tidspunkt efter den begivenhed eller situation, som dokumentet referer til. Samtidigt er et tertiært dokument karakteriseret ved at være analytisk bearbejdet, som det for eksempel gør sig gældende for tidsskrifteartikler eller akademiske bøger. Pointen er ikke at nogle dokumenter er mere rigtige end andre, eller nogle dokumenter giver mere direkte adgang til sandheden end andre, men snarere at det er relevant at overveje den tidsmæssige kontekst og hvilke målgrupper afsenderen har haft ved produktionen af materialet. Lynggaard (2015) fremhæver, at ønskes skjulte dagsordner og magtudøvelse analyseret gøres dette bedst ved at søge adgang til dokumenter af primær karakter. En kombination af forskellige typer af dokumenter og materialer kan også bidrage til en mere nuanceret analyse.

Idet fokus ikke er på forandringen af den liberalistiske diskurs fra før til nu er udgivelsestidspunktet for materialet ikke et afgørende punkt. Ved store analyser kan 'sneboldsmetoden' anvendes til at opspore materiale, hvor der tages udgangspunkt i et eller flere 'moderddokumenter', som anses som betydelig for problemfeltet, hvorefter dokumentets kilder og referencer følges, indtil der ikke fremkommer nye dokumenter. Det samlede dokumentmateriale vil således være knyttet sammen af fælles referencer og når 'mætningspunktet' opnås, altså når nye referencer ikke bidrager med yderligere oplysninger, betragtes feltet som afdækket. Imidlertid genererer denne metode ofte enorme mængder materialer, som ikke er forenelig med tidsrammen for et speciale med en enkelt forfatter, hvorfor denne metode ikke forfølges. I stedet for sneboldmetoden, fremsætter Lynggaard (2015)

også en alternativ metode til at generere sit tekstmateriale, hvor afsenderen af dokumenterne tillægges en særlig central funktion eller autoritet i det felt, der ønskes analyseret. Problemformuleringen og problemfeltet er som altid afgørende for hvilke aktører, der anses som væsentlige, og det vil ofte være hensigtsmæssigt at identificere dokumenter fra forskellige typer afsendere med forskellige funktioner og autoriteter (Lynggaard, 2015). Der er taget udgangspunkt i denne strategi, hvorefter det er forsøgt at udvælge betydningsfulde aktører på meso- og makroniveau, og de udvalgte dokumenter til den forestående analyse præsenteres i tabel 1. Dokumenterne vurderes i forhold til autenticitet, troværdighed, repræsentativitet og mening efterfølgende.

Titel	Afsender	Type	Typologi	Udgivelsesår
Sundhed med lyst til livet	Frederikshavn Kommune Sundhedsudvalget	Sundhedspolitik	Tertiær	Januar 2017
Forebyggelse for fremtiden	Kommunernes Landsforening	Rapport	Tertiær	Januar 2018
Åbent samråd om social ulighed i sundhed	Social- og indenrigsminister og Sundheds- og ældreminister	Transskriberet tale / interview	Sekundær	Juni 2016

Tabel 1: Oversigt over dokumenter til diskursanalyse

De tre udvalgte tekster vurderes alle som troværdige og med høj autenticitet, idet oprindelse og afsender er let identificerbart for alle tekster. Der er udvalgt dokumenter på både meso- og makroniveau samt fra forskellige aktører for at øge materialets repræsentativitet. Idet det er offentligt tilgængelige dokumenter er sproget klart, bære ikke præg af at være mangelfuldt eller indeholdende tekniske termer og vendinger, som ikke forstås, hvorved dokumenternes mening fremstår klart. I det følgende beskrives hver enkel tekst nærmere samt hvilket niveau og funktion teksten har.

Sundhed med lyst til livet

Dokumentet repræsenterer en konkret, nutidig politisk strategi. Det er kommunerne på mesoniveau, der har ansvaret for at gennemfører forebyggende tiltag, hvorfor en kommune anses som vigtig for borgernes sundhedstilstand, herunder reduktion af social ulighed i sundhed. Dokumentet er Frederikshavn Kommunes udspil til den nyeste sundhedspolitik, som er gældende fra 2017 til 2020. Frederikshavn Kommune betragter sig selv som en forgangskommune indenfor sundhedsområdet. I

denne udgave er der særligt fokus på børn og unge, ældre, kronikere og udsatte grupper (Frederikshavn Kommune, 2017). Dokumentet er udvalgt fordi kommunen selv pointerer at have en stor og uacceptabel ulighed i sundhed, som de ønsker at gøre op med.

Forebyggelse for fremtiden

Med dette udspil ønsker Kommunernes Landsforening at sætte en fælles retnings for kommunernes arbejde med at styrke forebyggelsen. Dokumentet fra interesseorganisationen indeholder seks pejlemærker for fremtidens forebyggelse, herunder det første pejlemærke: *”Alle skal have mulighed for et sundt liv”*, hvor social ulighed i sundhed er indlejret (Kommunernes Landsforening, 2018). Dokumentet er udvalgt, fordi det må antages, at flere kommuner vil skele til dokumentet, når sundhedspolitikker skal udfærdiges lokalt i de enkelte kommuner, hvorfor dokumentet er tiltænkt en vis indflydelse på, hvordan diskurser i forebyggelse og sundhedspolitik fastholdes eller udfordres fremadrettet.

Åbent samråd om social ulighed i sundhed

Et samråd er et udvalgsmøde, hvor ministre svarer mundtligt på spørgsmål. Der afholdes både åbne og lukkede samråd, hvor åbne samråd er offentlige, optages og tv-transmitteres mens drøftelser i lukkede samråd udelukkende er forbeholdt deltagerne på det enkelte udvalgsmøde (Folketinget, n.d.). I dette udvalgsmøde i Sundheds- og Ældreudvalget svarer daværende Social- og indenrigsminister Karen Ellemann (V) og daværende Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde (V) på følgende spørgsmål stillet af Socialdemokratiets sundhedsordfører Flemming Møller Mortensen (S): *”Mener ministrene, at det er retfærdigt, at den sociale ulighed i sundhed i Danmark er så høj, at der findes områder i Danmark, hvor middellevetiden for mænd er på niveau med middellevetiden for mænd i Pakistan og Ghana, eller hvad middellevetiden var i 1930’erne her i Danmark? Hvilke tiltag agter ministrene at tage for at bekæmpe denne ulighed, og vil ministrene redegøre for, hvilke tiltag til bekæmpelse af social ulighed i sundhed, regeringen allerede har taget, og hvilke tiltag taget af den tidligere regering, som regeringen har sløffet eller skåret ned siden tiltrædelsen?”* (Sundheds- og Ældreudvalget, n.d.). Denne tekst er udvalgt, idet ministrene anses som repræsentanter for det højeste politiske niveau indenfor sundhedsområdet, hvorfor disse må tilskrives en vis magt og indflydelse på den diskurs, der formidles ud til borgerne. På dette niveau kan der træffes beslutninger, herunder både til- og fravalg, som kan have betydelige konsekvenser for samfundet.

5.4. Systematisk litteraturstudie

I dette speciale udføres en systematisk litteratursøgning, for at afdække eksisterende viden og relevant international forskning, da dette fundament kan være med til at sikre, at opgaven placeres som et gyldigt bidrag i en forskningsbaseret praksis (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen, 2008). En systematisk litteratursøgning øger chancerne for at identificere alle relevante referencer og bidrager til, at analyser og konklusioner bliver mere robuste (T. F. Frandsen, Dyrvig, Christensen, Fasterholdt, & Ølholm, 2014). Til specialets problemanalyse er foretaget indledende søgninger og kædesøgninger, hvor databasernes funktion, der kan vise artikler med samme emne, også er anvendt, for at identificere nuværende viden og indkredse problemfeltet. Resultaterne af den følgende systematiske litteratursøgning skal bidrage med indsigter og argumentation til specialets analyse og forandringsforslag. Dokumentationen af litteratursøgning samt søgehistorik vil fremgå af bilag 1.

5.4.1 Valg af databaser

For at afdække feltet bedst muligt for eksisterende forskning søges i fem bibliografiske databaser: PubMed, Embase, Cinahl, PsycInfo og Sociological Abstract. Det er en fordel at søge i flere forskellige databaser, idet de tilsammen dækker et bredt spektrum af litteratur, men hver især kan bidrage med forskellig viden til specialet (Rienecker, Stray Jørgensen, & Skov, 2012).

PubMed og Embase har det medicinske emneområde tilfælles og har som kriterie, at alle artikler, der inkluderes i databaserne, er peer-reviewed eller referee-bedømt. Det er begge store, sundhedsfaglige databaser, hvorfor det her er relevant at søge så specifikt som muligt. Især Embase har en bred dækning af europæisk litteratur. Det er fravalgt at søge i The Cochrane Library, idet artikler herfra også er indekseret i PubMed, hvorfor relevante artikler også vil kunne identificeres via PubMed-søgning. The Cochrane Library er en mindre database, der hovedsageligt indeholder det medicinske emneområde, men forebyggelse har også plads her. Særligt for The Cochrane Library er, at der udelukkende forefindes kritiske, systematiske oversigtsartikler fra randomiserede undersøgelser (Hørmann, 2011).

Cinahl, PsycInfo og Sociological Abstract er også sundhedsfaglige databaser, men indeholder mere kvalitativ forskning, som blandt andet har patienterfaringer og -oplevelser som emne, hvorved det sociale og humanistiske perspektiv kan afdækkes. I disse databaser stilles også krav om at inkluderede artikler i databaserne skal være peer-reviewed (Hørmann, 2011).

5.4.2 Søgestrategi

Den systematiske litteratursøgning tager udgangspunkt i følgende forskningsspørgsmål: *”Hvilken viden forefindes i international forskningslitteratur om effekter, herunder utilsigtede konsekvenser, af forskellige diskurser og sundhedspolitiske tilgange til forebyggelse af social ulighed i sundhed?”*

En søgestrategi beskriver, hvordan synonymer, beslægtede termer og begreber kombineres. Systematikken består i, at alle relevante termer findes, kombineres rigtigt og alle relevante databaser afsøges. Søgestrategien justeres i forhold til den enkelte database, da der er forskel på databasernes indhold, hvor specifikt og hvordan artikler indekseres og kvalitetskrav til databasens indhold (Hørmann, 2011). Der anvendes en blok- eller facetsøgning, som bidrager til muligheden for at kunne genskabe og reproducere den systematiske søgning ved en senere lejlighed. Der er indsamlet inspiration til søgeord og kontrollerede termer igennem de indledende søgninger og kædesøgninger, ved at efterse, hvilke termer interessante artikler anvender. De udvalgte søgertermer, som præsenteres nedenfor i tabel 2, er både afsøgt som kontrollerede emneord og som fritekstord for at sikre, at endnu ikke indekserede artikler også fremsøges, dog med risiko for, at fritekstsøgningerne bidrager til en mere upræcis søgning og informationsstøj, med flere irrelevante artikler til følge (T. F. Frandsen et al., 2014; Hørmann, 2011). Databaserne tilbyder forskellige hjælpefunktioner eller ’limits’, hvor resultaterne kan afgrænses med årstal, sprog eller emner, men disse hjælpefunktioner er fravalgt, da det afgiver kontrol til databaserne uden mulighed for at kontrollere om relevante artikler upåagtet går tabt (Buus et al., 2008; Hørmann, 2011). Jævnfør tabel 2 anvendes booleske operatoren som AND og OR til at kombinere termene i søgningen, som henholdsvis indsnævre og udvide søgningen (Buus et al., 2008; H. Lund, Juhl, Andreasen, & Møller, 2014). Trunkeringer er angivet med *, som indikerer en udvidelse af den enkelte søgeterm, hvorved flere variationer og alle tænkelige endelser af den angivne term inkluderes. Frasesøgning angivet med ” ” anvendes i fritekstsøgninger for at kunne søge på præcise og sammensatte vendinger (Buus et al., 2008; H. Lund et al., 2014). Ifølge Frandsen et al. (2014) kan otte forskellige strategier anvendes til at afgøre, hvornår en litteratursøgning kan afsluttes. I nærværende speciale vil en blanding af flere aspekter være afgørende for afslutningen af søgningen, herunder den afsatte tidsramme til gennemførelsen. Ydermere kombineres to af Frandsen et al.’s (2014) opstillede strategier, hvor et kriterie er, at mindst 1 brugbar artikel skal kunne identificeres pr. 100 resultater samt når nye hits ikke længere bidrager med yderligere, ny viden. Det kan også ses som et kvalitetskriterie, hvis nogle af artiklerne fra den indledende

søgning også kan identificeres igennem den systematiske søgning. Den systematiske litteratursøgning er afsluttet d. 26/4 2018 af specialets forfatter.

AND					
OR	Cinahl	Facet A	Facet B	Facet C	Resultat
		Social ulighed i sundhed	Sundhedspolitik	Diskurs	
		<u>Cinahl Headings:</u> Social determinants of health Socioeconomic Factors (exp.) Health status disparities	<u>Cinahl Headings:</u> Public policy (exp.) Health policy studies Health policy (exp.)	<u>Cinahl Headings:</u> Discourse analysis	184
		<u>Fritekst:</u> "Health inequalit*" "Health inequity*"	<u>Fritekst:</u> "Public health polic*"	<u>Fritekst:</u> Discourse (abstract)	
I alt: 224.761	I alt: 73.745	I alt: 8.383			
Facet A: 224.761	Facet A & B: 10.128	Facet A, B & C: 184			

Tabel 2: Illustration affacetsøgning, gennemført i Cinahl. Se yderligere dokumentation i bilag 1

5.4.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

De opstillede inklusions- og eksklusionskriterier, se tabel 3, er ens for alle fem databaser og anvendes til at afgrænse og udvælge relevante studier af de fremsøgte resultater. Inklusionskriterierne er, at studierne kommer fra lande, der på flere parametre kan sammenlignes med Danmark. Det vil være at foretrække at studierne kommer fra højindkomstlande samt har et velfærdssystem, som er sammenligneligt med det danske. Ydermere skal studiet være på et sprog, som beherskes af specialets forfatter samt være peer-reviewed. Det er også en forudsætning, at studiet har et abstract, som kan bruges i udvælgelsesprocessen.

Studier fra lande betydeligt forskelligt fra Danmark bliver ekskluderet, for at kunne sikre overførbareheden og det bedst mulige sammenligningsgrundlag. Det er heller ikke af interesse for den angivne problemformulering at afdække perspektiver på mikroniveau eller omhandlende enkeltstående sygdomme. Der fastsættes ikke en begrænsning for studiernes alder, både fordi at uligheden har været stigende igennem de seneste tre årtier samt at det prioriteres højere, at identificere studier fra lande, der er sammenlignelige med Danmark end kun at afsøge nyeste viden.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Skal kunne overføres til dansk kontekst	Studier med borgerperspektiv
Sprog: Dansk, norsk, svensk, engelsk	Studier om specifikke sygdomme
Være relevant for problemstillingen	
Skal have et abstract	
Peer-reviewed	

Tabel 3: Inklusions- og eksklusionskriterier

En særlig udfordring ved at sammenligne Danmark med andre lande er, at Danmark på makroniveau adskiller sig betydeligt fra de fleste andre lande med hensyn til den strukturelle, organisatoriske opbygning af kommuner, regioner og staten samt det universelle sundhedsvæsen. Ifølge den danske sociolog Gøsta Esping-Andersens teori om de tre idealtypiske velfærdsregimer, det socialdemokratiske, det kristendemokratiske og det liberale velfærdsregime, er det kun muligt at overføre forhold fra Norge, Sverige og Island direkte til Danmark, idet der er væsentlige forskelle imellem statens, markedets og civilsamfundets rolle og ansvar blandt de tre typologier (Vardinghus-Nielsen, 2018). Men dette skal ikke nødvendigvis kun ses som en begrænsning. Ved at sammenligne lande, der har betydeligt forskellige sundhedsvæsener og sundhedspolitikker, hvor der samtidig kan identificeres ensartede tilgange til for eksempel ulighed i sundhed eller dominerende diskurser, er det mere sandsynligt at dette er udtryk for en generel tendens eller udvikling på tværs af lande frem for blot at være en tendens i kontekst af danske forhold. Hvis to meget forskellige lande, både hvad angår demografisk sammensætninger og på strukturelt plan anvender de samme tilgange til sundhedspolitik, må tilgangene tilskrives generelle tendenser på internationalt niveau frem for den faktiske sundhedstilstand i det enkelte land. (L. T. Larsen, 2017).

5.4.4 Strategi for udvælgelse af litteratur

Der er jævnfør Frandsen et al. (2014) flere strategier for, hvordan der udvælges blandt den fremsøgte litteratur. Ofte vil et kriterium være at gå efter studier med højeste evidensniveau, men i kontekst af forebyggelse, som sjældent undersøges ved hjælp af randomiserede, kontrollerede forsøg og

den klassiske evidenspyramide, vil der i stedet blive skelet til evidensstypologier, hvor metoder i stedet rangeres efter hvilke undersøgelsesspørgsmål, de bedst kan svare på (Rieper & Hansen, 2007). Det er således forskningsspørgsmålet, der vil blive styrende for litteraturudvælgelsen. Ydermere vil kvaliteten af studiet, herunder særligt metodeafsnittet, være afgørende for inklusion. Studierne udvælges igennem flere trin, hvor den primære udvælgelse sker på baggrund af gennemgang af titler og abstracts i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier. Herefter foretages en sekundær udvælgelse, hvor dobbeltgængere sorteres fra og udvalgte studier skimmes, og slutteligt gennemlæses de resterende studier samtidig med at kvaliteten og relevansen vurderes ud fra tjeklister, der passer til studiets metode. Udvælgelsen trin for trin er illustreret i figur 3 nedenfor. Kvalitetssikring og kvalitetsvurdering af inkluderet litteratur fremgår af bilag 2.

	PubMed	Embase	Cinahl	Sociological Abstracts	PsycInfo
Resultat	138	120	184	36	37
Titel / Abstract	5	7	8	2	2
Skimming	3	3	3	1	1
Gennemlæsning	2	0	3	0	1

Figur 3: Flowdiagram over litteraturudvælgelse

5.4.5 Præsentation af inkluderet litteratur

I det følgende vil de seks inkluderede studier fra den systematiske litteratursøgning blive præsenteret. En oversigt over studierne er skitseret i matricen herunder, se figur 4.

Titel	Forfattere	Udgivelsesår	Land	Metode	Keywords
Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review	Benita E.Cohen Shelley G Marshall	2017	Canada	Scoping review (Non-systematic review)	Advocacy, health inequalities, public health, public health policy, scoping review
Health in global context; Beyond the social determinants of health?	Anja Krumeich Agnes Meershoek	2014	Holland	Systematic review	Social determinants of health, health equity, health disparities, globalization, health promotion guidelines, evidence for practice, evidence for policy, local context, local adaptation
Action on the social determinants of health: View from inside the policy process	Gemma Carey Brad Crammond	2015	Australien	Semi-structured interviews	Social determinants of health, health equity, policy change, research translation
A discourse analysis of the social determinants of health	Dennis Raphael	2011	Canada	Discourse analysis	Public policy, socio-economic, health inequalities
The assets-based approach: Furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health? A critical examination of practitioner discourses	Michael J. Roy	2017	Skotland	Semi-structured interviews (One-to-one). + focus group	Assets-based approach, social enterprise, community health, critical realism
Framing social determinants of health within the professional public health community: Research translation and implications for policy chance	Erin K. Knight Gregory D. Benjamin Danilo Yanich	2016	USA	Systematic review	Social determinants of health, health disparities, public health, framing, public policy

Figur 4 Oversigt over inkluderet litteratur fra systematisk litteratursøgning

Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review

Ifølge dette canadiske litteraturstudie er det fundet, at de, der er ansvarlige for folkesundheden, ikke har udfyldt deres rolle tilstrækkelig. Der er også identificeret en stigende bekymring for, at de tilgange til folkesundhed, der primært har fokus på adfærdsændringer, er medvirkende til at skabe uligheder i sundhed. Formålet med litteraturstudiet var at undersøge, i hvilken grad sundhedsudspil har til formål at reducere sociale, miljømæssige og strukturelle årsager til social ulighed i sundhed samt at øge forståelsen af de kontekstuelle faktorer, der er medvirkende til at skabe diskurser. Fem gennemgående tema blev identificeret på tværs af den fremsøgte litteratur. Artiklen konkluderer, at det er problematisk, at litteraturen ikke afspejler initiativer, der bygger på viden om sociale determinanternes betydning for sundhed men kun fokuserer på adfærdsændringer og at kløften imellem teori og praksis kan skyldes de barrierer, der er identificeret i artiklen (Cohen & Marshall, 2017).

Health in global context; beyond the social determinants of health?

Politik er afgørende for den enkelte borgers chance for at kunne leve et sundt liv samt har betydning for den sociale ulighed i sundhed. På trods af global konsensus om at sociale determinanter for sundhed er altafgørende for at reducere uligheder i sundhed, er det vanskeligt at finde nogle konkrete, effektive indsatser, der er initieret på baggrund af viden om sociale determinanter for sundhed. Formålet med dette hollandske review var at forsøge at afdække potentielle barrierer for, at viden om sociale determinanter for sundhed kan oversættes til konkrete politikker og interventioner. Artiklen konkluderer, at for at kunne omdanne generiske modeller for sociale determinanter for sundhed til politiske tiltag, er en dybdegående forståelse for det komplekse samspil imellem lokal, national og international påvirkning på sundhed en forudsætning og at strukturelle tiltag kan reducere sundhedsforskelle i lokale kontekster (Krumeich & Meershoek, 2014).

Action on the social determinants of health: Views from inside the policy process

I over et århundrede har forskningen påvist, hvordan forhold i hverdagslivet er afgørende for borgernes sundhed, herunder sociale, økonomiske, politiske og miljømæssige faktorerers indflydelse. Kløften mellem viden om sociale determinanters betydning for sundhed og politisk handling på makroniveau udvides, hvilket kan skyldes forskernes manglende forståelse for politik og de komplekse politiske processer, hvilket er med til at udelukke eller negligere den sundhedsvidenskabelige viden. Forskning og evidens står i kontrast til den traditionelle måde at føre politik på, og derfor er det afgørende for at opnå forandring ikke at dokumentere evidensen, men snarer at forskere sætter sig ind i den komplekse politiske proces. Der anvendes komplekse og ikke-lineære modeller ved politikudvikling og blot at overføre eller oversætte viden fra sundhedsvidenskaben til den politiske verden kan derfor betragtes som en naiv og forenklet tilgang, som kun sjældent fører til handling. Formålet med dette studie var, at undersøge den politiske proces for på denne måde at kunne optimere forståelsen for og overførbarheden mellem forskning og politisk handling. Resultatet af de 21 semi-strukturerede interviews var en erkendelse af, at forskerne tror, at ved at give tilstrækkelig dokumentation og evidens for et sundhedsproblem, er det nok til at skabe politisk handling. Modsat har politikkerne dog behov for at et sundhedsproblem bliver ledsaget af forslag til konkrete initiativer samt opdelt i flere underpunkter for at kunne tilpasse problemet til opbygningen i den politiske struktur. Der blev også identificeret en diskrepans mellem opfattelsen af sociale determinanter, idet politikkerne mere ser det som en 'betingelse' snarer end et 'problem' (Carey & Crammond, 2015).

A discourse analysis of the social determinants of health

Sociale determinanter for sundhed påvirker individets og samfundets sundhed som helhed samt repræsenterer mængden og kvaliteten af en række ressourcer, som samfundet stiller til rådighed for borgerne. På trods af stor viden om sociale determinanter for sundheds betydning for at fremme ligheden, er sundhedspolitik ofte begrænset til anbefalinger om sunde livsstilsvalg. Der synes at være en modvilje imod, at politikere anderkender sin rolle i at tage fat på underliggende, strukturelle problematikker, der ligger til grund for uligheder i sundhed. Formålet med studiet var at klarlægge forskellige diskursers bidrag og begrænsninger med henblik på at øge fokus på de sociale determinanter for sundhed. Der blev ud fra den inkluderede empiri identificeret syv diskurser. Artiklen konkluderer, at den generelle befolkning mangler viden om betydningen af sociale determinanter for sundhed, hvorfor det offentlige pres på politikkerne for at løse problemerne er manglende (Raphael, 2011).

The assets-based approach: Furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health?

A critical examination of practitioner discourses

Den aktivitetsbaserede tilgang til sundhed, hvor institutioner i borgerens hverdagsliv, herunder skole, lokalsamfund og arbejdsplads gøres til genstand for forebyggende interventioner, er med til at understøtte det, der giver mening for den enkelte. Herigennem bliver både den enkeltes og samfundets færdigheder og ressourcer styrket, i stedet for at fokusere på individuelle risikofaktorer. Tilgangen er initieret på baggrund af den stigende interesse for håndteringen af de sociale determinanter for sundhed. Formålet med studiet var at undersøge, hvordan den aktivitetsbaserede tilgang er forstået og anvendes i praksis og hvilken forskel tilgang kan tænkes at gøre. Data indsamlet via enkeltmands interviews og et fokusgruppeinterview blev opdelt i tre temaer, og resultaterne indikerer, at tilgangen kan anses som en liberalistisk styringsteknik, men de sundhedsprofessionelle, der arbejder med tilgangen, ser den mere som et redskab til at mindske konsekvenserne af fattigdom og social sårbarhed på lokalt niveau ved at forbedre solidariteten og samhørigheden i samfundet for herigennem at højne trivslen (Roy, 2017).

Framing social determinants of health within the professional public health community: Research translation and implications for policy change

Borgere forstår ofte dårlig sundhed som et individuelt problem, der kan forbedres igennem livsstilsændringer frem for at være et problem, der kræver politisk handling. Derfor kan det manglende pres

fra offentligheden være årsag til, at sociale determinanter for sundhed sjældent er på den politiske dagsorden. Forskning har igennem mange år dog påvist, at befolkningens sundhed afhænger af et komplekst samspil af faktorer, som interagerer på utallige måder og et effektivt løft af sundhedstilstanden kræver strukturelle tiltag på makroniveau frem for den biomedicinske tilgang til sundhedsforbedringer, som er dominerende i sundhedspolitik. En årsag hertil er befolkningens manglende viden om betydningen af sociale determinanter for sundhed, hvilket kan skyldes at medierne sjældent har fokus på denne viden, men i stedet bringer informationer om at ulige adgang til lægehjælp, individuelle sundhedsadfærd eller medicinske forklaringer er årsagerne til dårligt helbred. Formålet med studiet var at undersøge, hvordan sundhedsfaglige organisationer beskriver årsagerne og løsninger på dårligt helbred, og hvilke konsekvenser disse italesættelser har for den politiske tilgang. Artiklen konkluderer, at indtil konkrete forslag og løsninger kan præsenteres, hvor viden om de sociale determinanter for sundhed kan oversættes til politisk handling, er det usandsynligt at kunne udkonkurrer den dominerende medicinske diskurs, der for nuværende gør sig gældende i sundhedspolitik. Medierne kan være med at italesætte behovet for en ny diskurs, hvorved sundhedsproblematikker lettere når til de politiske aktørers dagsorden (Knight, Benjamin, & Yanich, 2016).

6. Teoretisk referenceramme

I dette afsnit præsenteres de centrale begreber fra specialets teoretiske referenceramme, med henblik på at kunne opnå en teoretisk indsigt i, hvordan de kommende forandringsforslag vil kunne bidrage til at skabe forandring af den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik. Der tages primært afsæt i John Rawls' retfærdighedsteori og Zygmunt Bauman's teori om den flydende modernitet, som tilsammen kan bidrage med indsigter i og forståelser for borgernes og samfundets muligheder og begrænsninger i en samtid under konstant forandring.

Formålet med de fremsatte forandringsforslag vil være social forandring, hvor forandringer finder sted i hele samfundet og dermed ikke kun som individuel og personlig udvikling, som adfærdssændringer i forhold til sundhedsadfærd beror på (Gundelach, 2011). Der har igennem tiden været mange bud på betegnelser for de forandringer, der finder sted i samfundet, for eksempel forskydning mod et post- eller senmoderne samfund, og hvilke konsekvenser disse udviklinger medfører. Teorier om tilsigtede forandringer i samfundet viser, at det er muligt at frembringe bevidste forandringer, hvor sociale aktører forsøger at skabe forandringer af samfundet i en bestemt retning (Gundelach, 2011). Der kan både være tale om top-down organiserede processer, hvor de politiske aktører gennemfører politikker, men også bottom-up styrede handlinger, hvor sociale bevægelser forsøger at påvirke samfundet (Gundelach, 2011). Et eksempel på sidstnævnte kan være miljøbevægelsen, der i 1980'erne forhindrede opførelsen af atomkraftværker i Danmark eller Kræftens Bekæmpelse, som med succes får mobiliseret penge til kræftpakkerne. Men denne tanke om muligheden for at ændre samfundet igennem bevidste, sociale handlinger stiller den polsk-engelske sociolog Zygmunt Bauman sig kritisk overfor med sin teori om 'den flydende modernitet' (Bauman, 2006). Bauman har ikke et fast bud på hvordan 'det gode samfund' skal se ud, men han påpeger, at samfundet kan være bedre end det er nu, idet han ønsker, sin forskning og teorier skal bidrage med at føre samfundet fra griskhed, lidelse og selvoptagethed mod solidaritet med de svageste (Bauman, 2006; M. H. Jacobsen, 2009). Bauman (2006) viser, hvordan den flydende modernitet forårsager menneskelige konsekvenser, så som individualisering og globalisering, som ødelægger samfundet og lader de svageste i stikken. Globaliseringen skaber få vindere og mange tabere og Bauman mener, at mobilitet, altså borgernes muligheder for at træffe valg i livet, er med til at skabe uligheder i samfundet (M. H. Jacobsen, 2009, 2013). Her anvender han to metaforer; Turist og vagabond. Hvor turistens anses som en vinder, der er fri til at vælge eller rejse efter ønskede oplevelser eller drømme, som for eksempel arbejde eller uddannelse, er vagabonden taberen og på farten af nød og ikke af

lyst, fordi denne ikke er velkommen eller velset nogen steder. Når vagabonden endelig slår sig ned, er det i nedslidte sociale boligbyggerier blandt ligesindede. Det handler altså om ulige livschancer og ulige adgang til at leve det gode liv (M. H. Jacobsen, 2009). Med 'flydende modernitet' mener Bauman (2006), at stabilitet og nationalt sammenhold er forsvundet og nye vilkår som kaos og manglende planlægning og langtidsudsigter, hvor en brug-og-smid-væk mentalitet gør sig gældende, er de nye betingelser i samtiden. Konsekvenserne af den flydende modernitet er, at nogle socialklasser bliver affald, overflødige eller spild i forhold til samfundets nuværende funktionsmåde. Ifølge Bauman er samfundets holdning til disse borgere, at det er deres eget ansvar, hvorfor det heller ikke er en gruppe, man skal have ondt af (M. H. Jacobsen, 2009). Bauman betegner de overflødige borgere som 'defekte forbrugere', idet den flydende modernitet er et forbrugssamfund, hvor status, identitet og anerkendelse opnås igennem ens forbrug og 'det gode liv' kommer til at handle om at forbruge. Derfor anses borgere, der ikke i lige så høj grad kan forbruge, som en samfundsmæssig belastning og Bauman kritiserer derfor også forbrugssamfundet for at medvirke til stigende social stratifikation. Dog skal det retfærdiggøres, at i et velfærdssamfund som Danmark, hvor socialydelser og omfordelinger er et af principperne, vil ingen være helt afskåret for muligheden for at forbruge i et eller andet omfang. Han beskriver samtiden med 'TINA-syndromet' (There Is No Alternative), hvor opfattelsen er, at intet kan forandres og alt vil forblive det samme. Dette er for Bauman den værst tænkelige situation, når samfundet ikke længere stiller spørgsmålstejn ved sig selv og systemet bliver immun overfor kritik og forslag til forandringer (M. H. Jacobsen, 2009). Bauman mener derfor, at der er brug for teorier, der kritisk kan påpege uretfærdigheder og uligheder i samfundet (M. H. Jacobsen, 2013).

Netop uretfærdighed har den amerikanske politiske filosof John Rawls beskæftiget sig indgående med. Han udviklede en teori om, hvordan et retfærdigt samfund eller styreform bør være sammensat (Rawls, 2005). Han ser ulighed som et samfundsproblem, fordi ulighed grundlæggende er uretfærdigt. Dog er ikke alt ulighed uretfærdigt, kun den del den enkelte ikke selv er ansvarlig for, herunder de uligheder, som er produkter af det naturlige og sociale lotteri (Rawls, 2005). Det naturlige lotteri henviser til de gener, den enkelte er født med, som man ikke selv kan have indflydelse på, men som alligevel har en determinerende rolle for ens fremtid. Det sociale lotteri henviser til den familie, man fødes ind i, som spiller en afgørende rolle for hvilken uddannelsesmæssig, social og økonomisk position den enkelte vil få senere i livet (Rawls, 2005). Allerede i barndommen påvirkes børn af forældre i lavere socialklassers chancer senere i livet, hvorfor tiltag med tidlige indsatser kan komme til sin ret her. Rawls (2005) ser et retfærdigt samfund bygge på principperne om frihed

og lighed, hvor frihed henviser til, at alle har ret til den højeste grad af frihed, der er forenelig med en tilsvarende grad af frihed for andre. Dette retter sig mod politiske strukturer som for eksempel ytrings- og religionsfrihed (Rawls, 2005). Lighedsprincippet består af to elementer: For det første bygger det på fair chancelighed i adgangen til samfundets stillinger og positioner. Her er Danmark tæt på Rawls' ideal på baggrund af SU og et gratis uddannelsessystem, hvorfor der som udgangspunkt er chancelighed i muligheden for at tage en uddannelse og herigennem kvalificere sig til bestemte stillinger i samfundet. For det andet kan ulighed være retfærdigt, hvis denne ulighed kommer samfundets svageste til gode ved at stille disse på den bedst tænkelige måde. Uligheden kan for eksempel komme de svageste borgere til gode ved at udsigten til højere lønninger til de talentfulde borgere, gør disse mere produktive end de ellers ville have været. Det betyder at staten får mulighed for at tilbyde flere skattefinansierede fordele til de dårligst stillede. Rawls (2005) mener, at disse to principper er hvad frie, lige og rationelle borgere ville blive enige om som retfærdighed. Dette rationelle valg foregår under 'uvidenhedens slør' eller i 'den oprindelige position', som er en tænkt situation, hvor ingen kender sin indkomst, sociale status eller intelligens og derfor må forholde sig til risikoen for at havne på den dårligste plads i samfundet (Rawls, 2005). Når det ikke vides hvilken rolle, der vil tilkomme én selv, altså om man bliver vinder eller taber, vil det blive efterstræbt, at samfundet indrettes, så alle kan få en tålelig tilværelse og at den dårligste placering i samfundet bliver så god som mulig. Uvidenhedens slør skal dermed sikre retfærdighed for alle. Et samfund er velordnet, når det styres af en offentlig retfærdighedsopfattelse, hvormed retfærdighed ligger til grund for den måde de politiske aktører styrer samfundet (Midtgaard, 2009a, 2009b).

7. Analyse

Formålet med denne diskursive analyse er at fremanalysere hvilke diskurser, der dominerer i forebyggelsespolitik i forhold til reduktion af social ulighed i sundhed. Analysen vil danne grundlag for de følgende forandringsforslag, som opstilles som modspil til disse dominerende diskurser, som et forsøg på at øge ligheden i sundhed på sigt. Tillige vil analysen bidrage til at kunne besvare første del af specialets problemformuleringen: *Hvordan kommer den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik til udtryk i udvalgte sundhedsudspil?*

Analysen er baseret på de tre sundhedsudspil, som tidligere er præsenteret: ”*Sundhed med lyst til livet*” (T1), ”*Forebyggelse for fremtiden*” (T2) og ”*Åbent samråd om social ulighed i sundhed*” (T3), suppleret med studierne, der er genereret ved den systematiske litteratursøgning. Der vil også i nogen grad blive trukket på teori fra problemanalysen til at underbygge fundene.

7.1. Liberalistisk diskurs i tilgangen til ulighed i sundhed

Ved tekstanalyse på lingvistisk niveau, kan det identificeres, at ”*Sundhed med lyst til livet*” bruger begrebet *sårbare* til at beskrive befolkningsgruppen med særlige vanskeligheder, idet der blandt andet er specielt fokus på *sårbare gravide, psykisk sårbare* og *den sårbare del af befolkningen* (T1, s.6 og s.7). I litteraturen anvendes ofte andre begreber, så som socialt udsatte eller marginaliserede, som kan have en mere negativ ladning, hvorimod *sårbare* i første omgang opfattes mindre stigmatiserende men samtidig afspejles både karakteristika hos den enkelte samt sociale eller sygdomsrelaterede belastninger. Underliggende udtrykker begrebet sårbarhed et behov for professionel hjælp, hvilket kan være med til at legitimere en mere paternalistisk tilgang overfor denne gruppe. At beskrive en gruppe med et tillægsord, er med til at skabe den måde, hvorpå borgeren opfatter sig selv. Beskrives borgere som selvstændige, aktivt handlende og fremadrettede, skabes en anden type borgere, end når den dominerende diskurs betegner dem som sårbare eller udsatte. Her ses altså et eksempel på, at der opstilles en subjekt position, som borgeren indpasses i. I ”*Sundhed med lyst til livet*” anvendes også sprog billeder, som teknik til at dække over den egentlige holdning:

”Vi ønsker at spille sammen med borgere, virksomheder, foreninger og alle andre om at skabe sundhed med lyst til livet. Bolden er hermed givet op, og jeg håber, I vil spille med”

(Frederikshavn Kommune, 2017, s. 3)

Overstående citatet er et eksempel på et sprog billede, hvori metaforer skjuler en underliggende overflytning af ansvar. Sprog billedet er inddraget fra sportens verden, hvilket stemmer overens med blandt andet sundhed, motion og fællesskab. Den strategiske måde at anvende sprog billedet på gør, at ansvaret for sundhed flyttes fra de politiske aktører over i det nære fællesskab, hvormed de politiske aktører kan fraskrive sig det fulde ansvar for borgernes sundhedsadfærd. Dette er i tråd med den liberalistiske tilgang, hvor markedet og det civile samfund tiltænkes en større rolle end staten.

Formanden for Sundhedsudvalget gør i citatet brug af personlige stedord både i 1. person flertal og 1. person, altså *vi* og *jeg*, frem for at omtale Sundhedsudvalget eller Frederikshavn Kommune som afsender i 3. person. I første del af sætningen anvendes *vi*, hvorefter der markeres et aktørskifte i teksten, og *jeg* efterfølgende bruges som en mere personlig henvendelse til borgerne og det nære fællesskab. Dermed signalerer formanden både sin position som repræsentant for Sundhedsudvalget ved qua sit embede at tale generelt til befolkningen, men samtidig udtrykker han også sig selv og sin egen holdning med den personlige opfordring til borgerne. Dette kan både været et udtryk for formandens magtposition, hvor han i sit embede er hævet over borgerne, men samtidig et udtryk for afmagt, idet han beder virksomheder og ”*alle andre*” om hjælp til at forbedre sundhedstilstanden.

”*I Frederikshavn Kommune har vi en tro på, at borgerne selv tager ansvar for egen sundhed*” (T1, s.6), ”*Det er individuelt for os, hvornår vi har det godt..*” (T1, s.2) og ”*..sundhed er individuelt og afhængigt af den enkeltes behov og liv*” (T1, s.6) kan alle ses som eksempler på, at borgerens frihed og autonomi betones, som dermed giver den enkelte borger mulighed for selv at forvalte sit liv efter egne præferencer. Her fremdrages sundhed som et personligt ansvar, hvilket det delvist også er, idet frie borgere med frie valg vil have et vist ansvar for sin sundhedsadfærd, men citaterne levner ingen plads til ansvarliggørelse af de politiske aktører.

Frihed, herunder individualisering og personligt ansvar, kan kategoriseres som et nodalpunkt i ”*Sundhed med lyst til livet*”, hvilket knytter teksten til den liberalistiske diskurs. Individualiseringen samt den liberalistiske diskurs har opnået hegemoni på bekostning af tidligere social- og fællesskabsdiskurser, hvor for eksempel solidaritet kunne anses som nodalpunkter. Der er nu opnået konsensus om at skabe selvoptimerende borgere, en forståelse som er blevet konstrueret i takt med overgangen til konkurrencestaten, hvormed borgerne selv skal tage ansvar for egen sundhed og læring for på bedst mulig vis at kunne realisere sit eget liv. Denne tilgang genfindes i ”*Åbent samråd om social ulighed i sundhed*”, hvor der står: ”*Den enkelte vil naturligvis altid have et personligt ansvar for sin egen sundhed – det er klart*” (T3, S. Løhde, 6:40) samt i ”*Forebyggelse for fremtiden*”:

”Samtidig ønsker vi at markere, at kommunerne sammen med staten, regionerne og civilsamfundet har et fælles ansvar for en samlet forebyggelsesindsats. Ligesom individet naturligvis har ansvaret for egen sundhed” (Kommunernes Landsforening, 2018, s. 5)

Her angiver første del af udsagnet, at det er det offentliges ansvar at foranstalte en god og tilstrækkelig forebyggelsesindsats, mens sidste del ansvarliggør den enkelte borger, idet det er borgerens eget ansvar at agere efter anvisningerne uden hensyntagen til, at sundhedsadfærd også kan være socialt eller habituelt funderet. Generelt på tværs af teksterne sammenholdes sundhed med ansvar, men det er dog en uklar fordeling af dette ansvar. Ud af citatet kan drages, at ansvaret for sundhed altså kan placeres tre steder: Hos borgeren selv, i det nære fællesskab og hos det offentlige. Det kan altså udledes, at de politiske aktører ikke ser deres rolle i at løse de sundhedsproblemer, der kan tilskrives den enkeltes livsstilsvalg, idet der anvendes en *blaming the victim*-strategi. Dette kan understøttes af, at regeringen foretrækker at iværksætte oplysningskampagner fremfor eksempelvis regulering af pris på usunde fødevarer. Når borgerens adfærd ses som hovedårsag til sygdomsudviklingen, kan ansvaret placeres både hos individet og politikkerne, men hvis de sociale determinanter ses som vigtigste årsag til sygdom, kan ansvaret kun placeres hos politikkerne, idet denne diskurs ville fordre strukturelle tiltag, som den enkelte borger ikke kan bidrage til.

”Det er først og fremmest det enkelte menneske, der har ansvaret for eget liv og sundhed. Borgerne er en vigtig samarbejdspartner til at finde løsninger, der kan skabe sunde rammer for hverdagslivet” (Kommunernes Landsforening, 2018, s. 11)

Hermed forsøges det at styrke den enkeltes ansvarsfølelse. Der kan spores en dobbelthed imellem fokuset på sunde omgivelser i hverdagslivet og modsat det, en mere målrettet indsats mod usunde borgere. I forlængelse heraf er en meget brugt floskel indenfor sundhedspolitik: *”Det skal være lettere for alle at træffe de sunde valg.”* (T1, s.7). Vendingen stammer fra WHO’s Ottawa Charter fra 1986. Oprindeligt var udsagnet tiltænkt at skulle fordre strukturelle tiltag som for eksempel differentieret afgifter eller anden generel lovgivning indenfor sundhedsområdet. Men vendingen synes at have mistet sin betydning, hvor fokuset i sætningen nu er på *valg* og dermed i stedet sammenkædes med individuelle livsstilsvalg og sundhedsadfærd.

Det kan på baggrund af overstående analyse udledes, at den liberalistiske diskurs i de udvalgte sundhedsudspil har opnået hegemoni. Diskursen kan genfindes med samme argumentative vægt på

tværs af de udvalgte tekster, hvorfor der også kan argumenteres for, at teksterne er homogene, idet de reelt afspejler samme udtryk. Denne homogenitet gør det også vanskeligt at identificere stærke differenskæder og antagonismer, da teksterne gennemgående indeholder samme holdninger. Denne strategi, hvor for eksempel differenskæder og antagonismer er udeladt, kan være med til at gøre den dominerende diskurs mere fremtrædende og firkantet, hvorved nodalpunkterne styrkes. Ifølge Foucault's tilgang til diskursanalyse, kan det dermed siges, at der er fundet regularitet, som stammer fra en fælles kilde, nemlig den liberalistiske diskurs.

Denne liberalistiske diskurs, hvor sundhed grundlæggende er et resultat af personligt valg eller ansvar, ses dog kun at gælde for borgere, der handler korrekt og ansvarligt efter doxa og de angivne anbefalinger. Overfor svage borgere med forkert sundhedsadfærd eller som efter politikernes opfattelse handler forkert, tages en mere paternalistisk tilgang i brug.

7.2. Paternalistisk diskurs i forebyggelse

På tværs af de tre tekster genfindes en paternalistisk diskurs. I teksterne anvendes termer som *"Tidlig opsporing"* (T3), *"tidlig indsats"* (T1) og vigtigheden af *"at få den rette hjælp så tidligt som muligt"* (T2) anses som afgørende for borgernes fremadrettede sundhedstilstand. I *"Forebyggelse for fremtiden"* anbefales det, at det igennem *"opsøgende rekruttering og målrettet forebyggelsestilbud"* er muligt at understøtte sundheden hos de borgere, der har særligt behov (T2, s.11). Regeringen har et særligt ansvar overfor udsatte grupper, men implicit betyder det, at regeringen ikke føler et ligeså stort ansvar overfor den resterende del af befolkningen.

"Frederikshavn Kommune arbejder ud fra devisen, 'den der kan selv, skal selv'. Men samtidig er vi opmærksomme på at hjælpe dem, der har behov. Som kommune skal vi kunne sætte tidligt ind. 'Jo før – jo bedre!'. Vi skal forebygge og begrænse udvikling af mental og fysisk sygdom, og isolation og ensomhed skal minimeres. Vi skal være på forkant!" (Frederikshavn Kommune, 2017, s.6).

Ud fra dette citat ses det, at borgerne bliver udsat for modsatrettede styringsteknikker, som både har til formål at forme selvstændige borgere, ved først at udtrykke ansvarliggørelse igennem *"den der kan selv, skal selv"*, men samtidig også forme lydige borgere ved at *"hjælpe"* dem der har behov. I første omgang er ønsket at styrke deres autonomi, men borgerne bliver samtidig genstand for paternalistisk omsorg. Borgere, der ikke lader sig styre ved at forvalte sin autonomi på en hensigtsmæssig måde, bliver genstand for en mere direkte styring igennem opsporende aktiviteter. Men uanset

hvilken strategi, der anvendes som middel, er målet det samme, nemlig at forbedre den generelle sundhedstilstand. Det vil altså sige, at biopolitiske mål bliver realiseret igennem en paternalistisk tilgang. Det genfindes i *”Åbent samråd om social ulighed i sundhed”* hvor Sophie Løhde udtaler: *”Tidlig opsporing er især vigtigt i forhold til socialt udsatte borgere, som oftere er rygere og derfor er i særlig risiko for at udvikle KOL”* (T3, S. Løhde, 11:50). I denne tekst bruges også et sprogbillede, som indrammer definitionen af paternalisme:

”Vi må arbejde på at finde en model for mere målrettet sundhedstjek, som kan give mening, når vi ved, at generelle sundhedstjek ikke virker, og hvordan rammer vi de borgere, som vi egentlig har til hensigt at nå og ikke bare rammer bredt og tilbyder alle mulige mennesker til højre og venstre et generelt sundhedstjek. Det er udfordringen at tage bue og pil og ramme skarpt i stedet for at skyde med spredehagl i forhold til at ramme dem, der er særligt relevante”
(Sundheds- og Ældreudvalget, n.d., S. Løhde, 46:50)

Sophie Løhde fortsætter, ved at beskrive dette som *”i stedet for at smøre leverpostej lige tyndt ud alle steder i kommunerne, retter vi fokus der, hvor kommunerne har en mulighed for at gøre en helt særlig forskel i forebyggelsesøjemed”* (T3, S. Løhde, 52:29). Hermed menes også at opnå mere sundhed for pengene ved at målrette interventionerne mod dem, der har størst behov og at give hjælpen til dem, der har brug for et ekstra løft i stedet for dem, der godt kan selv. De politiske aktører står dog over for en udfordring, idet *”vi gerne vil nå meget specifikt ud og nå nogle af de her grupper, som måske ikke af sig selv går til lægen”* (T3, S. Løhde, 1:01:24). Gennem ordvalg sammenkædes sprog og politik, fordi valg af ord ofte har konsekvenser for den måde, det er muligt at handle på. Denne paternalistiske diskurs er tæt knyttet til et nodalpunkt som livsstil og adfærdsændring.

I teksterne er der generelt kun få eller vage refleksioner over strategier til at imødekomme den stigende ulighed i sundhed, hvor tidlig opsporing kan anses som det eneste reelle bud herpå. Dog mangler der konkrete refleksioner over, hvordan dette kan udføres i praksis. Der er tilsyneladende en antagelse om, at sundhedstilstanden automatisk forbedres, når de underliggende problemer, herunder KRAM-faktorerne, er blevet italesat og kvantitativt fremstillet. Et gennemgående fund på tværs af de tre sundhedsudspil og studierne fra den systematiske litteratursøgning er netop, at KRAM-faktorerne og individuel sundhedsadfærd ses som hovedårsag til uligheden i sundhed og stigningerne i livsstilssygdomme. Denne livsstilsdiskurs udfoldes i næstkommende tema.

7.3. Livsstilsdiskurs blandt de politiske aktører

Det inkluderede arkiv relaterer livsstil til individuelle valg, hvorved sundhedsadfærd og sociale problemstillinger reduceres til at omhandle individuelle valg. Ved denne reduktion gøres sundhedsadfærd håndterbart for de politiske aktører og dermed til genstand for forebyggende interventioner og et mål for politisk styring på trods af viden om, at sundhedsadfærd er et produkt af et komplekst samspil imellem individuelle og sociale aspekter og levevilkår.

”Vores sundhed er påvirket af mange forhold: Alder, køn og arvelige faktorer, vores relationer til andre mennesker samt overordnede samfundsforhold og levevilkår så som boligforhold, uddannelse og arbejdsmiljø. Endelig – og ikke mindst – har vores livsstil stor betydning.”

(Kommunernes Landsforening, 2018, s.11)

Indledningsvist tager ovenstående citat afsæt i Dahlgren & Whiteheads model for sociale determinanter for sundhed. Der anlægges et bredt, positivt perspektiv på sundhed, som også litteraturen anbefaler, men slutteligt ændres fokus radikalt for herefter at betone den betydning, som livsstil har.

”Vi har som samfund et medansvar for borgernes sundhed, og samfundet kan på forskellige måder være med til at understøtte det sunde liv. Det handler eksempelvis om at tilbyde rygestopkurser til de borgere, der ønsker at stoppe med at ryge eller tilbud om vejledning i forhold til fysisk aktivitet, kost eller mental sundhed” (Sundheds- og Ældreudvalget, n.d., S. Løhde, 7:05)

Samme tilgang findes i *”Åbent samråd om social ulighed i sundhed”*, hvor der indledningsvist er fokus på de sociale determinanter for sundhed men igen stiftes fokus til livsstil og KRAM-faktorerne. Som citatet her viser, er livsstilsdiskursen indimellem på bekostning af de egentlige sundhedsforhold, hvor det ses, at det nærmere drejer sig om moralske overvejelser om, hvad der anses som korrekt livsførelse i et moderne samfund.

”Sygdommene kan dog i vid udstrækning forebygges – ikke mindst ved ændringer i vores livsstil. Rygning er den enkeltfaktor, der har størst negativ betydning for folkesundheden, men også fysisk inaktivitet og for meget alkohol har stor betydning for, om borgerne dør for tidligt”

(Kommunernes Landsforening, 2018, s.9)

I citatet her etableres en sammenhæng mellem livsstil og sundhedstilstand, som de politiske aktører kan bruge som forståelsesramme, for at kunne gøre livsstilssygdomme til noget håndterbart med henblik på styring og intervention. Ved at reducere og rationalisere problemet, kan det gøres til genstand for forebyggende interventioner. Det er altså lykket for de politiske aktører, at opnå konsensus om forståelsen af livsstil som et fænomen, der skal gøres til genstand for interventioner. Der er ydermere opnået konsensus om, at sundhed gøres igennem KRAM-faktorerne. Dette understøttes yderligere af udsagn som: *”Vi har derfor fokus på at give borgerne kendskab til og viden om de måder, livsstil og valg påvirker egen sundhed på”* (T1, s.6). Ifølge Krumeich & Meershoek (2014) forsøges det at bemyndige borgeren ved at give denne værktøjer, herunder viden og bevidsthed om sundhedsrisici, for at fremme en sund livsstil, hvilket understreger troen på at adfærdsændringer er vejen mod bedre sundhedstilstand. Tillige foretages en værdisætning af livsstil, hvor nogle livsstile anses som værende bedre end andre. Livsstilsbegrebet anvendes i en nedsættende betydning og bliver her synonym med individuelle risikofaktorer, herunder KRAM-faktorerne, og der er altså opnået konsensus om en forståelse af livsstil som værende en række former for uansvarlig individuel adfærd. Det kan her kritiseres, at livsstilsdiskursen reducerer betydelige og komplekse sociale livsmønstre til en forståelse af, at individuel adfærd er den afgørende determinant for den enkeltes sundhedstilstand og den stigende ulighed i sundhed.

”Rygning er den enkeltfaktor, (..) som medfører flest udgifter til behandling og pleje og det største produktionstab for samfundet. Samtidig er rygning den væsentligste årsag til den stigende sociale ulighed i sundhed” (T2, s.29).

”Op imod 2/3 af den sociale ulighed i dødelighed kan tilskrives tobak og alkohol” (T2, s.9). Den primære årsag til social ulighed i sundhed ses som livsstil og adfærd, hvilket da også er vigtige faktorer for borgerens sundhedstilstand, men som er stærkt påvirket af sociale forhold (Knight et al., 2016). Litteraturen finder imidlertid generel enighed om, at det ensidige fokus på livsstil og adfærd er med til at begrænse reduktionen af social ulighed i sundhed (Cohen & Marshall, 2017). Sygdomme har biologiske årsager, men det er sociale faktorer, der forklarer fordelingen af sygdomme i en befolkning. Sociale årsager er med til at forklare, hvorfor nogle mennesker har højere risiko for sygdom og hvorfor konsekvenserne af sygdom er mere alvorlig for nogle frem for hos andre (Krumeich & Meershoek, 2014).

De politiske aktører er bevidste om og har kendskab til de sociale determinanter for sundhed og bestrider ej heller rigtigheden af forskningen, der påviser vigtigheden af dem, men betragter dem rettere som betingelser end et problem (Carey & Crammond, 2015). Dårlig sundhed forstås som en funktion af usunde valg, og da det dermed antages, at sundhedsforskelle er et resultat af manglende information eller motivation relateret til adfærdsændringer blandt bestemte grupper, anses løsningen også som begrænset til informationskampagner med mere (Knight et al., 2016).

På tværs af de tre tekster kan det identificeres, at ordet livsstil forekommer betragteligt flere gange end ord som levevilkår eller sociale determinanter for sundhed. Det ses altså her som underordnet om den forebyggende indsats initieres på mikro-, meso- eller makroniveau, idet indsatserne under alle omstændigheder retter sig mod livsstilen. Dette underbygger, at de politiske aktører satser på en selektiv indsats mod ulighed i sundhed, hvor fokus er på at ændre adfærd hos de udsatte frem for generelt at forbedre sundhedstilstanden i hele befolkningen.

Livsstil bliver altså forstået som noget den enkelte selv kan vælge eller have kontrol og beslutningskompetence over. De politiske aktører sætter deres lid til, at der kan ske forbedringer i befolkningens sundhedstilstand, hvis det lykkes at få borgerne til at træffe sundere valg. Dette indeholder dog imidlertid et paradoks, for reelt set har individerne jo ikke et valg, det er allerede truffet for dem, for den eneste rigtige mulighed er at vælge det sunde valg. Der er opnået konsensus om, at det sunde liv betragtes som et godt liv, hvorved sundhed altså sidestilles med et godt helbred og sund adfærd. Denne betragtning tager sit afsæt i det smalle, negative sundhedsbegreb, idet sundhed anses som fravær af sygdom.

”Kommunerne kan bidrage væsentligt til at fremme folkesundheden, dvs. (...) forebygge sygdom og for tidlig død. Indsatsen bør prioriteres i forhold til de væsentligste risikofaktorer og lidelser: Rygning, for meget alkohol, fysisk inaktivitet, overvægt, dårlig mental sundhed og muskelskeletlidelser”
(Kommunernes Landsforening, 2018, s.9)

Der ses her et eksempel på, at en mere biomedicinsk diskurs har opnået hegemoni, hvor det ses, at for eksempel KRAM-faktorerne er afgørende for at være sund og dermed tillægges sociale determinanter for sundhed en mindre rolle. Det at gøre noget til en risiko er en måde at ordne virkeligheden på, så den bliver håndterbar. Dette er med til at forme borgernes selvopfattelse, hvormed borgerne ser sin risikoadfærd som noget, der kan være genstand for intervention.

”Sundhed er en forudsætning for, at borgerne kan leve det liv, de ønsker. God sundhed fremmer børns udvikling og læring, unges vej i uddannelse og job, voksnes arbejdsmarkedsparticipation og ældres funktionsevne” (Kommunernes Landsforening, 2018, s.12)

Litteraturen synes at dokumentere en modvilje mod tiltag rettet mod de sociale determinanter for sundhed samt de politiske aktørers manglende anerkendelse af den rolle, som de kan spille i at tage fat på de underliggende strukturelle årsager til uligheder i sundhed (Raphael, 2011).

Det er paradoksalt, at de politiske aktører fortsat ser positivt på potentialet i adfærdsændringer, når det igennem mange årtier ikke har vist sig som værende en effektiv tilgang. Generelt er ingen af dokumenterne optaget af at vise, at adfærdsændringer er det rigtige sted at satse, hvilket kan ses som, at der er opnået hegemoni om, at dette er den rette vej at gå på bekostning af strukturelle tiltag.

Prioriteringer af hvilke forebyggende indsatser, der skal i værksættes, afhænger selvsagt af hvilke årsager, der ligger til grund for problemerne, samt hvilken rolle de politiske aktører ønsker at spille. Det kan altså siges, at der mangler guvernementale teknikker før det kan lykkes, idet det er slået fast at viden ikke alene kan føre til adfærdsændringer i befolkningen.

Dette er et eksempel på, at der er opnået konsensus, både i befolkningen men også hos de politiske aktører, om, at livsstil er hovedårsagen til ulighed i sundhed på trods af betydelige mængder af forskning, der viser evidens for, at levevilkår og sociale determinanter har en større betydning.

Dette er et eksempel på en konstrueret diskurs, hvor man ikke forholder sig til verden som den er, men som den skabes igennem sproget.

Det kan hermed udledes af overstående tema, at den dominerende tilgang i forebyggelse er at sundhedstilstanden skal forbedres via individuelle adfærdsændringer. Det er dog svært at se ud fra de udvalgte tekster, hvordan de politiske aktører vil få borgere, som lever en mere nydelsesbaseret livsstil, til at efterleve de sundere anbefalinger, og hvordan der i praksis kan interveneres i den individuelle livsstil. Som tidligere nævnt ser de politiske aktører potentialer i interventioner som tidlig opsporing samt interventioner i det nære fællesskab. Sidstnævnte tilgang uddybes yderligere i det kommende tema.

7.4. Den inkluderende diskurs

I *”Forebyggelse for fremtiden”* er et ord som *”inkluderende”* ofte anvendt, hvilket kan betragtes som en ny måde at betegne differenceret indsats på. Det er ikke sundt eller ønskeligt for nogen, at være ekskluderet, hvorfor det er vigtigt at få alle borgere inkluderet i samfundet. Strategien bygger på antagelser om, at livsstil og adfærd påvirkes af dem, den enkelte omgås, hvorfor det vil være sundhedsfremmende at være eller at blive en del af det nære fællesskab.

Dette tankegods har også nået *”Åbent samråd om social ulighed i sundhed”* hvor *”flere skal være en del af arbejdsfællesskabet. Færre skal være social udsatte”* (T3, K. Ellemann, 17:32). Implicit forsøger de politiske aktører at frigøre sig fra det ansvar, som de normativt er bundet af, ved sende ansvaret over i civilsamfundet, hvor formålet er at mobilisere og udnytte enkeltpersoners og samfundets ressourcer. *”Derfor er jeg heller ikke et øjeblik i tvivl om, at det har en positiv, afsmittende effekt på sundheden, når den sociale indsats får banet vejen for et aktivt liv med uddannelse og job for mennesker”* (T3, K. Ellemann, 19:08). Dette gøres igennem at institutioner i borgerens hverdagsliv, herunder skole, lokalsamfund og arbejdsplads gøres til genstand for forebyggende interventioner (Roy, 2017). Dermed kan det blive lettere at opnå en positiv forandring i den enkeltes sundhedsadfærd, idet det forsøges at påvirke sårbare borgerens omgivelser, hverdagsliv og sociale sammenhæng, så disse hele tiden faciliterer sunde valg og dermed bringer den enkelte borgers sundhedsopfattelse i overensstemmelse med det nære fællesskabs sunde værdier. Det handler også om at styrke forholdet imellem mennesker samt at lokale foreninger og netværk kan føre til partnerskaber, der kan få folk til at føle sig inkluderet og som værende en del af noget, hvilket bygger på tillid til mennesker (Roy, 2017). Der er dog en særlig udfordring forbundet med at indføre politikker og interventioner i unikke konstellationer og lokale kontekster på grund af komplekse dynamikker i lokalsamfundet. Dette fordi lokalsamfund er forskellige socialt, økonomisk og kulturelt set (Krumeich & Meershoek, 2014). Interaktion imellem mennesker og deres omgivelser er komplekse processor, som er forskellig fra den måde politikerne ser verden på (Carey & Crammond, 2015).

Tilsyneladende accepterer de politiske aktører her, at hverdagslivets omgivelser er centrale, og det kan umiddelbart anses som en antagonist til den liberalistiske diskurs og et forsøg på at skifte væk fra den negative fremstilling af mennesker som passive modtagere af offentlige ydelser til et mere bredt fokus på de sociale determinanter for sundhed (Roy, 2017). Men selv om denne tilgang fremkalder solidariske tanker, er der fortsat især fokus på selvhjælp og mindre afhængighed af staten, hvormed tilgangen også kan anses som en ny måde at bedrive liberalistisk sundhedspolitik på. Det handler om at borgere og det nære fællesskab skal hjælpe med at hjælpe sig selv og forsøge at løfte

det frivillige samfund (Roy, 2017). Setting-tilgangen eller den aktivitetsbaseret tilgang indskrives også teksten i en liberalistisk diskurs, hvor det private marked og markedslignende forhold anses som vigtige. Det kan også udledes, at det forsøges at skabe et negativt billede af dem der er afhængige af velfærdsstaten.

Tillige er der et paradoks i, at de politiske aktører forsøger at iværksætte interventioner efter det brede, positive sundhedsbegreb i hverdagslivet, men når succeskriterierne for en given intervention skal monitoreres, sker det efter det snævre, negative sundhedsbegreb, hvor der statistisk måles på KRAM-faktorerne eller middellevelevetid frem for en mere kvalitativ evaluering, hvor for eksempel livskvalitet tages i betragtning.

7.5. Utilsigtede konsekvenser ved liberal diskurs om social ulighed i sundhed

Den politiske proces består i at vinde retten til at kunne fortolke og italesætte verden, for retten over sproget giver adgang til magt. Men i dette tilfælde ses det som en barriere mod effektiv reduktion af social ulighed i sundhed.

”Det der er sket er, at det i høj grad er alle de veluddannede der eksempelvis er holdt op med at ryge og dyrker mere motion osv. og dermed lever sundere og får et længere liv, mens vi ikke har fået dem med et lavere uddannelsesniveau i lige så stort et omfang til at kvitte cigaretterne”.

(Sundheds- og Ældreudvalget, n.d., S. Løhde, 1:46:08)

De politiske aktører anderkender således, at den nuværende tilgang til sundhedspolitik er med til at skabe en stigende ulighed, på trods af at middellevetiden er steget generelt for alle socialgrupper, er det nemlig de veluddannede og velstillede, der har opnået den største fremgang. Ifølge WHO er ulige livsbetingelser konsekvensen af dårlig socialpolitik og tiltag, hvilket understøtter, at sundhedsmæssige uligheder er et politisk problem (Cohen & Marshall, 2017).

”Hvis vi for alvor skal fremme folkesundheden, skal staten i højere grad anvende strukturelle tiltag via lovgivning og afgifter; tiltag som forskningen peger på som virksomme. Derudover skal Sundhedsstyrelsen – og andre relevante styrelser – fortsat gennemføre kampagner og samle og formidle faglig viden om folkesundheden, risikofaktorer og virkningsfulde indsatser”

(Kommunernes Landsforening, 2018, s. 12)

Også på organisatorisk niveau foregår et spil om at placere ansvaret andetsteds. Her forsøger kommunerne at få staten til at betale og tage ansvaret, fordi forebyggelsesopgaverne efter strukturreformen i 2007 nu er placeret hos kommunerne, men på grund af begrænsede midler, har disse svært ved at leve op til statens idealer og mål. I ”*Åbent samråd om social ulighed i sundhed*” er der mest fokus på behandlingen i sundhedsvæsenet, som dermed placerer ansvaret hos regionerne, hvor der for eksempel flere gange henvises til tiltaget ’8 nationale mål for sundhedsvæsenet’, som skal ”*løftet kvaliteten til gavn for alle borgere i hele samfundet*” (T3, S. Løhde, 31:18). Der henvises til tiltaget, som værende en mulighed for at reducere uligheden i sundhed, men litteraturen viser, at mange af de interventioner og politikker, der kan være med til at reducere social ulighed i sundhed, skal findes og iværksættes uden for sundhedsvæsenet, altså blandt andet i hverdagslivet (Cohen & Marshall, 2017). Dominansen af det biomedicinske, individualiserede fokus fungerer som en barriere for at indføre strukturelle tiltag og dermed også effektiv reduktion af social ulighed i sundhed (Cohen & Marshall, 2017).

De politiske strukturer ser ud til at skabe diskursive konventioner, som styrer hvordan problemer og løsninger indrammes (Carey & Crammond, 2015). Antagelsen om, at enkeltpersoner er i stand til at skabe en sund livsstil ved at træffe de rigtige valg, holder utilsigtet personer, der undlader at gøre det, ansvarlige for deres egne negative sundhedsresultater. Denne tilgang viser kun en ganske begrænset effektivitet, og som i værste fald endda medvirker til yderligere belastning af den sårbare del af befolkningen (Raphael, 2011).

Det kan således udledes, at diskursen om livsstil i forebyggelsesstrategien har opnået hegemoni, hvilket i værste fald medskaber social ulighed i sundhed utilsigtet på trods af, det egentligt var hensigten at forebygge og reducere denne ulighed. Konstruktioner af virkeligheden, som for eksempel at identificere og fokusere på risikogrupper, dårlig livsstil med mere, medvirker alle utilsigtet til at ekskludere de borgere, det omhandler, og inkludere den resterende del af befolkningen. Disse konstruktioner af virkeligheden medhjælper til at fortrænge grundlæggende problematikker med hensyn til socioøkonomiske positioner i samfundet.

7.6. Opsamling

Det er igennem analysen vist, hvordan forebyggelses- og sundhedspolitik er knyttet til magt, styring og strategier, som kan have utilsigtede konsekvenser. Politikernes italesættelse af sundhed som et individuelt anliggende handler om governmentality, og altså styring til selvstyring. Denne teknik anvendes, så sundhed ikke længere er de politiske aktørers ansvar, hvorfor de heller ikke italesætter

sundhed på en sådan måde, at det kan tilbageføres til dem. Dermed er der en strategisk pointe i den måde de politiske aktører går til forebyggelsespolitik på. Det er altså ikke nødvendigvis de biopolitiske mål om at forbedre befolkningens sundhed, der er et problem, men snarere de guvernementale teknikker til at styre den enkelte mod en sundere livsstil, der mangler. Den paternalistiske diskurs og livsstilsdiskurs har formået at opretholde hegemoni i mange år uden tilsyneladende at reducere den sociale ulighed i sundhed, hvorfor det nu er på tide at sadle om. Det er en udfordring at få borgerne til at efterstræbe de fremsatte anbefalinger og derigennem opnå en sundere livsførelse og sundere adfærd, hvilket er skjult i sundhedsudspillene under fremsatte mål eller monitoreringsværktøjer, hvorved vejen til disse adfærdsændringer ikke er i fokus. Det er i imidlertid fundet, at forbedringer i sundhedstilstanden kan opnås i en kombination af adfærdsændringer og at tænke strukturer, institutioner og hverdagsliv sammen hvormed folkesundheden kan forbedres igennem en kombination af den enkeltes adfærdsændring og politisk beslutningstagning.

Tabel 4 er en opsummerende matrice over de dominerende diskurser i arkivet, som er blevet identificeret igennem analyseprocessen. Ikke alle elementer er behandlet i analysen, kun de der blev fundet relevant for specialets problemstilling.

Titel	Hegemoni	Nodalpunkt	Ækvivalenskæder	Antagonister Differenskæder
Sundhed med lyst til livet	Liberalistisk diskurs: Ansvar for egen sundhed	Frihed	Individualisme – ansvarliggørelse – governmentality – manglende erkendelse af den enkelte borgers behov – personligt ansvar – styring igennem autonomi	Fællesskabsdiskurs: Stærke lokalsamfund – sunde aktiviteter i skole og på arbejdspladser – grønne byrum med plads til alle – det sociale fællesskab
Forebyggelse for fremtiden	Livsstilsdiskurs/ Paternalistisk diskurs: Sundhed igennem adfærdsændringer	Risikofaktor	KRAM-faktorer – biopolitik – biomedicinsk tilgang – kvantitativ monitorering af befolkningen – effekt – paternalisme – tidlig opsporing – livsstilsfaktorer som økonomisk udgift og samfundsudfordring	Setting-diskurs: Skabe vækst i det nære fællesskab – inklusion – borgernes sundhed er et fælles ansvar
Åbent samråd om social ulighed i sundhed	Økonomisk diskurs: At skabe mere sundhed for pengene	Økonomi	Øget produktivitet – øget konkurrence – effektivisering af offentlig sektor – omkostningseffektivitet – prioritering af indsatser – knappe ressourcer – fokus på sundhedsvæsenet og ikke omgivelserne	Medansvarsdiskurs: Ulighed i sundhed og dødelighed er uretfærdig – alle danskere har lige ret til behandling af høj kvalitet – samfundet skal skabe ordentlige rammer for borgerne – bred og flerstrengt indsats kræves

Tabel 4: Matrice over dominerende diskurser i arkivet

8. Forslag til forandringer

Med fokus på forandring stilles i kommende afsnit forslag til strategier, der i tillæg til den nuværende livsstilsdiskurs kan danne baggrund for et bedre beslutningsgrundlag til at føre sundhedspolitik ud fra, med henblik på at øge ligheden i sundhed på sigt. De stillede forslag vil være mere teoretisk orienteret end direkte anvendelsesorienteret, idet de ikke anses som en færdigudviklet intervention, program eller strategi, der er klar til at blive implementeret i praksis. Forslagene er primært stillet med afsæt i litteraturen, som er genereret ved den systematiske litteratur søgning, samt suppleret af resultaterne fra diskursanalysen.

De tre forslag til forandringer fremsættes for at kunne besvare problemformuleringens sidste del: *Hvilke forslag til forandringer kan stilles til denne diskurs, så utilsigtede konsekvenser begrænses og reduktion af social ulighed i sundhed på sigt kan fremmes?* Forslagene og begrundelserne herfor vil blive præsenteret i det følgende.

8.1. Brobygning mellem forskning og politik

Forslagets formål: Det politiske makroniveau er et essentielt sted at intervenere, fordi det er det eneste sted, der har mulighed for at træffe kollektivt bindende beslutninger. Med afsæt i Luhmann's teori om det funktionelt differentierede samfund er formålet med dette forandringsforslag, at bidrage til kodesammenblanding imellem det politiske system og videnskabssystemet (Borch, 2009). Afstanden mellem viden om sundhed og politisk handling menes at blive større på grund af forskeres manglende forståelse for de politiske processer og altså ikke fordi, der mangler viden om ulighed i sundhed. Der forefindes netop blandt forskere en tiltro til, at fremsættelse af tilstrækkelige mængder evidens for et givent problem automatisk vil anspore politisk handling, hvilket dog ikke er tilfældet i praksis (Carey & Crammond, 2015). Det handler altså ikke om fortsat at påpege de store mængder af evidens, som videnskaben igennem mange år har fundet grundlag for, men rettere at skifte fokus til, hvordan denne viden kan være til gavn i den politiske proces (Carey & Crammond, 2015). Nyere forskning påpeger vigtigheden af, at forskere i højere grad skal have en dybere forståelse af kompleksiteten i politisk beslutningstagning. Dette synes at være afgørende for at intervenere på de sociale determinanter for sundhed med formålet om at øge ligheden i sundhed. Der er brug for mere fokus på 'hvad gør vi' i stedet for 'hvad ved vi' (Carey & Crammond, 2015).

Baggrund: Et af problemerne er, at de sociale determinanter for sundhed er et bredt begreb og svært at opdele i små delproblemer og konkrete løsninger, som passer ind under regeringens strukturer og forskellige ministerier (Carey & Crammond, 2015). Når det er tilhørsforholdet til en

bestemt socialgruppe, der har indflydelse på den enkeltes sundhedstilstand, flytter sundhed ud af sundhedsministeriet og ind mange andre steder, herunder bolig-, miljø-, social- eller beskæftigelsesministerierne. Tillige ses der en manglende evne til at oversætte evidens til politisk praksis samt at evidens ikke giver en komplet opskrift på succes og er som sådan heller ikke alene et argument for nødvendigheden af politisk handling (Carey & Crammond, 2015). Ifølge meget forskning er strukturel regulering af pris og tilgængelighed på for eksempel alkohol og tobak den mest effektive måde at modvirke livsstilsygdomme og uligheder i sundhed på, men på trods af denne viden foretrækker de politiske aktører fortsat at satse på informationskampagner og lignende. Politikerne er dermed ikke uvidende, men der ansføres en modvilje mod at træffe beslutninger, der støtter op om alternative diskurser eller tilgange (Carey & Crammond, 2015).

Det er vanskeligt at oversætte komplekse teorier og modeller om determinanter for sundhed til konkrete politikker og interventioner, hvilket kan forklarer manglen på fremskridt i forhold til at opnå mere lighed i sundhed. Modeller for sundhed er ofte teoretiske og abstrakte mens politik og politisk handling kræver konkrete problemstillinger og eksempler på handlingsmuligheder (Krumeich & Meershoek, 2014). Forskere har en rationel forestilling om, at politisk beslutningsproces handler om at indsamle evidens, analysere og syntetisere det, hvorefter der udvikles en række politiske handlemuligheder, som ministrene kan vælge imellem, hvorefter næste skridt vil være at indføre et tiltag og evaluere det. Men sådan fungerer det langt fra i praksis, idet politik handler om magten til at fordele de knappe ressourcer, hvilket sjældent foregår rationelt men på baggrund af prioriteringer og værdier. Ydermere viser det sig, at politikkerne er meget lydhøre overfor konkrete handlingsanvisninger, hvor videnskaben stiller forslag til interventioner, i stedet for at politikerne selv skal udvikle nogle (Carey & Crammond, 2015). Dette er også årsag til at forebyggelse ofte er i kamp med det behandlende sundhedsvæsen, fordi behandling oftere er mere håndterbart for politikkerne end forebyggelse er (Carey & Crammond, 2015).

Forslagets indhold: Løsningen herpå kan være, at nogle sundhedsfaglige personer ansættes til at identificere relevant forskning og formidler resultaterne på måder, der hjælper politiske beslutningstagere med at forstå og bruge oplysningerne effektivt (Knight et al., 2016). Det er også en mulighed at lade en folkesundhedsvidenskabelig forsker sidde med i samrådsforhandlingerne (Carey & Crammond, 2015). Det lader også til at kommunikation mellem fagfolk inden for folkesundhed kan være med til at fungere som mediator for forskningsresultater og analysere og syntetisere resultater, så de oversættes mere effektivt, og politikkerne kan gøre brug af dem (Knight et al., 2016).

I problemanalysens afsnit 2.5 blev det identificeret, at sundhedsproblemer i de fleste tilfælde først får politikernes anerkendelse, når konsekvenserne sættes på økonomisk formel og bivirkningerne for den økonomiske produktivitet italesættes. Der kan igen tages afsæt i Luhmann's funktionssystemer, hvor det økonomiske system kan bruges som optik til at overbevise de politiske aktører om nødvendigheden af handling ved at fremhæve, hvad det vil koste hvis ulighed i sundhed ikke forebygges, og hvad samfundet vil spare hvis en ny og bedre forebyggelsesstrategi tilføjes til den nuværende strategi (Borch, 2009). Herved bringes videnskabens resultater ind på politikernes bord, og opmærksomheden skærpes ved at fremstille uligheden i sundhed med en optik, som politikerne forstår. Den stigende ulighed i sundhed kan også fremstilles ud fra en optik, der tager afsæt i Esping-Andersens tankegang bag det socialdemokratiske velfærdsregime. Her er målet med universel behandling i sundhedsvæsenet og mulighed for sociale ydelser til borgerne at forhindre, at sociale problemer som arbejdsløshed og fattigdom overhovedet opstår (Andersen & Larsen, 2011). Fattigdom gør borgere fysisk og psykisk syge, og dermed kan de ikke bidrage produktivt til arbejdsmarkedet, hvilket giver samfundet ekstra omkostninger. Det handler altså om at få fremstillet sagen fra forskellige perspektiver, som politikerne forstår, for at understrege de negative konsekvenser af ikke at ændre forebyggelsesstrategi.

8.2. Moddiskurs fremsat igennem medier og interesseorganisationer

Forslagets formål: En diskurs kan ikke fjernes ved hjælp af saglige argumenter, men kun ved at etablere en alternativ diskurs, en antagonisme, ved at konstruere den sociale orden på en anden måde. En moddiskurs skal have gennemslagskraft, hvis der skal være en chance for at politikerne ændre strategi på baggrund af denne. Formålet med dette forandringsforslag er at etablere en moddiskurs, som fører henimod, at det ikke alene er livsstil, der anses som determinerende for sundhedstilstanden, men at det også omhandler civilisationssygdomme eller civilisationsproblemer, der er strukturelt betinget. Internettet og andre digitale medier er potentielt magtfulde værktøjer og teknikker, hvor samfundet kan sætte sundhed til debat og derigennem handle på den stigende ulighed i sundhed og en moddiskurs til livsstilsdiskursen vil kunne opnå hegemoni generelt i samfundet (Cohen & Marshall, 2017).

Baggrund: Medierne betragtes som den fjerde statsmagt og med den hurtige spredning af nyheder og informationer via sociale og digitale medier er der potentiale for, at interesseorganisationer og foreninger hurtigt kan sende informationer ud til det brede publikum (Cohen & Marshall, 2017). Det er fundet, at mediernes stemme er et effektivt værktøj i forhold til at indramme utilstrækkelige

forhold eller sociale problemer i den demokratiske proces. Medierne kan betragtes som et prisme, der kan gøre små problemer i befolkningen til store problemer hos de politiske beslutningstagere (A. B. Lund, 2011). Det vil sige at pakke og placere et problem så mening eller problemrepræsentation formidles mest hensigtsmæssigt, hvorved der kan opnås tilstrækkelig offentlig fokus til at politisk erkendelse bliver en realitet (Cohen & Marshall, 2017).

Forslagets indhold: Der opstår en mulighed for, at Sundhedsstyrelsen og andre nationale aktører kan gennemføre kampagneaktiviteter eller fremstille rapporter og undersøgelser, som bidrager til at inkludere udsatte grupper og fremme en mere social- og fællesskabsorienteret diskurs, hvor effekten af strukturelle tiltag erkendes og promoveres. Det kan også være en løsning, at der igennem skabelsen af en moddiskurs gøres brug af en mere ironisk og ikke-autoritær tilgang, idet problemanalysen afdækker, at paternalisme kan skabe modstand mod forandring. Udfordringen er, at livsstilsdiskursen er en stærk semantik, hvorfor der også skal skabes og mobiliseres en stærk moddiskurs, hvor det forsøges at ligge argumenter ind under og punktere livsstilsdiskursen, for at der kan opstå kamp om sandheden. I livsstilsdiskursen er målet, at alle skal leve længere, men kvaliteten af de ekstra leveår tages ikke i betragtning. Derfor kan en moddiskurs også være med til at forandre de kvantitative effektmål til en mere kvalitativ tilgang, hvor en mere sundhedsfremmende tilgang også benyttes. Det bliver imidlertid en udfordring at fastholde for eksempel mediernes interesse for at promovere viden om de sociale determinanter for sundhed, idet forskning tyder på, at også medierne hurtigt vender fokus tilbage mod individuel sundhedsadfærd igen (Cohen & Marshall, 2017).

8.3. Bottom-up: Påvirkning fra befolkningen

Forslagets formål: Undersøgelser har vist, at befolkningens manglende viden om betydningen af sociale determinanter for sundhed kan være årsag til, at der fortsat er stort fokus på livsstilsændringer. De fleste voksne tror, at korrekt sundhedsadfærd er den eneste og den vigtigste faktor for at have et godt helbred (Knight et al., 2016). Det handler altså om, at offentligheden er dårligt informeret, og sundhed bør indrammes på ny, også kaldet re-framing. Her tolkes nye budskaber ind i kendte rammer, og det handler altså om hvilke associationer, der forbindes med et fænomen (Knight et al., 2016). Formålet med dette forandringsforslag er, at igennem bedre oplysning til borgerne, får disse potentielt større mulighed for at kunne lægge pres på de politiske aktører til at handle på de sociale determinanter for sundhed frem for efter livsstilsdiskursen.

Baggrund: Tilgangen bygger på den amerikanske politolog John R. Zallers teori om, at det er eliter, herunder politikere, journalister eller eksperter, der bestemmer, hvad almene borgere skal eller

ikke skal forholde sig til, og hvordan problematikker fremføres. Derfor er borgernes viden og holdninger afhængige af eliternes fremstilling (Thomsen, 2013). Medierne påvirker hvad folk tænker om en given problemstilling og den måde, hvorpå sundhed er repræsenteret i nyhedsmedierne, har en betydelig indflydelse på, hvordan offentligheden kommer til at forstå et givent problem (Knight et al., 2016).

Forslagets indhold: Litteraturen viser, at moralske eller etiske perspektiver er bedre til at opnå politisk interesse frem for evidens (Carey & Crammond, 2015). Den stigende ulighed i sundhed kan i stedet betragtes fra et etisk perspektiv, hvor problematikken fremstilles med afsæt i, om den nuværende strategi er etisk forsvarlig eller retfærdig. Dermed kan nogle af de etiske eller menneskelige konsekvenser fremstilles for politikerne sammen med betragtninger om, i hvilken grad den nuværende strategi producerer 'det gode liv' for det enkelte menneske eller for hele samfundet i en bredere forstand (Carey & Crammond, 2015).

En artikel modsiger dog også denne tilgang, idet det blev identificeret, at problematikker kun når den politiske dagsorden, hvis det har betydning for at opnå succes for det enkelte parti eller den siddende regering. Det kan for eksempel være baseret på markedsundersøgelser, der viser positiv effekt på regeringens popularitet, hvis en given politik gennemføres eller fjernes, og der tages kun sjældent hensyn til undersøgelser om effekt eller evidens (Carey & Crammond, 2015).

8.4. Opsamling

På baggrund af overstående afsnit, er der identificeret tre mulige forandringstiltag, som kan iværksættes som supplement til de nuværende diskurser i forebyggelsespolitik. Det anerkendes, at adfærdsændringer i nogen grad kan forbedre den generelle sundhedstilstand, men strategien har ikke affødt mere lighed i sundhed igennem de seneste tre årtier, hvorfor der også er behov for andre strategier. Der er dog risiko for, at de opstillede forandringsforslag fortsat vil indskrive forebyggelse i for eksempel en paternalistisk diskurs blandt andet fordi, at forslag to og tre vil forsøge igennem medierne at påvirke befolkningen til at indtage en bestemt holdning om sundhed. Dette må også anses som en form for styring, som ellers blev problematiseret igennem analysen, jævnfør afsnit 7. Det må dermed erkendes, at det er en kompliceret opgave at bedrive forebyggelsespolitik uden at det i en eller anden udstrækning vil bære præg af magtudøvelse og styring. Det er svært at opstille alternativer til den liberalistiske diskurs, uden at det så vil bære præg af paternalisme og omvendt. Dog kan det siges med udgangspunkt i Luhmann's teori om funktionssystemer, at økonomi kan bidrage til, at borgere motiveres til at foretage bestemte selektioner. Hvis prisen på tobak eller usunde

fødevarer eksempelvis sættes op, motiverer det borgere til ikke at selekttere det. Borgerne er altså ikke afskåret fra at gøre det, idet det ikke er forbudt, det koster blot lidt ekstra. Dette ses at kunne ændre adfærd, men er fortsat en form for styring.

9. Diskussion af forandringsforslag

I dette afsnit diskuteres de fremanalyserede forandringsforslag i forhold til den teoretiske reference-ramme suppleret med teori, som er anvendt tidligere i specialet, med henblik på syntesedannelse mellem disse delelementer. Formålet med diskussionen er at opnå en nuanceret forståelse med henblik på besvarelse af specialets problemformulering: *”Hvordan kommer den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik til udtryk i udvalgte sundhedsudspil og hvilke forslag til forandringer kan stilles til denne diskurs, så utilsigtede konsekvenser begrænses og reduktion af social ulighed i sundhed på sigt kan fremmes?”*.

9.1. Hvordan opnås lighed i sundhed?

Problemet med social ulighed i sundhed er efterhånden veldokumenteret blandt andet på baggrund af den eksisterende forskel i levetid på næsten 10 år mellem de bedst og de dårligst stillede mænd og en forskel i levetid på seks år for kvindernes vedkommende. Der kan her stilles spørgsmålstegn ved om denne udvikling er retfærdig, og hvordan det er muligt at fordele sundhed mere ligeligt. Dette er en kompleks problemstilling, som igennem de seneste 20 år har været på den politiske dagsorden, uden opnåelse af et endegyldigt svar. Rawls’ retfærdighedsteori omhandler blandt andet fundamentale institutioners fordelinger af sociale goder og chancelighed mellem samfundets grupper, som er med til at gøre samfundets grundlæggende strukturer retfærdige, hvorved teorien kan bidrage med perspektiver i diskussionen om social ulighed i sundhed. Ifølge Rawls’ retfærdighedsteori (2005) kan det udledes, at sundhedspolitikken i Danmark ikke varetages efter princippet om ’uvidenhedens slør’ idet fokus ofte er på usund sundhedsadfærd, hvor formålet er at få borgerne til at ændre denne livsstil frem for at forbedre levevilkårene. Hvis de politiske aktører forsøger at indtræde i den tænkte situation, hvor ingen kender sin rolle i samfundet, og dermed vil forsøge at konstruerer den bedste tilværelse for alle, vil tilgangen til samfundets sårbare muligvis være en anden. Hvis de politiske aktører er i stand til at sætte sig i de sårbarens sted, vil det ifølge Rawls (2005) være sandsynligt, at det forsøges at minimere og forbedre de forhold, som gør sig gældende for dem i den dårligste position. Det rationelle valg vil da synes at forsøge at forbedre forholdene for samfundets sårbare frem for økonomisk effektivisering af sundhedsvæsenet. Modsat kan det også siges, at de politiske aktører faktisk forsøger at stille samfundets svageste på bedst mulig vis, idet denne gruppe prioriteres ud fra en højrisikostrategi frem for almene borgere uden for risiko, hvorved det forsøges at minimere skaderne, i tilfælde af at én selv ville blive tildelt rollen som sårbar eller udsat. Sundheds- og sygelighedsrapporter dokumentere dog, at denne tilgang ikke har synderlig effekt og at den

sociale ulighed består på trods af intentioner om at reducere denne. Derfor forsøger dette speciale at fremsætte forandringsforslag, som har til formål at ændre diskursen i sundhedspolitik for at fremme ligheden på sigt. I problemanalysen blev der argumenteret for at en mere borgerrettet forebyggelsesstrategi, herunder strukturelle tiltag, ville have en gavnlig effekt for alle borgeres sundhed. Denne tilgang er ifølge Rawls også retfærdig, for selvom de bedst stillede også får gavn af denne strategi og måske endda formår at fremme sin sundhed mere end de sårbare, sikres det samtidig, at de sårbare stilles bedst muligt, hvilket er retfærdigt. Det første forandringsforslag om brobygning mellem politik og folkesundhedsvidenskab har til formål at nuancere de politiske aktørers syn på sundhed, for herved at fremme tiltag, som kan anses som retfærdige for befolkningens sårbare socialgrupper. Det er igennem specialet fundet, at der er betydelige forskelle imellem politik og folkesundhedsvidenskab, hvorfor der er brug for oversættelse af komplekse teorier og forskningsresultater for at sikre, at der interverneres de 'rigtige' steder for at opnå mere lighed i sundhed.

9.2. Ansvarsplacering

Igennem de seneste årtier har de politiske aktører været optaget af, hvordan borgernes livsstil kan påvirkes. At ændre borgernes sundhedsadfærd har dog vist sig at være kompliceret, hvor mange teorier og modeller har forsøgt at opsætte kriterier for, hvordan en intervention vil kunne bidrage til forandring. Kritikken af disse modeller har imidlertid ofte været, at de ikke tager højde for levevilkår og socioøkonomiske præmisser. Et gennemgående tema i de inkluderede dokumenter i arkivet og studierne fra den systematiske litteratursøgning er forsøget på at placere et ansvar for den dårlige sundhedstilstand og lavere middellevetid. Herigennem blev det vist, at den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik forbinder individuelt ansvar med dårlig sundhedsadfærd og livsstilssygdomme, og borgerne bærer et personligt ansvar for at være havnet i denne situation uden aktivt at gøre noget for at fremme sin egen sundhedstilstand. Rawls (2005) mener, at dette er unfair ifølge princippet om chancelighed, da den enkelte ikke selv er skyld i de familiære forhold denne er født ind i (Midtgaard, 2009b). Specialets andet forandringsforslag vil forsøge at gøre op med denne ansvarliggørelse ved at initiere en moddiskurs med fokus på de sociale determinanter for sundhed med udgangspunkt i Dahlgren & Whitehead's model, som viser, at genetik, socioøkonomisk position og levevilkår også har en determinerende rolle for sundhed. Det kan blandt andet inkludere strukturelle tiltag, hvor arbejdsmiljø eller boligforhold fortsat forbedres, samt pris og tilgængelighed på for eksempel tobak, slik og alkohol reguleres. Udgangspunktet i Frederikshavn Kommunes sundhedspolitik er at *"det sunde valg skal være det lette valg"*, men det modsatte gør sig fortsat gældende, når

borgerne fristes til at foretage usunde valg i supermarkedet, hvor et stort cigaretvalg er placeret ved kassen sammen med slik og andre fristelser, hvor man står i kø.

Ifølge Bauman (2006) er der tale om et individualiseret samfund, hvor enhver er sig selv nærmest, hvilket medfører, at de svageste lades i stikken (M. H. Jacobsen, 2009). Selvom dette for nogle kan føles frigørende, er det også årsag til frygt for ikke at slå til, at være utilstrækkelig eller føle sig usikker på at kunne træffe de rigtige valg (M. H. Jacobsen, 2013). Vinderne i dette samfund er dem der formår at udleve den særlige livskunst og dermed få det bedste ud af sit liv, mens taberne er dem, der ikke formår at gribe chancerne og ikke kan følge med (M. H. Jacobsen, 2013). I tråd hermed mener Rawls (2005) heller ikke, at de liberalistiske principper konstituerer et retfærdigt samfund, men i stedet et samfund, der fremmer uligheder i forhold til magt og velstand. Dette dokumenterer behovet for at initiere en moddiskurs, som kan gøre op med denne samfundsudvikling.

9.3. Mediernes magt

Igennem medierne bliver borgerene hele tiden bombarderet med informationer om risici og problemer, som den enkelte skal forholde sig til. Den tyske sociolog Ulrich Beck betegner samtiden som et risikosamfund, hvor industriel modernisering har skabt en række risici, hvorfor borgere føler sig mere afhængige af videnskabelig viden til at afdække konsekvenserne af de omtalte risici (Christiansen & Sørensen, 2009). Men som tidligere vist, er tiltroen til videnskabelig viden smuldreret og en rationalitet på baggrund af hverdagslivet synes at tage over (Jørgensen & Phillips, 1999). Medierne er med til at bidrage til denne kamp imellem forskellige rationalitetsformer og Beck hævder derfor, at den viden om risici, som borgerne får igennem medierne er med til at skabe en følelse af personligt ansvar for at løse problemerne. Kampen imellem forskellige påstande kan altså opfattes som en diskursiv kamp, som der er mulighed for at påvirke (Jørgensen & Phillips, 1999). Med udgangspunkt i Baumans (2006) teori om flydende modernitet, gør individualiseringen, at den sociale sammenhængskraft, solidaritet og fællesskab opløses og alle problemer og løsninger gøres til personlige anliggender som konsekvens af velfærdsstatens tilbagetrækning og konkurrencestatens fremtog (M. H. Jacobsen, 2009). Bauman ønsker sig et demokratisk og autonomt samfund, hvor borgerne er aktive og ansvarsbevidste deltagere i stedet for fremmedgjorte og frygtssomme individer (M. H. Jacobsen, 2013). Specialets tredje forandringsforslag tager netop udgangspunkt i, at borgerne igennem medierne kan blive bedre informeret og derved bidrage til at skabe en handlekraftig diskurs, der måske kan nå til den politiske dagsorden og bidrage til at forandre den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik. Ifølge Bauman er der dog kun et spinkelt håb for at denne strategi vil

kunne lykkes, idet alt fællesskab og samhørighed er opløst, hvilket bevirker at det bliver svært at samle tilstrækkelig vilje og magt til at opretholde en sådan diskurs tilstrækkeligt længe. Dette bunder også i, at der er tale om borgere i risiko, men uden symptomer, hvorfor det vil være svært at motivere borgere til at slutte sig sammen og engagere sig i en moddiskurs, hvilket også er årsagen til den skæve fordeling af ressourcer imellem forebyggende indsatser og det behandlende sundhedsvæsen, idet det forebyggende perspektiv er en svære kommunikation at komme igennem med. Selvom samtiden fordrer individualisering ses der ifølge Bauman dog tendens til at nye former for fællesskaber initieres, men hvor borgere søger sammen for at lide i fællesskab end for at engagere sig i at forandre tilstandene (M. H. Jacobsen, 2009). Det kan for eksempel dreje sig om sociale grupper på Facebook eller lignende.

9.4. Tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af fremsatte forandringsforslag

Når en intervention igangsættes, er det essentielt at afveje tilsigtede og utilsigtede konsekvenser af tiltaget for eksempel igennem en evaluering (Merton, 1936). Den tilsigtede konsekvens med de fremsatte forandringsforslag er at opstille et modspil til den liberalistiske diskurs i sundhedspolitik, idet det ses, at denne er med til at begrænse reduktionen og i nogle tilfælde endda øge den sociale ulighed i sundhed. Det forsøges herved at minimere det ansvar og pres, der er placeret hos den enkelte borger. Det er formålet at dekonstruere forståelsen af sundhed igennem de fremsatte forandringsforslag for at kunne gøre op med det ensidige fokus på KRAM-faktorer og livsstil og initiere et bredere, positivt syn på sundhed, hvor også livskvalitet og 'det gode liv' frem for det sunde liv accepteres. En positiv utilsigtet konsekvens kan være, at der skabes et tættere fællesskab og netværk i et boligområde eller arbejdsfællesskab på baggrund af fokuset på de sociale determinanter for sundhed og sammenholdet om en moddiskurs.

Imidlertid vil der også ofte være negative utilsigtede konsekvenser i forbindelse med at nye tiltag initieres. Det kan blandt andet være, at den moddiskurs der forsøges fremsat i medierne misforstås af borgerne, så den utilsigtet kommer til at fremme usund kost eller inaktivitet. Det underkendes nemlig ikke, at livsstil og sundhedsadfærd har en vis betydning for borgernes sundhed, men ønsket er blot at initiere et mere nuanceret blik herpå. Tillige kan en negativ utilsigtet konsekvens være, at borgere med færre ressourcer sættes yderligere bagud qua lavere health literacy, og derfor i mindre grad vil modtage informationer og være i stand til at handle på dem, hvilket vil være en barriere for at fremme ligheden og bidrage utilsigtet til at reproducere uligheden.

10. Metodediskussion

I de kommende afsnit diskuteres specialets undersøgelsesmetoder for kritisk at kunne vurdere hvilke usikkerheder eller svagheder, der er forbundet med de fremanalyserede resultater. Herved ekspliciteres hvilke forbehold, der skal tages i betragtning i forhold til specialets konklusioner og hvilke konsekvenser de metodiske valg har haft for specialets videns skabelse. Først vil der falde et kritisk blik på de valgte tiltage og metoder efterfulgt af en vurdering af specialets gyldighed og overførbarhed.

10.1 Videnskabsteori

Der er forskellige måder hvorpå videnskab kan undersøges og socialkonstruktivisme er blot en ud af mange bud på, hvordan virkeligheden kan opfattes (Birkler, 2013). Det særlige ved dette speciale er imidlertid, at videnskabsteori, diskursteori og analysestrategi samlet kan anses som en pakkeløsning, hvor teori og metode er kædet sammen, hvilket er en grundlæggende præmis for at bruge diskursanalyse som metode i empiriske undersøgelser (Jørgensen & Phillips, 1999). Der er dog nogle kritiske punkter ved socialkonstruktivismen, herunder at tilgangen er relativistisk. Som tidligere nævnt reflekterer de konstruktioner og forståelser, der gøres, ikke nødvendigvis verdenen som den er, men nærmere som et produkt af historiske og kulturelle betydninger, hvorfor forståelsen af verden også opfattes som perspektivistisk. Et andet perspektiv ville dermed have givet en anden forståelse af verden. Denne grundtanke er også den primære årsag til kritikken af socialkonstruktivismen, idet den af kritikkere opfattes som videnskabeligt ubrugelig, fordi det ikke er muligt at afgøre, hvad der er sandhed eller rigtigt. Kritikkere finder også tilgangen politisk ubrugelig, fordi det ikke er muligt at sige, hvad der er godt eller dårligt. Når der ligesom i dette speciale er fundet samfundsforhold, der bør forandres, er det egentlig bare udtryk for forskerens egen mening og blot én udlægning af virkeligheder blandt mange andre mulige fortolkninger. Det er ikke muligt at være fluen på væggen og herved objektivt observere virkeligheden (Jørgensen & Phillips, 1999). Denne præmis er essentiel at tage højde for i vurderingen af analysens resultater, idet resultaterne i nogen grad kan afspejle forskerens forforståelse og forudindtagethed.

10.2 Diskursteori

Diskursteori er valgt med afsæt i den fremsatte problemformulering, som fordrer denne tilgang. Diskursteorien kommer ofte i karambolage med andre måder at bedrive videnskab på, idet metode ikke er af afgørende betydning, modsat flere andre videnskaber, hvor metode netop ophæves til det

afgørende. I diskursteori betragtes perspektivet som det væsentligste gyldighedskriterie, altså hvordan en genstand eller et fænomen konstrueres, herunder hvilken teoretisk referenceramme og arkiv, der er inddraget. Perspektivet bestemmer, hvilke diskurser der bliver synlige og hvilke, der ikke identificeres og derved forbliver skjulte (Brænder et al., 2014). I det følgende vil det blive diskuteret, i hvilken grad det kan siges at være et gyldigt perspektiv, der danner grundlag for specialets resultater.

10.2.1 Analysestrategi

I specialet er der taget udgangspunkt i Brænder et al.'s (2014) fortolkning og kombination af flere forskellige diskursteorier og analysestrategier. Forfatterne har forsøgt at lave en håndterlig ramme for en diskursanalyse, hvor de har forsøgt at kombinere de forskellige tilgange, så deres styrker fremhæves og svaghederne undgås. Jørgensen og Phillips (1999) opfordrer til at kombinere elementer fra forskellige diskursanalytiske perspektiver, da forskellige perspektiver resulterer i forskellige former for indsigter, som tilsammen kan danne en bredere forståelse for et fænomen eller et område. Det er dog vigtigt, at en sådan kombination ikke baserer sig på tilfældigheder, men er en sammenhængende teoretisk ramme, hvor der er taget højde for teoretiske og metodiske ligheder og forskelligheder imellem de udvalgte tilgange (Jørgensen & Phillips, 1999). For at kunne det, har det selv sagt krævet et større overblik over det diskursteoretiske felt for at kunne afdække nøgleelementer i de tilgange, der trækkes på. Brænder et al.'s (2014) fortolkning syntes i første omgang som en pragmatisk og anvendelsesorienteret tilgang, der var let at gå til, når man som specialets forfatter er novice i det diskursive felt, men metoden har efterfølgende vist sig at bringe en del mere arbejde med sig for også at opnå en vis grad af forståelse af de enkelte tilgange.

De tilgangene, der trækkes på, ligner hinanden idet de tager fælles afsæt i sprogteorien og socialkonstruktivismen og på de fleste punkter også tager afsæt i eller kan anses som en videreførelse af Foucault's tidlige skabelse af diskursteori, herunder deler tilgangene forståelsen af sproget som fundamentalt ustabil, en diskurs som værende kontekstafhængig og målsætningen om at lave kritisk forskning, og altså udforske magtrelationer i samfundet (Jørgensen & Phillips, 1999). Men der er også betydelige forskelle imellem tilgangene. Tilgangene har forskelligt fokus i en analyse, lige fra at diskurser skabes og ændres i hverdagens sociale interaktioner, altså på mikro- eller mesoniveau, til en mere abstrakt afdækning af de diskurser, der florerer i samfundet på makroniveau. Her placerer Fairclough sig mest mod hverdagspraksisser, hvor hovedinteressen er forandring af disse. Lac-lau & Mouffe er modsat mere optaget af de store linjer, hvor interessen er den diskursive kamp om

at opnå hegemoni, og hvordan diskurserne overordnet set begrænser subjektets handlemuligheder. Derfor er der også forskel på hvilken viden tilgangene hver for sig kan give (Jørgensen & Phillips, 1999).

Fordelen ved Fairclough kritiske diskursanalyse er, at den indeholder eksakte værktøjer til en systematisk, lingvistisk analyse, som de andre tilgange ikke indeholder, hvilket gjorde det let at finde et sted at starte analysen. Ulempen ved Faircloughs analysestrategi er, at den er meget detaljeret, og det er derfor svært at analysere flere tekster i en konkret analyse med afsæt i hans store begrebsapparat. Laclau & Mouffe's diskursteorier indeholder derimod færrest konkrete redskaber, hvorfor det altså kan være en fordel at kombinere tilgangene (Jørgensen & Phillips, 1999). Det har vist sig, at det ikke er alle diskurser, der indeholder alle teoretiske begreber, men det har på trods været en god hjælp af tage udgangspunkt i en model med nogle håndterbare begreber for at skabe mere struktur og systematik.

10.2.2 Empirigenerering til arkivet

Specialets største svaghed er det arkiv, der blev genereret til diskursanalysen. Der blev taget udgangspunkt i Lynggaard's (2015) strategi til udvælgelse af dokumenter, hvor afsenderen af et dokument tillægges en særlig central funktion eller autoritet i det felt, der ønskes analyseret, idet der i mindre er grad kriterier til, hvordan dokumenter udvælges og kvalificeres som relevante. Det er problemstillingen og det teoretiske perspektiv, der er afgørende for undersøgelsens gyldighed, hvorimod metodologiske kriterier betragtes fra en mere pragmatisk vinkel (Nissen & Vardinghus-Nielsen, 2007). På trods heraf, har de tre dokumenter vist sig at være utilstrækkelige, idet feltet langt fra er afdækket, og der ikke er opnået et 'mætningspunkt', hvilket har haft konsekvenser for analysens udfald, idet hypoteser om den liberalistiske diskurs uden videre blev bevist med lethed. I dette speciale er denne afgrænsning til den liberalistiske diskurs gjort på baggrund af litteratur og teorier fra problemanalysen, hvor den liberale diskurs i sundhedspolitik blev identificeret. Det har vist sig at de tre inddragede dokumenter er meget ens hvad angår politiske holdninger, hvilket har gjort det svært at afdække interne magtkampe, idet den liberalistiske diskurs har opnået hegemoni i alle tre dokumenter. En anden type empiri, for eksempel genereret på baggrund af interviews med nøglepersoner eller analyser af samtaler ville kunne have tilvejebragt en anden viden. Især "*Åbent samråd om social ulighed i sundhed*" har været en vanskelig tekst, da formålet her umiddelbart ikke var saglig diskussion om social ulighed i sundhed men rettere at stille modstandere i dårligt lys. Det blev i denne tekst tydeligt, at der er forskellige værdipolitiske holdninger til hvordan

sundhedspolitik gribes an med uenigheder om mål og midler til følge. Der er tale om politisk antagonisme med flere vidt forskellige fortolkninger af virkeligheden i et forsøg på at få borgerne til at vælge side i konflikten, men det relaterede sig ikke kun til tilgangen til social ulighed i sundhed, hvorfor det har været lidt vanskeligt at inddrage i dette speciale.

10.2.3 Teori som dåseåbner

Tillige er det valgte perspektiv i specialet også en svaghed, idet der blev taget udgangspunkt i normative og til en vis grad moralske teorier, som kun i et begrænset omfang kan betragtes som viden-skab. De to teorier, som blev anvendes i specialets diskussion, Rawls' retfærdighedsteori og Bau-man's teori om flydende moderniteter, blev i første omgang fundet anvendelige med en tilstrække-lig forklaringskraft og dækningsgrad i forhold til resultaterne og de fremsatte forandringsforslag. Teorierne kunne til en vis grad forklare og understøtte de empiriske fund. Der blev draget nytte af at inddrage to forskellige teorier, en med sociologisk perspektiv og en med et mere policy orienteret perspektiv, idet social ulighed også er placeret imellem disse to felter. Anvendelsen af en mere kon-kret forandringsteori ville have bidraget til en anden diskussion af de fremsatte forandringstiltag, men dette ville have været af mere abstrakt karakter, idet forandringsforslagene er teoretisk oriente-rede uden status som en færdig intervention. Imidlertid mangler der i kraft af dette fravalg en hand-lingsforeskift, i tilfælde af, at det var muligt at arbejde videre med de fremsatte forandringstiltag. Begge de anvendte teorier bevæger sig dog på et globalt og overordnet plan, hvorfor overførbarhe-den til den danske velfærdsstat i nogen grad er begrænset. En væsentlig forskel er, at det amerikan-ske samfund, der er uden en velfærdsstat, ikke på samme måde har forpligtelser overfor samfundets svageste, hvorfor flere teoretikere anlægger et moralsk perspektiv, fordi de føler sig stødt over det amerikanske samfunds struktur. Dermed indskriver Rawls' retfærdighedsteori sig også som væ-rende en normativ teori eller en etisk teori, hvor der reflekteres over 'det gode liv'. Dermed frem-sætter retfærdighedsteorien nogle moralske idealer for, hvordan et samfund bør være opbygget, og der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved videnskabeligheden af denne teori, idet Rawls ikke med ret kan hævde, at hans moral er bedre end andres moral.

10.2.4 Kvalitetssikring

Ifølge Jørgensen og Phillips (1999) svækker relativismen ikke nødvendigvis forskningens akademi-ske standard, idet resultaterne kan understøttes ved at vurdere forskningens gyldighed. I en kvalita-tiv tilgang er der særlige kriterier, som bidrager til at skabe en gyldig undersøgelse. Der tages

afstand til begreber som validitet og reliabilitet, som anvendes i kvantitativ forskning, fordi der er flere fortolkningsmuligheder og flere fleksible begreber i en kvalitativ tilgang (Burr, 2015; Phillips, 2015). Derfor tages der i stedet afsæt i Peter Dahler-Larsens (2008) transparenskriterie. Dette indebærer at de metodiske fremgangsmetoder er eksplicite, og der i fremstillingen af den kvalitative analyse er afrapporteret dokumentation og belæg nok til at læseren kan foretage sine egne vurderinger. Opfyldelse af transparenskriteriet er en forudsætning for at kunne evaluere kvaliteten af den akademiske viden (Dahler-Larsen, 2008). Ydermere er stringent anvendelse af teori og analysestrategi med til at legitimere resultaterne som videnskabeligt produceret viden. Men da diskurser er noget, der konstrueres analytisk med udgangspunkt i en bestemt teoretisk forståelse af det fænomen eller felt, der undersøges, kan det lige som i alle andre kvalitative undersøgelser være svært for andre at opnå samme resultat (Jørgensen & Phillips, 1999). Det er heller ikke en systematisk undersøgelse af alle dokumenter, idet analysestrategien ikke er brugt som en nøjagtig kagebog, men mere som en værktøjskasse, der er brugt på en mere pragmatisk måde. Intentionen var, at det systematiske litteraturstudie og diskursanalysen skulle være to ligevægtige metoder, men det ses, at diskursanalysen har fået mest plads og studierne mere har været brugt til at underbygge fundene og udvikle de tre forandringsforslag.

10.2.5 Forskerposition

Forskeren har altid en eller anden position i forhold til det fænomen, der undersøges, som er med til at bestemme, hvad der tilvejebringes som resultat. For at ens egen holdning og vurdering ikke overskygger analysen, er det nødvendigt at forsøge at sætte sin viden og mening i parentes og i et vist omfang forsøge at fremmedgøre sig fra dokumenterne (Jørgensen & Phillips, 1999). Dette gøres for at undgå, at det kun bliver ens egen repræsentation af verden, som skinner igennem, idet det er svært at argumentere for, at denne mening er bedre end mange andre meninger. Ved at se verden igennem en bestemt teori, er det muligt at fremmedgøre sig fra sine selvfølgeligheder (Jørgensen & Phillips, 1999). Det erkendes dog, at det kan være svært at undgå, at kendskab og teoretisk viden påvirker analysens resultater på trods af bevidstheden om sin forudindtaget viden og holdninger. Redskaberne, som analysestrategien stiller til rådighed, har i nogen grad været med til at give distance til teksterne. Ordvalget i problemformuleringen afspejler i en vis udtrækning også en forudindtagethed, men kan også anses som en særlig interesse i et felt, som også fungerer som en afgrænsning.

10.3 Systematisk litteratursøgning

Anvendelsen af facetsøgning har medvirket til at fremme systematikken i litteratursøgningen ved at skabe transparens og øge reproducerbarheden (Hørmann, 2011). I den systematiske litteratursøgning har der været fokus på grundighed, for at øge chancerne for at identificere alt relevant litteratur og derved styrke specialets resultater samt minimere risikoen for en ufuldstændig søgning (T. F. Frandsen et al., 2014). Litteratursøgningen er evalueret ud fra to begreber: Recall og precision. Recall betegner forholdet imellem antallet af relevante artikler, som litteratursøgningen formåede at finde i forhold til det totale antal relevante artikler, en database indeholder. Det er imidlertid et teoretisk begreb, idet den uidentificerede litteratur forståeligt nok er ukendt. Precision beskriver den andel af søgeresultaterne, der er relevante. Det indebærer en vurdering af, om søgningen har formået kun at identificere relevant litteratur og altså mængden af støj eller irrelevant litteratur (T. F. Frandsen et al., 2014; H. Lund et al., 2014). Det er i litteratursøgning efterstræbt at opnå en høj recall ved at bruge flere, forskellige synonymer for de valgte kontrollerede emneord samt at benytte fritekstsøgninger på bekostning af en lavere precision. En lavere precision har også været årsag til et lidt større tidsforbrug på gennemgang af fremsøgte artikler, idet søgningen resulterede i flere artikler, som ikke var relevant for den fremsatte problemstilling.

Som resultat af den systematiske litteratursøgning blev inkluderet seks studier, som blev kritisk og systematisk vurderet ved anvendelsen af tjeklister. Tjeklisterne var med til at sikre systematisk og kritisk gennemgang af artiklerne. De to anvendte tjeklister, ROBIS og CASP, blev fundet brugbare, fordi der er mange, uddybende spørgsmål, som gør det mere detaljeret og sigende at udfylde dem. Dog skal der tages højde for at vurderingen beror på en subjektiv vurdering fortaget af specialets forfatter uden mulighed for at andre har kunnet kontrollere vurderingerne. Det har netop været en udfordring kun at være én til at gennemgå alle de fremsøgte artikler, da der ikke er andre til at kontrollere om potentielt relevant litteratur frasorteres ved en fejl. Den systematiske litteratursøgning er vurderet som god, idet den både har været i stand til at indfange kvantitativt og kvalitativt litteratur, som er med til at give forskellige perspektiver og indsigter. En fordel er også, at der er identificeret artikler, som anvender diskursanalyse som metode, hvilket er med til at højne overførbareheden til dette speciale, som anvender samme metode. På baggrund af overstående vurderes det, at specialets litteratursøgning opfylder kravene for en reproducerbar søgning.

Ydermere vurderes det, at de fremsøgte artikler har været tilstrækkeligt til at kunne analysere og diskutere problemstillingen set i forhold til specialets rammer, dog vil inddragelse af yderligere empiri bidrage til at validere fundene idet empiriens omfang ikke anses som fyldestgørende i en større

kontekst. De inkluderede artikler afspejlede også overvejende den liberalistiske diskurs, idet søgningen er udført på baggrund af samme problemstilling som empirigenereringen til arkivet. En udfordring har imidlertid været at identificere artikler, som direkte kan overføres til dansk kontekst. Graden af overførbarehed er kritisk vurderet i forhold til Esping-Andersens teori om de tre idealtypiske velfærdsregimer.

10.4 Specialets overførbarehed

Som udgangspunkt er der med diskursanalytiske resultater som ved andre kvalitative undersøgelser altid forbundet flere forbehold for at kunne fremstille overførbare og generaliserbare viden i forhold til kvantitative undersøgelser (Brænder et al., 2014). Særligt for dette speciale gælder, at analysen er baseret på et meget lille udsnit af sundhedsdokumenter, hvorfor andre holdninger eller diskurser ville kunne identificeres ved at inddrage et mere repræsentativt dokumentmateriale, som inkluderer dokumenter med en større bredde. Men fordi der er tale om nøgletekster, kan det antages, at holdninger i teksterne i nogen grad vil kunne genfindes i flere andre tekster (Brænder et al., 2014). Der er altså ikke tale om en statistisk men snarere en analytisk generaliserbarhed, som henviser til en overvejelse om, i hvilken grad resultaterne kan genfindes i en anden, lignende sammenhæng uden påstand om, at de fundne resultater ikke kunne have været anderledes. Analytisk generaliserbarhed er således betinget af transparens i den metodiske fremgangsmåde, så læseren selv kan vurdere om de fundne resultater kan overføres til andre kontekster end den undersøgte (Antoft & Salomonsen, 2007; Kvale & Brinkmann, 2015). Taget de ontologiske betingelser i betragtning, er det som socialkonstruktivist ikke muligt at producere generaliserbar viden, idet der ikke eksisterer en objektiv sandhed, og det er derfor heller ikke muligt at sætte det sidste punktum i et undersøgelsesfelt. På baggrund af disse betragtninger, kan der identificeres en risiko for at arkiv, teoretiske valg og analysen er et produkt af subjektive valg og forudindtagethed. Dermed bliver specialets konklusioner også et produkt af det valgte perspektiv. Dette kan anses som en kritik af det perspektivistiske perspektiv og stille spørgsmålstegn ved i hvilken udstrækning jeg som forsker har gjort mig tilstrækkelig empirifølsom ved at distancere mig tilstrækkeligt fra materialet. Alle tre dokumenter er fra samme aktør og valget af et andet arkiv med andre afsendere, ville have produceret en anden historie. Derfor tages der i dette speciale både forbehold for det valgte arkiv samt det valgte perspektiv. Tillige kan overførbareheden være begrænset, idet analysen bygger på tematiseringer og kodninger, der er baseret på subjektive fortolkninger.

11 Konklusion

Den sociale ulighed i sundhed har igennem de seneste 30 år været stigende på trods af, at det har været et politisk mål at reducere denne ulighed. Den nuværende diskurs i forebyggelsespolitik ses utilsigtet at bidrage til at opretholde uligheden. Formålet med dette speciale var at undersøge, hvordan den liberalistiske diskurs i forebyggelsespolitik udspiller sig for på baggrund heraf at fremsætte forandringsforslag, som i tillæg til den nuværende forebyggelsesstrategi kan anses for at have potentiale til at fremme ligheden i sundhed på sigt.

Den fremsatte problemformulering er søgt besvaret ud fra en diskursanalyse af tre udvalgte sundhedsudspil, seks artikler fra en systematisk litteratursøgning samt en teoretisk referenceramme. På baggrund heraf blev der identificeret tre forandringsforslag, som sammen med adfærdsændringer potentielt kan bidrage til at fremme den sociale lighed i sundhed. Det første forandringsforslag er: *Brobygning mellem forskning og politik*, hvor målet er, at videnskabssystemet skal opnå bedre indsigt i hvordan det politiske system fungerer, for herigennem bedre at kunne udnytte hinandens ressourcer. Det andet forandringsforslag: *Moddiskurs fremsat igennem medier og interesseorganisationer*, har til hensigt, at etablere en moddiskurs til den livsstilsdiskurs, som for nuværende gør sig gældende i forebyggelsespolitik og derigennem re-frame sundhed. Målet er at fremme fokus på de sociale determinanter for sundhed. Det tredje forandringsforslag: *Bottom-up: Påvirkning fra befolkningen* sigter efter, at via bedre information til befolkningen kan det blive muligt at lægge pres på de politiske aktører, så de indser, at de har en væsentlig rolle i forhold til at forbedre den generelle sundhedstilstand i befolkningen.

Overstående kan potentielt bidrage til mere social lighed i sundhed. Der tages dog visse forbehold for specialets konklusioner, idet forandringsforslagene er produceret på baggrund af en diskursanalyse, som afspejler et særligt perspektiv. Specialet har en væsentlig svaghed på baggrund af den måde, som arkivet til diskursanalysen er selekteret på samt det teoretiske perspektiv, der er anvendt. Dette har konsekvenser for specialets gyldighed og overførbarehed, som herved er begrænset. Tillige befinder de fremsatte forandringsforslag sig fortsat i udviklingsfasen, hvorfor der er behov for yderligere undersøgelser og analyser for at kunne videreføre de initierende tanker bag de teoretisk orienterede forandringsforslag.

12 Referenceliste

- Andermann, A., Pang, T., Newton, J. N., Davis, A., & Panisset, U. (2016). Evidence for Health I: Producing evidence for improving health and reducing inequities. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0087-2>
- Andersen, J., & Larsen, J. E. (2011). Velfærdsstatens sociologi. In H. Andersen (Ed.), *Sociologi - en grundbog til et fag* (4., pp. 159–181). Hans Reitzels Forlag.
- Antoft, R., & Salomonsen, H. H. (2007). Det kvalitative casestudium - en introduktion til en forskningsstrategi. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk & Horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (pp. 29–57). Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Baker, P., Friel, S., Kay, A., Baum, F., Strazdins, L., & Mackean, T. (2017). What Enables and Constrains the Inclusion of the Social Determinants of Health Inequities in Government Policy Agendas? A Narrative Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(2), 101–111. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.130>
- Bauman, Z. (2006). *Flydende modernitet* (1.). Hans Reitzels Forlag.
- Birkler, J. (2013). *Videnskabsteori - en grundbog* (1. udgave,). København: Munksgaard.
- Borch, C. (2009). Niklas Luhmann - En verden af sociale systemer. In M. Hansen (Ed.), 50 *samfundstænkere* (1., pp. 521–533). København: Gyldendal.
- Brænder, M., Kølvrå, C., & Laustsen, C. B. (2014). *Samfundscidenskabelig tekstanalyse* (1.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Burr, V. (2015). *Social Constructionism* (3.). London: Routledge.
- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, 10, 2–8.
- Carey, G., & Crammond, B. (2015). Action on the social determinants of health: Views from inside the policy process. *Social Science and Medicine*, 128, 134–141. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.024>
- Carey, G., & Friel, S. (2015). Understanding the Role of Public Administration in Implementing Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(12), 795–798. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.185>
- Christensen, A., Davidsen, M., Ekholm, O., Pedersen, P., & Juel, K. (2014). *Den nationale sundhedsprofil. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen. Retrieved from

- http://proxy.danskernessundhed.dk/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer_guest.jsp?reportName=Overvaegt&reportPath=/Danskernes_sundhed/
- Christensen, C. B., Husby, I., Wistoft, K., Meillier, L., Aadahl, M., Jørgensen, T., & Toft, U. (2010). *Sund livsstil – hvad skaber forandring ?* København. Retrieved from [https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/Documents/Sund livsstil - hvad skaber forandring.pdf](https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/Documents/Sund_livsstil_-_hvad_skaber_forandring.pdf)
- Christiansen, A., & Sørensen, M. p. (2009). Ulrich Beck - fra industri- til risikosamfund. In M. Hansen (Ed.), *50 samfundstænkere* (1., pp. 667–679). København: Gyldendal.
- Cohen, B. E., & Marshall, S. G. (2017). Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), 309–328. <https://doi.org/10.1111/hsc.12320>
- Crawford, R. (1977). You are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663–680. <https://doi.org/10.2190/YU77-T7B1-EN9X-G0PN>
- Dahler-Larsen, P. (2008). *At fremstille kvalitative data* (2.). Syddansk Universitetsforlag.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Institute for Future Studies*. <https://doi.org/978-91-85619-18-4>
- Danske Regioner. (2017). *Sundhed for livet: forebyggelse er en nødvendig investering*. København.
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser* (1.0). København: Sundhedsstyrelsen. <https://doi.org/978-87-7601-340-0>
- Dybbroe, B., & Land, B. (2012). Indledning: Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv. In B. Dybbroe, B. Land, & S. B. Nielsen (Eds.), *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv* (1., pp. 7–27). Samfundslitteratur.
- Energistyrelsen. (n.d.). Evaluering af affaldssektoren. Retrieved March 29, 2018, from <https://ens.dk/ansvarsomraader/affald/evaluering-af-affaldssektoren-2016>
- Folketinget. (n.d.). Hvad er et samråd?
- Frandsen, A., Christiansen, P. M., Andersen, J. G., & Gregersen, R. V. (2014). *PolitikNU - Holdninger, magt og politiske systemer* (1. udgave). Århus: Systime.
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A. K., Christensen, J. B., Fasterholdt, I., & Ølholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, 647–651. <https://doi.org/10.1111/jep.12166>
- Frederikshavn Kommune. (2017). *Sundhed med lyst til livet - Sundhedspolitik 2017-2020*.

- Glasdam, S. (2009). Folkesundhed - Menneskehedens interesse par excellence. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave, pp. 17–26). København K: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Gundelach, P. (2011). Sociale forandringer. In H. Andersen (Ed.), *Sociologi - en grundbog til et fag* (4., pp. 361–381). Hans Reitzels Forlag.
- Hall, M., Graffunder, C., & Metzler, M. (2016). Policy approaches to advancing health equity. *Journal of Public Health Management and Practice*, 22, S50–S59.
<https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000365>
- Hede, A., & Andersen, J. (2006). *Er sundhed et personligt valg?*
- Holm, A. B. (2011). *Videnskab i virkeligheden - En grundbog i videnskabsteori* (1. udgave). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. In S. Glasdam (Ed.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (1., pp. 36–47). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Illeris, K. (2006). *Læring* (2.). København: Roskilde Universitetsforlag.
- Jacobsen, B., Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015). Fænomenologi. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2., pp. 217–241). Hans Reitzels Forlag.
- Jacobsen, M. H. (2009). Zygmunt Bauman. Modernitetskritik og samtidsdiagnostik. In M. Hansen (Ed.), *50 samfundstænkere* (1., pp. 503–521). København: Gyldendal.
- Jacobsen, M. H. (2013). Zygmunt Bauman. In H. Andersen & L. B. Kaspersen (Eds.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5., pp. 469–489). Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse - som teori og metode* (1.). Roskilde Universitetsforlag / Samfundslitteratur.
- Karslen, M. P., & Villadsen, K. (2017). Indledning. In M. P. Karslen & K. Villadsen (Eds.), *Sundhed og magt - perspektiver på biopolitik og ledelsesteknologi* (1., pp. 9–23). Hans Reitzels Forlag.
- Knight, E. K., Benjamin, G. D., & Yanich, D. (2016). Framing social determinants of health within the professional public health community: research translation and implications for policy change. *Journal of Applied Communication*, 44(3), 256–274.
<https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1192291>
- Kommunernes Landsforening. Forebyggelse for fremtiden (2018). København. Retrieved from http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_85217/cf_202/Forebyggelse_for_fremtiden_2018.PDF

- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (1979). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*.
- Kousholt, B. (2009). *Forandringsledelse og forandringskommunikation* (1st ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Krumeich, A., & Meershoek, A. (2014). Health in global context; beyond the social determinants of health? *Global Health Action*, 7, 23506. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L373967702>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview* (3. udgave,). København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, E. L., Thomsen, J. L., Lauritzen, T., & Engberg, M. (2006). *Forebyggende helbredsundersøgelser og helbredssamtaler i almen praksis*. København.
- Larsen, K. (2009). Kroppe - Sundhed og social ulighed. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave, pp. 188–217). København K: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Larsen, L. T. (2017). Livsstilspolitikens fødsel: biopolitisk regulering af livsstilssygdomme i Danmark og USA 1970-2010. In M. P. Karlsen & K. Villadsen (Eds.), *Sundhed og magt - perspektiver på biopolitik og ledelsesteknologi* (1st ed., pp. 107–147). Hans Reitzels Forlag.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease Social. *Journal of Health and Social Behavior*. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Liverani, M., Hawkins, B., & Parkhurst, J. O. (2013). Political and Institutional Influences on the Use of Evidence in Public Health Policy. A Systematic Review. *PLoS ONE*, 8(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077404>
- Lund, A. B. (2011). Mediesociologi. In H. Andersen (Ed.), *Sociologi - en grundbog til et fag* (4., pp. 217–235). Hans Reitzels Forlag.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - Redskaber til evidensbaseret praksis* (1.). København: Munksgaard.
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425–435. <https://doi.org/10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2>
- Lynggaard, K. (2015). Dokumentanalyse. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2., pp. 153–169). Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, M., Højgaard, B., & Albæk, J. (2009). *Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. Sundhedsstyrelsen. København S. Retrieved from

<http://www.sst.dk/~media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.ashx>

- Madsen, M., & Strandberg-Larsen, K. (2015). Den epidemiologiske forskningsmetode. In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (4., pp. 243–283). København.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Association*, 1(6), 894–904.
- Midtgaard, S. F. (2009a). John Rawls. In L. B. Kaspersen & J. Loftager (Eds.), *Klassisk og moderne politisk teori* (1., pp. 695–707). Hans Reitzels Forlag.
- Midtgaard, S. F. (2009b). John Rawls - Socialliberalisme og velfærdsstat. In M. Hansen (Ed.), *50 samfundstænkere* (1., pp. 475–485). Gyldendal.
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007). *Magtens former - Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren* (1st ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Nissen, M. A., & Vardinghus-Nielsen, H. (2007). Diskurs eller ekskurs? Diskursanalysens sociologiske muligheder og begrænsninger. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk & Horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (pp. 161–188). Syddansk Universitetsforlag.
- Pedersen, I. K. (2010). Michel Foucault. In P. T. Andersen & H. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi - En grundbog* (1st ed., pp. 29–51). København: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, K. B. (2012). Socialkonstruktivisme. In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (1., pp. 287–330). København: Hans Reitzels Forlag.
- Phillips, L. (2015). Diskursanalyse. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2., pp. 297–321). Hans Reitzels Forlag.
- Raphael, D. (2011). A discourse analysis of the social determinants of health. *Critical Public Health*, 21(2), 221–236. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.485606>
- Rasanathan, K., & Diaz, T. (2016). Research on health equity in the SDG era: The urgent need for greater focus on implementation Ana Lorena Ruano, Efrat Shadmi and Leiyu Shi. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0493-7>

- Rawls, J. (2005). *En teori om retfærdighed*. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Region Syddanmark. (n.d.). Aktiv patientstøtte. Retrieved March 26, 2018, from <https://www.regionsyddanmark.dk/wm505735>
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., & Skov, S. (2012). *Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. (L. Rienecker, Ed.) (4. udg.). Frederiksberg : Samfundslitteratur.
- Rieper, O., & Hansen, H. F. (2007). *Metodedebatten om evidens*. AKF Forlaget.
- Ringold, D. J. (2002). Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions: Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *Journal of Consumer Policy*, 25, 27–63. <https://doi.org/10.1023/A:1014588126336>
- Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32–38. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- Rose, N. (1999). *Power of Freedom - Reframing political thought*. Cambridge university press.
- Roy, M. J. (2017). The assets-based approach: furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health? A critical examination of practitioner discourses. *Critical Public Health*, 27(4), 455–464. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1249826>
- Sapolsky, H. M. (1990). The Politics of Risk. *Daedalus*, 119(4), 83–96.
- Sundheds- og Ældreudvalget. (n.d.). Åbent samråd om social ulighed i sundhed. Retrieved March 10, 2018, from <http://www.ft.dk/samling/20151/almdel/suu/samspm/an/index.htm>
- Sundhedsstyrelsen. (2008). *Stigmatisering - debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. København S: Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse.
- Sørensen, K. M. (2010). *Ideologier og diskurser: Sprog, magt og politik* (1.). Forlaget Columbus.
- Thomsen, J. P. F. (2013). *Politologi - En introduktion* (2.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Thomson, K., Bamba, C., McNamara, C., Huijts, T., & Todd, A. (2016). The effects of public health policies on population health and health inequalities in European welfare states: Protocol for an umbrella review. *Systematic Reviews*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0235-3>
- Timm, H., & Andersen, P. T. (2010). Kapitel 1: Indledning. In P. T. Andersen & H. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi - En grundbog* (1., pp. 11–29). Hans Reitzels Forlag.
- Transport- Bygnings-og Boligministeriet. (n.d.). Initiativer som opfølgning på Ernst & Youngs rapport om Niels Bohr Bygningen. Retrieved March 29, 2018, from <https://www.trm.dk/da/nyheder/2017/initiativer-som-opfoelgning-paa-ernst--youngs-rapport->

om-niels-bohr-bygningen

- Udenrigsministeriet. (n.d.). Deloitte-analyses anbefalinger i tråd med politiske tiltag på fiskeriområdet. Retrieved March 29, 2018, from <http://um.dk/da/udenrigspolitik/udenrigspolitiske-nyheder/newsdisplaypage/?newsid=acc8d572-4121-4815-8df4-5c26259a5660>
- Vallgård, S. (2003). *Folkesundhed som politik* (1. udgave). Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, S. (2009). Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave, pp. 166–188). København K: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Vallgård, S. (2010). Sundhedspolitik. In S. Vallgård & A. Kransnik (Eds.), *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* (2. udgave, pp. 39–55). København: Munksgaard Danmark.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse*. (S. Vallgård, F. & Diderichsen, & T. Jørgensen, Eds.) (1. udgave). København: Munksgaard.
- Vardinghus-Nielsen, H. (2018). Samfund, velfærd og individ. In A. Dalsgaard & L. Meldgaard (Eds.), *Sociologi for sundhedsprofessionelle* (1st ed., pp. 41–69). København: Gads Forlag.
- Verboom, B., Montgomery, P., & Bennett, S. (2016). What factors affect evidence-informed policymaking in public health? Protocol for a systematic review of qualitative evidence using thematic synthesis. *Systematic Reviews*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0240-6>
- Wahlberg, A., & Rose, N. (2017). Guvernementaliseringen af livet: Beregningen af den globale sundhed. In M. P. Karlsen & K. Villadsen (Eds.), *Sundhed og magt - perspektiver på biopolitik og ledelsesteknologi* (1., pp. 59–107). Hans Reitzels Forlag.
- Wilhelmsen, J. (2016). De længst uddannede lever 6 år mere end de ufaglærte. *Arbejderbevægelsens Erhvervsråd*, 1–5.
- Økonomi og Indenrigsministeriet. (2017). *Fordeling og incitament - 2017*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet. Retrieved from <http://www.oim.dk/media/18672/fordeling-og-incitament-2017pdf.pdf>
- Åkerstrøm Andersen, N. (1999). *Diskursive analysestrategier*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Forside billede: <https://ideas.ted.com/will-universal-basic-income-end-inequality-maybe/>

13. Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Søgebilag	84
Problemformulering.....	84
Beskrivelse af anvendte søgetermer	84
Dokumentation af søgning	85
PubMed	85
Embase	86
Cinahl	87
Sociological Abstracts.....	88
PsycInfo.....	89
Dato og identifikation	92
Bilag 2: Kvalitetsvurdering af inkluderet litteratur fra systematisk søgning	93
Bilag 3: ROBIS tjekliste	99
Bilag 4: CASP tjekliste	102
Bilag 5: Referenceliste til bilag	106

Bilag 1: Søgebilag

Problemformulering

Hvilken viden forefindes i international forskningslitteratur om effekter, herunder utilsigtede konsekvenser, af forskellige diskurser og sundhedspolitiske tilgange til forebyggelse af social ulighed i sundhed?

Beskrivelse af anvendte søgetermer

Social ulighed i sundhed: Denne term er bred og kan beskrives med udgangspunkt i mange forskellige parametre, som for eksempel uddannelsesniveau, indkomst, levevilkår, geografi, sociale relationer med flere. Derfor er der valgt flere forskellige søgeord, som er synonym for hinanden, for at afdekke så meget litteratur som muligt om ulighed i sundhed. Ydermere er det forskelligt hvilken betegnelse den enkelte database anvender, hvorfor det er valgt at søge de mest gængse termer som fritext i alle databaser, for på bedst mulig vis at øge chancerne for at fremsøge alt relevant litteratur.

Sundhedspolitik: Dette er specialets interessefelt, hvorfor det giver god mening af inddrage det i en facet. Også her er de mest sigende termer afsøgt i fritext, hvis ikke de indekserede emneord og beskrivelserne heraf blev fundet tilstrækkeligt.

Diskurs: Med denne term er det hensigten at indsnævre søgningen, så artikler i en eller anden grad behandler diskurser eller anvender diskursanalyse som metode for at sikre at finde nogle artikler, der kan svare på specialets problemformulering. I fritekstsøgningen på ”discourse” i både Cinahl og Sociological Abstracts er det valgt, at søgetermen skal fremgå af artiklens abstracts, da en generel fritekstsøgning på denne term i de to databaser gav rigtig mange resultater, som derved var med til at gøre søgningen upræcis.

PubMed

Search	Add to builder	Query	Items found
#117	Add	Search (((((((("Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Socioeconomic Factors"[Mesh]) OR "Social Class"[Mesh]) OR "Health Status Disparities"[Mesh]) OR "Health Equity"[Mesh]) OR "Health inequalities") OR "Health inequality") OR "Health inequity") OR "Health inequities")) AND (((("Public Policy"[Mesh]) OR "Health Policy"[Mesh]) OR "Public health policy")) AND ((Discourse) OR "Discourse analysis")	138
#116	Add	Search (((((((("Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Socioeconomic Factors"[Mesh]) OR "Social Class"[Mesh]) OR "Health Status Disparities"[Mesh]) OR "Health Equity"[Mesh]) OR "Health inequalities") OR "Health inequality") OR "Health inequity") OR "Health inequities")) AND (((("Public Policy"[Mesh]) OR "Health Policy"[Mesh]) OR "Public health policy"))	17663
#115	Add	Search (Discourse) OR "Discourse analysis"	11061
#114	Add	Search "Discourse analysis"	1511
#113	Add	Search Discourse	11061
#112	Add	Search (("Public Policy"[Mesh]) OR "Health Policy"[Mesh]) OR "Public health policy"	130374
#111	Add	Search "Public health policy"	3659
#110	Add	Search "Health Policy"[Mesh]	96863
#109	Add	Search "Public Policy"[Mesh]	127816
#108	Add	Search (((((((("Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Socioeconomic Factors"[Mesh]) OR "Social Class"[Mesh]) OR "Health Status Disparities"[Mesh]) OR "Health Equity"[Mesh]) OR "Health inequalities") OR "Health inequality") OR "Health inequity") OR "Health inequities"	417120
#107	Add	Search "Health inequities"	1102
#106	Add	Search "Health inequity"	331
#105	Add	Search "Health inequalities"	4029
#104	Add	Search "Health inequality"	801
#103	Add	Search "Health Equity"[Mesh]	416
#102	Add	Search "Health Status Disparities"[Mesh]	12061
#101	Add	Search "Social Class"[Mesh]	37475
#100	Add	Search "Socioeconomic Factors"[Mesh]	407535
#99	Add	Search "Social Determinants of Health"[Mesh]	1464

Embase

AND					
OR	Embase	Facet A	Facet B	Facet C	Resultat
		Social ulighed i sundhed	Sundhedspolitik	Diskurs	
		<u>Emtree:</u> Social determinants of health (exp.) Socioeconomics (exp.) Social status (exp.) Health inequality (exp.) Health inequity (exp.) Social inequality (exp.) Socioeconomic inequality (exp.) Health disparity (exp.) Health equity (exp.) <u>Fritekst:</u> I alt: 423.550	<u>Emtree:</u> Public policy (exp.) Health care policy (exp.) Public health policy (exp.) <u>Fritekst:</u> I alt: 177.586	<u>Emtree:</u> Discourse analysis (exp.) <u>Fritekst:</u> Discourse I alt: 12.569	120
		Facet A: 423.550	Facet A & B: 17.658	Facet A, B & C: 120	

History		Save	Delete	Print view	Export	Email	Combine >	using ☒ And ☐ Or	^ Collapse
#19	#17 AND #18								120
#18	#10 AND #14								17,658
#17	#15 OR #16								12,569
#16	discourse								12,569
#15	'discourse analysis'/exp								826
#14	#11 OR #12 OR #13								177,586
#13	'public health policy'/exp								20
#12	'health care policy'/exp								175,489
#11	'public policy'/exp								177,572
#10	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9								423,550
#9	'health equity'/exp								1,120
#8	'health disparity'/exp								14,418
#7	'socioeconomic inequality'/exp								48
#6	'social inequality'/exp								80
#5	'health inequity'/exp								24
#4	'health inequality'/exp								64
#3	'social status'/exp								156,978
#2	'socioeconomics'/exp								336,584
#1	'social determinants of health'/exp								3,705

Cinahl

AND					
OR	Cinahl	Facet A	Facet B	Facet C	Resultat
		Social ulighed i sundhed	Sundhedspolitik	Diskurs	
		<u>Cinahl Headings:</u> Social determinants of health Socioeconomic Factors (exp.) Health status disparities	<u>Cinahl Headings:</u> Public policy (exp.) Health policy studies Health policy (exp.)	<u>Cinahl Headings:</u> Discourse analysis	184
		<u>Fritekst:</u> "Health inequalit**" "Health inequity**"	<u>Fritekst:</u> "Public health polic**"	<u>Fritekst:</u> Discourse (abstract)	
I alt: 224.761	I alt: 73.745	I alt: 8.383			
Facet A: 224.761	Facet A & B: 10.128	Facet A, B & C: 184			

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S17	 S15 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (184)
S16	 S6 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (10,128)
S15	 S12 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (8,383)
S14	 AB discourse	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (6,710)
S13	 TX Discourse	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (23,059)
S12	 (MH "Discourse Analysis")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,238)
S11	 S7 OR S8 OR S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (73,745)
S10	 TX "Public health polic"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,581)
S9	 (MH "Health Policy+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (56,380)
S8	 (MH "Health Policy Studies")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (191)
S7	 (MH "Public Policy+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (69,459)
S6	 S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (224,761)
S5	 TX "Health inequit"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,652)
S4	 TX "Health inequalit"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (6,655)
S3	 (MH "Health Status Disparities")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,187)
S2	 (MH "Socioeconomic Factors+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (216,948)
S1	 (MH "Social Determinants of Health")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,918)

Sociological Abstracts

AND					
OR	Sociological Abstracts	Facet A	Facet B	Facet C	Resultat
		Social ulighed i sundhed	Sundhedspolitik	Diskurs	
		<u>Thesaurus:</u> Socioeconomic status (exp.) Social desirability (exp.) Social inequality (exp.)	<u>Thesaurus:</u> Public policy (exp.)	<u>Thesaurus:</u> Discourse analysis (exp.)	36
		<u>Fritekst:</u> "Social determinants of health" "Health inequalit*" "Health inequit*" "Health disparit*" "Health equit*"	<u>Fritekst:</u> "Health care polic*" "Public health polic*"	<u>Fritekst:</u> Discourse (abstract)	
		I alt: 20.218	I alt: 13.794	I alt: 60.880	
Facet A: 20.218	Facet A & B: 642	Facet A, B & C: 36			

Set ▼	Search	Databases	Results
S19	⊕ ((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Socioeconomic Status") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Desirability") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Inequality") OR "Social determinants of health" OR "Health inequalit*" OR "Health inequit*" OR "Health disparit*" OR "Health equit*") AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Public Policy") OR "Health care polic*" OR "Public health polic*")) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Discourse Analysis") OR ab(Discourse))	Sociological Abstracts	36*
S18	⊕ (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Socioeconomic Status") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Desirability") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Inequality") OR "Social determinants of health" OR "Health inequalit*" OR "Health inequit*" OR "Health disparit*" OR "Health equit*") AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Public Policy") OR "Health care polic*" OR "Public health polic*"))	Sociological Abstracts	642*
S17	⊕ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Discourse Analysis") OR ab(Discourse)	Sociological Abstracts	60,880*
S16	⊕ ab(Discourse)	Sociological Abstracts	59,478*
S15	⊕ Discourse	Sociological Abstracts	109,867*
S14	⊕ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Discourse Analysis")	Sociological Abstracts	9,530*
S13	⊕ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Public Policy") OR "Health care polic*" OR "Public health polic*"	Sociological Abstracts	13,794*
S12	⊕ "Public health polic*"	Sociological Abstracts	1,613*
S11	⊕ "Health care polic*"	Sociological Abstracts	3,863*

S10	⊕ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Public Policy")	Sociological Abstracts	8,590*
S9	⊕ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Socioeconomic Status") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Desirability") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Inequality") OR "Social determinants of health" OR "Health inequalit*" OR "Health inequit*" OR "Health disparit*" OR "Health equit*"	Sociological Abstracts	20,218*
S8	⊕ "Health equit*"	Sociological Abstracts	650*
S7	⊕ "Health disparit*"	Sociological Abstracts	3,245*
S6	⊕ "Health inequit*"	Sociological Abstracts	449*
S5	⊕ "Health inequalit*"	Sociological Abstracts	2,794*
S4	⊕ "Social determinants of health"	Sociological Abstracts	1,185*
S3	⊕ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Inequality")	Sociological Abstracts	7,425*
S2	⊕ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Desirability")	Sociological Abstracts	495*
S1	⊕ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Socioeconomic Status")	Sociological Abstracts	6,650*

PsycInfo

AND					
OR	PsycInfo	Facet A	Facet B	Facet C	Resultat
		Social ulighed i sundhed	Sundhedspolitik	Diskurs	
		<u>Thesaurus:</u> Health disparities	<u>Thesaurus:</u> Health care policy	<u>Thesaurus:</u> Discourse analysis	37
		<u>Fritekst:</u> "Social determinants of health" "Health equit*" "Health inequalit*" "Health inequit*"	<u>Fritekst:</u> "Public health polic*" "Public polic*"	<u>Fritekst:</u> Discourse	
		I alt: 10.917	I alt: 39.510	I alt: 44.178	
Facet A: 10.917	Facet A & B: 1.195	Facet A, B & C: 37			

Recent Searches

All ☐

- ☐ (((((((IndexTermsFilt: ("Health Disparities"))))) OR (((Any Field: ("Health inequit*")))) OR (((Any Field: ("Health inequalit*")))) OR (((Any Field: ("Health equit*")))) OR (((Any Field: ("Social determinants of health"))))) AND (((IndexTermsFilt: ("Health Care Policy")))) OR (((Any Field: ("Public health polic*")))) OR (((Any Field: ("Public polic*"))))) AND (((IndexTermsFilt: ("Discourse Analysis")))) OR (((Any Field: (Discourse))))
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

37 Results

- ☐ (((((((IndexTermsFilt: ("Health Disparities")))) OR (((Any Field: ("Health inequit*")))) OR (((Any Field: ("Health inequalit*")))) OR (((Any Field: ("Health equit*")))) OR (((Any Field: ("Social determinants of health"))))) AND (((IndexTermsFilt: ("Health Care Policy")))) OR (((Any Field: ("Public health polic*")))) OR (((Any Field: ("Public polic*")))))

1195 Results

- ☐ ((IndexTermsFilt: ("Discourse Analysis")) OR ((Any Field: (Discourse)))
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

44178 Results

- ☐ Any Field: Discourse
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

44178 Results

- ☐ Index Terms: {Discourse Analysis}
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

7790 Results

☐	((IndexTermsFilt: ("Health Care Policy"))) <i>OR</i> ((Any Field: ("Public health polic*"))) <i>OR</i> ((Any Field: ("Public polic*"))) <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	39510 Results
☐	Any Field: "Public polic*" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	21429 Results
☐	Any Field: "Public health polic*" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	11408 Results
☐	Index Terms: {Health Care Policy} <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	9611 Results
☐	((IndexTermsFilt: ("Health Disparities"))) <i>OR</i> ((Any Field: ("Health inequit*"))) <i>OR</i> ((Any Field: ("Health inequalit*"))) <i>OR</i> ((Any Field: ("Health equit*"))) <i>OR</i> ((Any Field: ("Social determinants of health"))) <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	10917 Results
☐	Index Terms: {Health Disparities} <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	6604 Results
☐	Any Field: "Health inequit*" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	563 Results
☐	Any Field: "Health inequalit*" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	1958 Results
☐	Any Field: "Health equit*" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	1987 Results
☐	Any Field: "Social determinants of health" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	1598 Results

Dato og identifikation

Da flere artikler fra indledende søgninger og kædesøgninger kan genkendes i den systematiske søgning og at der kan identificeres minimum 1 brugbar artikel pr. 100 fremsøgte resultater, vurderes det, at den systematiske litteratursøgning indfanger relevant litteratur og på den baggrund kan afsluttes. Den systematiske litteratursøgning er afprøvet og tilpasset løbende i april 2018 og endelig afsluttet d. 26/4 2018 af specialets forfatter.

Bilag 2: Kvalitetsvurdering af inkluderet litteratur fra systematisk søgning

Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review

(Cohen & Marshall, 2017)

Til kritisk vurdering af denne oversigtsartikel er der taget udgangspunkt i ROBIS tjeklisten, der er et redskab til at identificere risikoen for bias i reviews. Nedenfor vises resultatet af den kritiske vurdering, som er sammenfattet i tjeklistens tredje fase. Denne tredje fase kan anses som konklusion på tjeklistens to første faser, se hele tjeklisten på bilag 3.

Der er under gennemgangen af punkterne i tjeklisten samt igennem den kritiske læsning af artiklen ikke identificeret større fejl eller mangler, hvorfor artiklens resultater vurderes til at være i lav risiko for at være behæftet med fejl.

Phase 3: Judging risk of bias

Summarize the concerns identified during the Phase 2 assessment:

Domain	Concern	Rationale for concern
1. Concerns regarding specification of study eligibility criteria	Lav	
2. Concerns regarding methods used to identify and/or select studies	Lav	Det er dog uklart om alle relevante artikler er identificeret
3. Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies	Lav	Det er dog svært at vurdere om alle artikler bliver anvendt i syntesen
4. Concerns regarding the synthesis and findings	Lav	Det fremgår ikke om resultater er robuste

RISK OF BIAS IN THE REVIEW

Describe whether conclusions were supported by the evidence:

Resultater af analyser blev sammenholdt med viden fra teori og enkelte videnskabelige artikler

- | | |
|--|--------------|
| A. Did the interpretation of findings address all of the concerns identified in Domains 1 to 4? | Y/Y/PN/N/NI |
| B. Was the relevance of identified studies to the review's research question appropriately considered? | Y/Y/PN/N/NI |
| C. Did the reviewers avoid emphasizing results on the basis of their statistical significance? | Y/PY/PN/N/NI |

Risk of bias in the review

RISK: LOW/HIGH/UNCLEAR

Rationale for risk: Der blev ikke identificeret betydelige bekymringer om studiets metoder, som ikke er diskuteret i artiklen, derfor anses risikoen for bias som lav

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Health in global context; beyond the social determinants of health

(Krumeich & Meershoek, 2014)

Til kritisk vurdering af denne oversigtsartikel er der taget udgangspunkt i ROBIS tjeklisten, der er et redskab til at identificere risikoen for bias i reviews. Nedenfor vises resultatet af den kritiske vurdering, som er sammenfattet i tjeklistens tredje fase. Denne tredje fase kan anses som konklusion på tjeklistens to første faser, se hele tjeklisten på bilag 3.

Det fremgår, at denne artikel er en udgivelse, der er en del af flere artikler om global sundhed. I artiklen fremgår ikke et specifikt metodeafsnit med tydelige beskrivelser af identifikationen af de inkluderede studier, men blot en henvisning til, at det er en del af et større koncept. Det er derfor uvist om artiklerne alle baserer sig på samme systematiske litteratursøgning, som efterfølgende er blevet analyseret ud fra forskellige perspektiver. Det har derfor ikke været muligt kritisk at kunne vurdere den metodiske tilgang, hvorfor det er uvist i hvilken grad artiklen afdækker alt relevant litteratur. Artiklen er dog alligevel inkluderet i dette speciale med begrundelse om, at øvrige dele af artiklen vurderes som acceptable.

Phase 3: Judging risk of bias

Summarize the concerns identified during the Phase 2 assessment:

Domain	Concern	Rationale for concern
1. Concerns regarding specification of study eligibility criteria	Lav	
2. Concerns regarding methods used to identify and/or select studies	Uklar	Manglende metodeafsnit
3. Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies	Uklar	Manglende metodeafsnit
4. Concerns regarding the synthesis and findings	Lav	

RISK OF BIAS IN THE REVIEW

Describe whether conclusions were supported by the evidence:

A. Did the interpretation of findings address all of the concerns identified in Domains 1 to 4?	Y/PY/PN/N/NI
B. Was the relevance of identified studies to the review's research question appropriately considered?	Y/PY/PN/N/NI
C. Did the reviewers avoid emphasizing results on the basis of their statistical significance?	Y/PY/PN/N/NI
Risk of bias in the review	RISK: LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for risk: Det kan kun identificeres, at der er tale om et systematisk litteraturstudie, men mangler yderligere beskrivelser af tilgangen	

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Action on the social determinants of health: Views from inside the policy process

(Carey & Crammond, 2015)

Til kritisk vurdering af denne interviewundersøgelse er der taget udgangspunkt i CASP tjeklisten, der er et redskab, til kritisk at vurdere kvalitative undersøgelsers validitet og overførbarehed. Nedenfor vises resultatet af den kritiske vurdering, som er sammenfattet i et enkelt oversigtsskema, se hele tjeklisten på bilag 4.

Ved den kritiske gennemlæsning er der identificeret manglende beskrivelse af, om forfatterne har forholdt sig til sin egen rolle under dataindsamlingen samt manglende beskrivelse af de etiske forhold. Disse to punkter vurderes ikke som afgørende for den metodiske gennemførelse, hvorfor studiet er inkluderet på trods af de manglende oplysninger.

Spørgsmål		Svar
1	Har studiet en klar fremstilling af sit formål?	Ja
2	Er det velvalgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode?	Ja
3	Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?	Ja
4	Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?	Ja
5	Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet?	Ja
6	Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet?	Nej
7	Er etiske spørgsmål blevet overvejet?	Nej
8	Er dataanalysen tilstrækkelig stringent?	Ja
9	Er der en klar fremstilling af resultatet?	Ja
10	Hvor værdifuld er studiet?	Nyt perspektiv på den politiske proces i stedet for kun at have fokus på sundhedsproblemet

A discourse analysis of the social determinants of health

(Raphael, 2011)

Til kritisk vurdering af denne diskursive analyse er der taget udgangspunkt i CASP tjeklisten, der er et redskab, til kritisk at vurdere kvalitative undersøgelsers validitet og overførbarhed. Nedenfor vises resultatet af den kritiske vurdering, som er sammenfattet i et enkelt oversigtsskema, se hele tjeklisten på bilag 4.

Ved den kritiske gennemlæsning er der identificeret manglende beskrivelse af, hvordan de enkelte dokumenter, som danner grundlag for diskursanalysen, er blevet fremsøgt og kvalificeret til at være en del af analysen. Det fremgår, at forfatteren tidligere har lavet lignende analyser, men det står uklart, om dette studie er på baggrund af tidligere undersøgelser, og hvor en eventuel metodebeskrivelse i så fald vil kunne identificeres. Alle andre kriterier er tilfredsstillende opfyldt, hvorfor studiet på trods inkluderes i specialet.

Spørgsmål		Svar
1	Har studiet en klar fremstilling af sit formål?	Ja
2	Er det valgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode?	Ja
3	Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?	Ja
4	Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?	Nej
5	Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet?	Nej
6	Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet?	Nej
7	Er etiske spørgsmål blevet overvejet?	Ikke relevant
8	Er dataanalysen tilstrækkelig stringent?	Ja
9	Er der en klar fremstilling af resultatet?	Ja
10	Hvor værdifuld er studiet?	Bringer ny viden om diskurser i sundhedspolitik

The assets-based approach: Furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health? A critical examination of practitioner discourses

(Roy, 2017)

Til kritisk vurdering af denne interviewundersøgelse er der taget udgangspunkt i CASP tjeklisten, der er et redskab, til kritisk at vurdere kvalitative undersøgelses validitet og overførbarehed. Nedenfor vises resultatet af den kritiske vurdering, som er sammenfattet i et enkelt oversigtsskema, se hele tjeklisten på bilag 4.

Ved den kritiske gennemlæsning er der ikke identificeret betydelige mangler i beskrivelserne af metoder og fremgangsmåder, hvorfor den interne validitet vurderes til at være høj. Forfatteren italesætter dog selv, at overførbareheden og dermed den eksterne validitet i nogen grad kan være begrænset, da studiet er gennemført i Glasgow, hvor der hersker betydelig fattigdom og dårligere levevilkår sammenlignet med de fleste andre steder i den vestlige verden.

Spørgsmål		Svar
1	Har studiet en klar fremstilling af sit formål?	Ja
2	Er det valgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode?	Ja
3	Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?	Ja
4	Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet?	Ja
5	Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet?	Ja
6	Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet?	Ja
7	Er etiske spørgsmål blevet overvejet?	Ja
8	Er dataanalysen tilstrækkelig stringent?	Ja
9	Er der en klar fremstilling af resultatet?	Ja
10	Hvor værdifuld er studiet?	Undersøger en aktuel metode til at begrænse konsekvenserne af social ulighed i sundhed

Framing social determinants of health within the professional public health community: Research translation and implications for policy change

(Knight, Benjamin, & Yanich, 2016)

Til kritisk vurdering af litteraturgennemgang er der taget udgangspunkt i ROBIS tjeklisten, der er et redskab til at identificere risikoen for bias i reviews. Nedenfor vises resultatet af den kritiske vurdering, som er sammenfattet i tjeklistens tredje fase. Denne tredje fase kan anses som konklusion på tjeklistens to første faser, se hele tjeklisten på bilag 3.

Der er under gennemgangen af punkterne i tjeklisten samt igennem den kritiske læsning af artiklen ikke identificeret større fejl eller mangler, hvorfor artiklens resultater vurderes til at være i lav risiko for at være behæftet med fejl.

Det er dog med forbehold at artiklens resultater kan overføres direkte til dansk kontekst, idet USA og Danmark er ret forskellige lande. I USA er der betydeligt større sundhedsforskelle imellem befolkningsgrupper samt landet rangerer lavt på lister over middellevetid og spædbørnsdødelighed, to indikatorer, der ofte bruges til at beskrive den generelle sundhedstilstand i en befolkning.

Phase 3: Judging risk of bias

Summarize the concerns identified during the Phase 2 assessment:

Domain	Concern	Rationale for concern
1. Concerns regarding specification of study eligibility criteria	Lav	
2. Concerns regarding methods used to identify and/or select studies	Lav	Studiet afsøger kun litteratur i en database, men forklarer grundigt, hvorfor denne tilgang er valgt
3. Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies	Lav	Min. 3 forskere har kontrolleret hinandens arbejde for at minimere fejl
4. Concerns regarding the synthesis and findings	Lav	

RISK OF BIAS IN THE REVIEW

Describe whether conclusions were supported by the evidence:

Analyse blev understøttet af udvalgt teori og tidligere studier

- | | |
|--|--------------|
| A. Did the interpretation of findings address all of the concerns identified in Domains 1 to 4? | Y/PY/PN/N/NI |
| B. Was the relevance of identified studies to the review's research question appropriately considered? | Y/PY/PN/N/NI |
| C. Did the reviewers avoid emphasizing results on the basis of their statistical significance? | Y/PY/PN/N/NI |

Risk of bias in the review **RISK LOW/HIGH/UNCLEAR**

Rationale for risk: Artiklen fremstiller selv en grundig metodediskussion, hvor alle forbehold for studiets resultater behandles. Der findes ikke yderligere fejl eller mangler, hvorfor risikoen for bias vurderes som lav

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Bilag 3: ROBIS tjekliste

ROBIS: Tool to assess risk of bias in systematic reviews

Phase 1: Assessing relevance (Optional)

ROBIS is designed to assess the risk of bias in reviews with questions relating to interventions, aetiology, diagnosis and prognosis. State your overview/guideline question (target question) and the question being addressed in the review being assessed:

Intervention reviews:

Category	Target question (e.g. overview or guideline)	Review being assessed
Patients/Population(s):		
Intervention(s):		
Comparator(s):		
Outcome(s):		

For aetiology reviews:

Category	Target question (e.g. overview or guideline)	Review being assessed
Patients/Population(s):		
Exposure(s) and comparator(s):		
Outcome(s):		

For DTA reviews:

Category	Target question (e.g. overview or guideline)	Review being assessed
Patients):		
Index test(s):		
Reference standard:		
Target condition:		

For prognostic reviews:

Category	Target question (e.g. overview or guideline)	Review being assessed
Patients:		
Outcome to be predicted:		
Intended use of model:		
Intended moment in time:		

Does the question addressed by the review match the target question?	YES/NO/UNCLEAR
--	----------------

Phase 2: Identifying concerns with the review process

DOMAIN 1: STUDY ELIGIBILITY CRITERIA	
Describe the study eligibility criteria, any restrictions on eligibility and whether there was evidence that objectives and eligibility criteria were pre-specified:	
1.1 Did the review adhere to pre-defined objectives and eligibility criteria?	Y/PY/PN/N/NI
1.2 Were the eligibility criteria appropriate for the review question?	Y/PY/PN/N/NI
1.3 Were eligibility criteria unambiguous?	Y/PY/PN/N/NI
1.4 Were any restrictions in eligibility criteria based on study characteristics appropriate (e.g. date, sample size, study quality, outcomes measured)?	Y/PY/PN/N/NI
1.5 Were any restrictions in eligibility criteria based on sources of information appropriate (e.g. publication status or format, language, availability of data)?	Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding specification of study eligibility criteria	LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:	

DOMAIN 2: IDENTIFICATION AND SELECTION OF STUDIES	
Describe methods of study identification and selection (e.g. number of reviewers involved):	
2.1 Did the search include an appropriate range of databases/electronic sources for published and unpublished reports?	Y/PY/PN/N/NI
2.2 Were methods additional to database searching used to identify relevant reports?	Y/PY/PN/N/NI
2.3 Were the terms and structure of the search strategy likely to retrieve as many eligible studies as possible?	Y/PY/PN/N/NI
2.4 Were restrictions based on date, publication format, or language appropriate?	Y/PY/PN/N/NI
2.5 Were efforts made to minimise error in selection of studies?	Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding methods used to identify and/or select studies	LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:	

DOMAIN 3: DATA COLLECTION AND STUDY APPRAISAL	
Describe methods of data collection, what data were extracted from studies or collected through other means, how risk of bias was assessed (e.g. number of reviewers involved) and the tool used to assess risk of bias:	
3.1 Were efforts made to minimise error in data collection?	Y/PY/PN/N/NI
3.2 Were sufficient study characteristics available for both review authors and readers to be able to interpret the results?	Y/PY/PN/N/NI
3.3 Were all relevant study results collected for use in the synthesis?	Y/PY/PN/N/NI
3.4 Was risk of bias (or methodological quality) formally assessed using appropriate criteria?	Y/PY/PN/N/NI
3.5 Were efforts made to minimise error in risk of bias assessment?	Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies	LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:	

DOMAIN 4: SYNTHESIS AND FINDINGS	
Describe synthesis methods:	
4.1 Did the synthesis include all studies that it should?	Y/PY/PN/N/NI
4.2 Were all pre-defined analyses reported or departures explained?	Y/PY/PN/N/NI
4.3 Was the synthesis appropriate given the nature and similarity in the research questions, study designs and outcomes across included studies?	Y/PY/PN/N/NI
4.4 Was between-study variation (heterogeneity) minimal or addressed in the synthesis?	Y/PY/PN/N/NI
4.5 Were the findings robust, e.g. as demonstrated through funnel plot or sensitivity analyses?	Y/PY/PN/N/NI
4.6 Were biases in primary studies minimal or addressed in the synthesis?	Y/PY/PN/N/NI
Concerns regarding the synthesis and findings	LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for concern:	

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Phase 3: Judging risk of bias

Summarize the concerns identified during the Phase 2 assessment:

Domain	Concern	Rationale for concern
1. Concerns regarding specification of study eligibility criteria		
2. Concerns regarding methods used to identify and/or select studies		
3. Concerns regarding methods used to collect data and appraise studies		
4. Concerns regarding the synthesis and findings		

RISK OF BIAS IN THE REVIEW	
Describe whether conclusions were supported by the evidence:	
A. Did the interpretation of findings address all of the concerns identified in Domains 1 to 4?	Y/PY/PN/N/NI
B. Was the relevance of identified studies to the review's research question appropriately considered?	Y/PY/PN/N/NI
C. Did the reviewers avoid emphasizing results on the basis of their statistical significance?	Y/PY/PN/N/NI
Risk of bias in the review	RISK: LOW/HIGH/UNCLEAR
Rationale for risk:	

Y=YES, PY=PROBABLY YES, PN=PROBABLY NO, N=NO, NI=NO INFORMATION

Bilag 4: CASP tjekliste

Kritisk læsning af kvalitative studier Oversat fra: Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Making sense of evidence

© Public Health Resource Unit 2002

http://www.phru.nhs.uk/casp/critical_appraisal_tools.htm

Overvej følgende spørgsmål:

- Er undersøgelsen valid?
- Hvad siger resultaterne?
- Kan resultaterne overføres til din egen praksis?

*Til vurdering heraf kan nedenstående spørgsmål være retningsanvisende.
De første 2 spørgsmål er overordnede. Hvis svaret til begge er ja, gå videre.
Hvis nej, er der ingen grund til at fortsætte.*

Forfatter: Titel: Tidsskrift:	Nøgleord:
Overordnede spørgsmål	
1) Har studiet en klar fremstilling af sit formål? • fremgår det hvad der er målet med undersøgelsen? • fremgår det hvorfor undersøgelsen er vigtig og relevant?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
2) Er det valgt at undersøge problemstillingen med en kvalitativ metode? • tilstræber studiet at fortolke eller belyse handlinger og subjektive oplevelser hos de personer, der indgår?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐

Detaljerede spørgsmål (hvis svaret til de overordnede spørgsmål er ja) 3) Er studiedesignet hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? • har forfatteren begrundet valg af studiedesign? 4) Er udvælgelsesstrategien hensigtsmæssig i forhold til formålet med studiet? Overvej: • har forfatteren beskrevet, hvordan studiepersonerne blev udvalgt? • har forfatteren forklaret, hvorfor de blev udvalgt i forhold til den type viden, studiet skal afdække? • er der nogen diskussion af rekrutteringsforhold (fx hvorfor nogle valgte ikke at deltage)? 5) Blev data indsamlet, så de omhandlede forskningsfeltet? • er rammerne for dataindsamlingen begrundet? • er det klart, hvordan data blev indsamlet (fx fokusgruppe, semistruktureret interview)? • har forfatteren begrundet den valgte metode? • har forfatteren tydeliggjort metoden (er det beskrevet, hvordan interviews blev udført? Var der en interviewguide)? • blev metoderne ændret i løbet af studiet? Har forfatteren forklaret hvordan og hvorfor? • er datatype tydelig (fx båndoptager, video, noter)? • har forfatteren diskuteret mætning af data? 6) Er forholdet mellem forfatter/forsker og deltager overvejet? • har forfatteren undersøgt sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under:	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
---	---

○ formulering af spørgsmål? ○ ved dataindsamlingen, rekrutteringen og valg af sted? • står det klart hvordan forfatteren forholdt sig til begivenheder i forløbet og om man overvejede ændringers eventuelle indflydelse på studiedesignet?	
7) Er etiske spørgsmål blevet overvejet? • er der detaljer om hvordan studiet blev forklaret til studiepersonerne, så det kan vurderes om etiske standarder er overholdt? • har forfatteren diskuteret spørgsmål, der udsprang af studiet (fx informeret samtykke og hvordan man håndterer den effekt studiet kan have på studiepersonerne under og efter studiet)? • er der søgt om godkendelse af den etiske komité?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
8) Er dataanalysen tilstrækkelig stringent? Overvej: • er der en dybdegående beskrivelse af analyseprocessen? • bruges der tematisk analyse? Står det da klart, hvordan temaerne blev udledt af data? • beskriver forfatteren, hvordan de præsenterede data blev valgt ud fra den oprindelige mængde for at demonstrere analyseprocessen? • er der præsenteret nok data til at underbygge resultatet? • i hvilken udstrækning tages modstridende data i betragtning? • undersøger forfatteren kritisk sin egen rolle, potentielle bias og indflydelse under analyse og udvælgelse af data til præsentation?	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐
9) Er der en klar fremstilling af resultatet? • fremgår det tydeligt, hvad resultaterne er? • er der tilstrækkelig diskussion af evidensen for og imod forfatterens argumenter? • har forfatteren diskuteret troværdigheden af resultaterne (fx triangulering, validering af respondenter, mere end én analytiker)? • er resultaterne diskuteret i forhold til de oprindelige	Ja ☐ Nej ☐ Ved ikke ☐

spørgsmål? 10) Hvor værdifuld er studiet? • diskuterer forfatteren hvad studiet bidrager med i forhold til eksisterende viden? • sættes resultaterne i forhold til gældende praksis og politik eller i forhold til relevant litteratur? • identificerer forfatteren nye områder hvor forskning er nødvendig? • har forfatteren diskuteret, om og hvordan resultaterne kan overføres til andre populationer eller overvejet om resultaterne kan bruges på anden måde?	Kommentarer
--	--------------------

Bilag 5: Referenceliste til bilag

- Carey, G., & Crammond, B. (2015). Action on the social determinants of health: Views from inside the policy process. *Social Science and Medicine*, 128, 134–141.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.024>
- Cohen, B. E., & Marshall, S. G. (2017). Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), 309–328.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12320>
- Knight, E. K., Benjamin, G. D., & Yanich, D. (2016). Framing social determinants of health within the professional public health community: research translation and implications for policy change. *Journal of Applied Communication*, 44(3), 256–274.
<https://doi.org/10.1080/00909882.2016.1192291>
- Krumeich, A., & Meershoek, A. (2014). Health in global context; beyond the social determinants of health? *Global Health Action*, 7, 23506. Retrieved from
<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L373967702>
- Raphael, D. (2011). A discourse analysis of the social determinants of health. *Critical Public Health*, 21(2), 221–236. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.485606>
- Roy, M. J. (2017). The assets-based approach: furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health? A critical examination of practitioner discourses. *Critical Public Health*, 27(4), 455–464. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1249826>