

Forebyggelse i forandring

- hvordan social ulighed i sundhed kan reduceres

Speciale – 4. semester

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab

Aalborg Universitet

Gruppe 10321

Christine Trankjær

Rebecca Futtrup Gantriis

Vejleder: Charlotte Overgaard

Anslag med mellemrum: 235.071

Afleveringsdato: 07.06.18

Resume

Baggrund

Social ulighed i sundhed er et stigende folkesundhedsproblem i Danmark. Uligheden forsøges forebygget ved universelle og informative strategier, der ofte henfører fokus til adfærd og livsstil. Alt imens den del af befolkningen med højere socioøkonomisk status bliver sundere tyder evidens på, at denne effekt ikke gør sig gældende for befolkningsgrupper med lav socioøkonomisk status, som dør tidligere, har mindre livskvalitet og oplever mere stress. Samtidig tyder forskning på, at uligheden skyldes en ulige fordeling af ressourcer i et samfund. Forebyggelse som domineres af et livsstilsperspektiv har utilsigtede konsekvenser til følge, hvor særlige befolkningsgrupper stigmatiseres og marginaliseres i samfundet, hvilket i sig selv er sygdomsskabende.

Formål

Projektets formål er at klarlægge de underliggende forståelser, som den danske forebyggelse af social ulighed i sundhed bygger på og heraf stille forslag til en forandring af strategien med henblik på at opnå en forbedret indsats målrettet social ulighed i sundhed og samtidig minimere potentielle utilsigtede konsekvenser af forebyggelsen.

Metode

Ved dokumentanalyse af danske regerings folkesundhedsprogrammer søges gennem hermeneutisk fortolkning forståelse for, hvad det er for forståelser af sundhed og sygdom, som har været konstituerende for forebyggelse af social ulighed i sundhed. Ydermere foretages en systematisk litteratursøgning med henblik på at opnå indsigt i hvilke strategier, der fra forskningsmæssig side foreslås at kunne adressere uligheden.

Fund

For at kunne forandre forebyggelsesstrategier til reducere af social ulighed i sundhed og minimere af utilsigtede konsekvenser, må politiske forståelser af sundhed og sygdom udfordres så forebyggelsen baseres på viden om socio-strukturelle determinanternes indflydelse på sundhed. I praksis anbefales en kombination af universelle, strukturelle populationsstrategier og målrettede levekårsstrategier. Forandringen skal understøttes af forskningsevidens med henblik på politisk beslutningstagning.

Abstract

Background

Social inequality in health is an increasing public health issue in Denmark. The inequality is most often prevented using strategies that are universal and informative focusing on behavior and lifestyles. Meanwhile these are strategies that often only cause better health for socioeconomic privileged groups, while lower groups experience decreased health in regard of disease and increasing mortality rates. Furthermore, research is implying that inequality in health is not a matter of behavior and lifestyles but about gaining access to resources and prevention emphasizing lifestyles lead to more stigmatization carrying its own risk of disease.

Aim

The aim of this thesis is to clarify the underlying understandings of health and disease constituting the way in which prevention takes form suggesting how, this strategy can change in regard of preventing social inequalities in health and further minimizing unanticipated consequences.

Methods

Using document analysis, a hermeneutical approach is used for interpreting the political understandings on health and disease that have been constituting for the way in which social inequalities are prevented. Furthermore, a systematic literature search is executed to gain insight on what strategies that existing literature is recommending in regard of the social inequalities in health.

Findings

In changing the strategies in regard of reducing social inequalities in health and minimizing unanticipated consequences, changing the political understandings of health and disease is needed so that prevention is based on knowledge on socio-structural determinants of health. In practice a combination strategy of universal, structural population strategies and targeted strategies is recommended. The change must be provided with evidence in regard of the political decision making.

Forord

Specialet er udarbejdet på Folkesundhedsvidenskabsuddannelsen på Aalborg Universitet af Christine Trankjær og Rebecca Futtrup Gantriis i tidsperioden fra d. 2. februar til 7. juni 2018.

I forbindelse med specialet vil vi gerne benytte anledningen til at takke vores vejleder Charlotte Overgaard, som har givet kyndig vejledning undervejs.

Læsevejledning

Specialet er bygget op således, at der først er et initierende problem, som vil blive udfoldet i den efterfølgende problemanalyse. Problemanalysen skal give indblik i forebyggelsen af social ulighed i sundhed og de forskellige aspekter relateret hertil. Denne analyse skal hjælpe til at afgrænse en problemformulering med dertilhørende delspørgsmål. Problembearbejdningen opdeles i henhold til de to delspørgsmål.

Referencer i specialet

Referencer i specialet angives efter referencesystemet American Psychological Association 6th edition (APA 6th edition). Referenceprogrammet Mendeley anvendes til at efterkomme de standarder for referering og programmet er kompatibelt med APA 6th edition, således at refereringen er systematisk igennem dokumentet.

Når en reference anvendes i teksten markeres den i en parentes med forfatterens efternavn efterfulgt af komma og årstal. Sådan ser referencen som udgangspunkt ud, men kan afvige i tilfælde, hvor et dokument indeholder referencer, hvor forfatternavnene er ens eller delvist ens, hvilket er tilfældet her i projektet. Ved to eller flere forfattere med samme efternavn angives da også initial for forfatterens fornavn. Er tilfældet at fornavnet på to forfattere, eller flere, også er med samme forbogstav, angives yderligere hele fornavnet i referencen. Således er det muligt at skelne mellem forfattere, som har samme efternavn eller samme efternavn og forbogstav i fornavn, så de kan findes i referencelisten til sidst i dokumentet.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	1
2. Problemanalyse	2
2.1 En forklaring af social ulighed i sundhed	2
2.2 Forskelle versus ulighed i et ideologisk perspektiv	4
2.3 Livsstilsforklaringen og dens utilsigtede konsekvenser.....	5
2.4 Livsstilsforklaringens hegemoni i biopolitik	7
2.5 Fokusskifte til levekår	8
2.6 Forebyggelsespolitik	10
2.7 Universel og strukturel forebyggelse	11
2.8 Konfliktområder i relation til strukturel forebyggelse	12
2.9 Potentiale ved at kombinere forebyggelsesstrategier og tværsektorielt samarbejde.....	13
2.10 Den politiske struktur og forebyggelsens ophav	14
2.11 Effektive forebyggelsesstrategier i norden	15
2.12 Afgrænsning.....	16
3. Formål	17
4. Problemformulering	17
5. Problembearbejdning	17
5.1 Sammenhæng mellem problemformuleringens to delspørgsmål.....	17
5.2 Problemformulering og forskningsparadigmer	18
5.3 Årsagsteorier om social ulighed i sundhed i projektet.....	19
6. Problembearbejdning af første delspørgsmål	20
6.1 Operationalisering af første delspørgsmål i problemformuleringen	20
6.2 Det fortolkningsvidenskabelige paradigme og hermeneutik	20
6.2.1 Specialets for forståelse	21
6.2.2 Hermeneutik og kvalitativ forskningsmetode	22
6.3 Kvalitativ dokumentanalyse.....	23
6.3.1 Hvad et dokument er	23
6.3.2 Dokumentanalyse i metodisk forstand	24
6.3.3 Generering af dokumenter til analyse	24
6.3.4 Analysens struktur.....	26
6.3.5 Anvendelse af analysespiralen i dokumentanalyse	27
6.4 Folkesundhedsprogrammerne – det næranalytiske niveau	31
6.5 Folkesundhedsprogrammerne – det samfundsanalytiske niveau	40
6.6 Dokumentanalysen i en oversigt	44
6.7 Fortolkning og vurdering	45

7. Problembearbejdning af andet delspørgsmål.....	53
7.1 Indledende litteratursøgning	53
7.2 Operationalisering af andet delspørgsmål i problemformuleringen	53
7.2.1 Kvantitativ og kvalitativ litteratur i en søgning	54
7.3 Systematisk litteratursøgning.....	54
7.4 Udvalgelse af databaser.....	55
7.5 Kontrollerede emneord, trunkering og frasesøgning	56
7.6 Boolske operatoren i søgningen.....	58
7.7 In- og eksklusionskriterier	58
7.8 Hvordan har vi udvalgt studier – forklaring og flowdiagram	60
7.9 Vurdering af litteraturens kvalitet	62
7.10 Litteraturreview af systematisk litteratursøgning	64
7.11 Centrale fund i et litteraturreview	65
7.11.1 Kontekstuel forebyggelse.....	71
7.11.2 Strukturel populationsstrategi som kontekstuel strategi	71
7.11.3 Måltrettet strategi som kontekstuel strategi	72
7.11.4 Eksempler på forebyggelse – lokalsamfundsinterventioner	73
7.11.5 Kontekstuelle strategier og deres utilsigtede konsekvenser.....	74
7.11.6 Bagvedliggende årsagsforklaringer i den politiske problematisering af uligheden	75
7.11.7 Opsamling	77
8. Metodediskussion	78
8.1 Analytisk generaliserbarhed med inddragelse af teori	78
8.2 Kvalitetsvurdering af dokumentanalysen.....	79
8.2.1 Refleksivitet og forforståelse	79
8.2.2 Detaljering af metode og analyse.....	81
8.2.3 Triangulering.....	82
8.3 Kvalitetsvurdering af den systematiske litteratursøgning	83
9. Diskussion	86
9.1 Forslag til forandring af politik	87
9.1.1 Implikationer for forandring af politik.....	87
9.1.2 Reduktion af social ulighed i sundhed skal være en selvstændig målsætning.....	88
9.1.3 Udvid argumentationskæden.....	90
9.1.4 anbefalinger.....	91
9.2 Forslag til forandring af praksis	91
9.2.1 Kontekstbaserede strategier i praksis	91
9.2.2 En kombineret strategi for fælles vilkår.....	92

9.2.3 Samarbejde på tværs	93
9.2.4 Anbefalinger.....	95
9.3 Forslag til forandring af forskning	95
9.3.1 Evidens skal støtte politisk forandring.....	95
9.3.2 Forskning skal complimentere ideologiske værdisæt.....	96
9.3.3 Forskning om utilsigtede konsekvenser	97
9.3.4 Behov for evaluerende forskning.....	98
9.3.5 Forskning om sociale relationers betydning for sundhed	99
9.3.6 Anbefalinger.....	99
10. Konklusion.....	100
11. Referenceliste.....	102
12. Bilag.....	112
Bilag 1: Dokumentation for den kvalitative dokumentanalyse.....	112
Bilag 2: Søgebilag.....	120

1. Initierende problem

Social ulighed i sundhed har siden midten af 1990'erne været stigende i Danmark, hvilket betyder, at en ulighed i sundhed mellem sociale grupper er blevet større (Brønnum-Hansen, 2017). I Danmark er stort set alle sygdomsmanifestationer skævt fordelt i forhold til socioøkonomiske mål (Statens Institut for Folkesundhed, 2007). På samme måde ses, at der er højere mortalitet i befolkningsgrupper med lav socioøkonomisk status (Mackenbach, 2017). Med et velfærdsorienteret ideal om at sikre en retfærdig fordeling af ressourcer, er social ulighed i sundhed et spørgsmål om social retfærdighed, og målet er at inkludere alle (World Health Organization, 2008). Herved forstås, at der ved social ulighed i sundhed i et folkesundhedsperspektiv, også er en etisk fordring i forhold til at forebygge.

Med et mål om at reducere social ulighed i sundhed opstilles mål for folkesundheden, som skal forebygge social ulighed i sundhed (Statens Institut for Folkesundhed, 2007). Dog behandles spørgsmålet om social ulighed ikke indgående (Krejsler, 2009). Den danske forebyggelse fokuserer primært på individet og dets ansvar for valg af livsstil. Et fokus, som udspringer af en medicinsk forståelse af sundhed og sygdom (Olsson, 2009). Samtidig beskriver Kamper-Jørgensen (2004) at arbejdet med en målsætning om lighed i sundhed har været vanskeligt, med sparsomme resultater hidtil. Dette er baseret på en kritik af fokus på livsstil. Livsstilsfaktorer kaldes også proksimale årsager og kan være et symptom på fundamentale og sociale årsager, også kaldet distale årsager (Link & Phelan, 1995). Fra nogle forskeres side argumenteres for at social ulighed i sundhed ikke kan forklares ved livsstil og medicinske opfattelser, men i stedet ved forskelle i ressourcer – kausaliteter i sociale og strukturelle kontekster (Starfield, 2011). Hertil er politisk, økonomisk og social kontekst en betydningsfuld faktor for udvikling af social ulighed i sundhed, da forskelle i disse kontekster kan være determinant for menneskers adgang til ressourcer – social kapital – og heraf mulighed for et godt og produktivt liv (World Health Organization, 2008). Af Mackenbach (2017) og Marmot (2005) angives også at forebyggelse af social ulighed i sundhed, fordelagtigt kan rette fokus på bagvedliggende og sociale årsager.

I et forsøg på at inkludere og skabe sundhed for alle, er et overhængende fokus på livsstilsperspektiv i forebyggelse. Livsstilsperspektivet kan være kontraeffektivt ved ikke at omfatte de kontekstuelle forhold, som kan være determinerende for sygdomsudvikling, og som kan have potentiale for at reducere social ulighed i sundhed.

2. Problemanalyse

2.1 En forklaring af social ulighed i sundhed

Uddannelse og andre parametre for socioøkonomisk status er ikke nødvendigvis interessante mål i sig selv, når der tales om social ulighed i sundhed. Det der gør målene interessante i problematiseringen af social ulighed i sundhed er, at de anerkendes, som værende årsag til, at nogle personers livsudsigter forringes. Parametrene indgår i en kæde af adskillelige forhold, som giver udslag i sygdom og mortalitet for nogle og ikke for andre (Diderichsen, 2011). Dette kan skyldes, at sociale fordele, som eksempelvis høj uddannelse, gør det muligt for mennesket at beskytte sig mod og forebygge helbredsstrusler (Link & Phelan, 1995). Uddannelse kan være en social fordel, fordi uddannelse bidrager med viden. Viden anvendes af mennesker i forhandling af livsmuligheder (Galobardes, Lynch, & Davey Smith, 2007). Uddannelse kan yderligere være en social fordel fordi, at det bidrager til relations dannelse. Social kapital er en ressource, som individet kan trække på, ved behov for hjælp, hvilket eksempelvis kan vise sig ved relationer (Larsen, 2010). Personer med høj uddannelse, lever længere og bliver mindre syge end personer med lav uddannelse (Marmot, 2010). Dette kan skyldes social kapital, som er de ressourcer, der er i et givent netværk og de sociale forbindelser deri (Sund & Krokstad, 2011). De sociale relationer et menneske har i sit netværk, kan forværre eller forbedre menneskets evne til at anvende viden i problemløsning. Et forhold som afhænger af netværkets kvalitet, bestemt af social kapital (Heaney & Isreal, 2008). Interventioner som stiller ind på social ulighed i sundhed med en forståelse af de faktorer og forhold, som kan skabe social kapital, forventes derfor at være mekanisme for reduceret social ulighed i sundhed (Bharmal, Derosé, Felician, & Weden, 2015; Commission on Social Determinants of Health, 2010), da lav social kapital ses at være en bidragende faktor til de sociale strata, som er ulighedsskabende (Mackenbach, 2017).

Forudsætning for at opnå sociale fordele bestemmes også tidligt i livet, da forhold i opvæksten er determinanter for senere udvikling og øget forekomst af både fysiske og mentale helbredsproblemer. Disse kan både være strukturelle og sociale determinanter i omgivelserne og det sociale liv (Statens Institut for Folkesundhed, 2007). Socioøkonomisk status i barndom og opvækst, er korreleret med socioøkonomisk status senere i livet. Dette kan blandt andet skyldes risikoen for forskellige typer af modgang i opvæksten, som både kan være psykosociale og miljømæssige og i ekstreme tilfælde være mishandling af børn samt forældres misbrug. Denne modgang i opvæksten

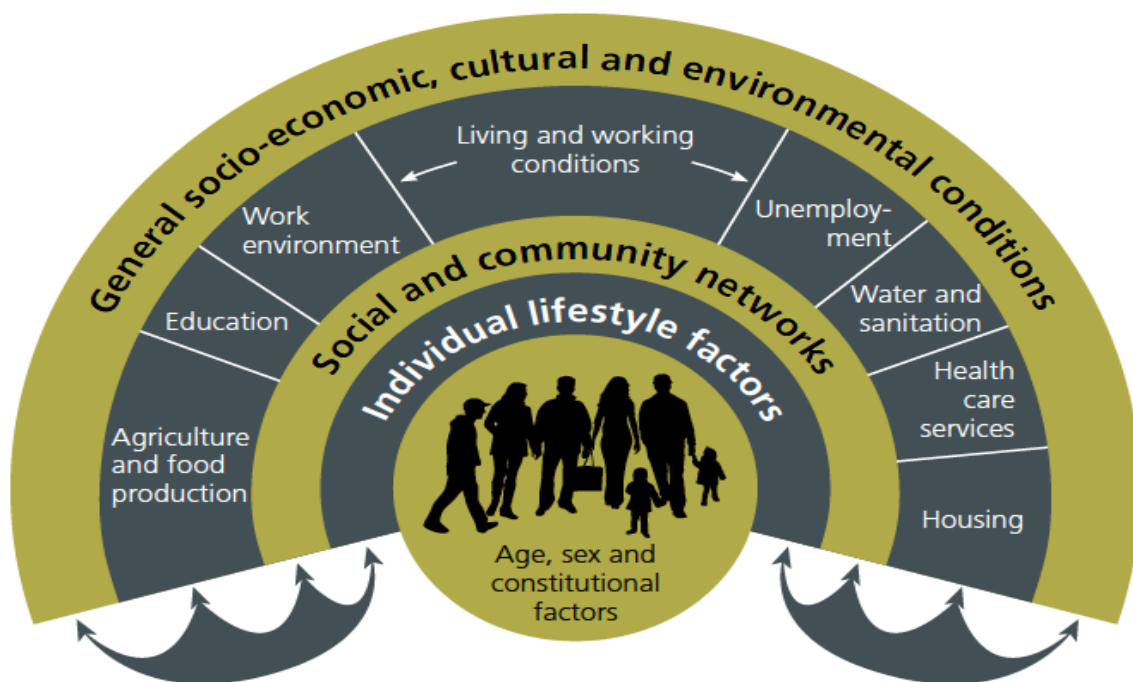
anerkendes, som determinant for senere udvikling af sygdom og helbredsproblemer, som kan forværre livskvaliteten og forkorte livet (Hughes et al., 2017). Foruden en forskel i forekomst af sygdom i forskellige socioøkonomiske grupper, er der også andre forskelle. Personer med lav socioøkonomisk status bliver tidligere syge, og oplever det at være syg, som en større byrde og dør samtidig tidligere end personer med høj socioøkonomisk status (Whitehead, 1992). Dermed kan socioøkonomisk status have indflydelse på udvikling af sygdom og mortalitet igennem hele livet (Galobardes et al., 2007). Uanset om socioøkonomiske parametre observeres isoleret eller i sammenhæng med hinanden, ses de at være korreleret med sygelighed og mortalitet. Derfor er social ulighed i sundhed også komplekst og må forstås i forhold til, hvor ekskluderende det er, da disse forskellige sociale karakteristika giver anledning til sociale stratificeringer, der gør at nogen har forringede livsmuligheder (Marmot, 2003). Desuden har personer med høj socioøkonomisk status flere fordele og større kontrol over ressourcefordelingen i et samfund qua deres viden og bedre livsmuligheder. Dette er en måde, hvor det kan have ekskluderende effekt ved at være dominerende i den forstand, at det kan udsætte personer i lavere socioøkonomiske positioner (Galobardes et al., 2007; Marmot, 2003). Dette er mekanismer, som kan være med til, at opretholde en social ulighed i sundhed (Link & Phelan, 1995).

Forbehold for bagvedliggende og sociale faktorer er afgørende, hvis formålet er at forebygge social ulighed i sundhed (Mackenbach et al., 2017; Marmot, 2005). Det kan have og har konsekvenser, hvis der i forebyggelsen ikke tages højde for de bagvedliggende faktorer, da disse også driver den sociale ulighed i sundhed. Når befolkningen bliver syg, så har det folkesundhedsmæssige konsekvenser for både samfund og individ, da det både påvirker samfundet økonomisk og individets livskvalitet forringes (Krejsler, 2009). Konsekvenserne fra samfundet henvender sig i store træk til økonomi, hvilket indebærer at mindske sygdom og fravær fra arbejdsmarkedet, således at der kan opnås en besparing på de samlede udgifter i sundhedsvæsenet samtidig med, at befolkningsgrupper kan være produktive og samtidig leve et godt liv. Sygdom har konsekvenser for individet, da det kan være anledning til nedsat livsglæde og livskvalitet pga. sygdom og håndtering heraf (Vallgård, 2009). Personer i lave sociale grupper begrænses i deres valgmuligheder for at bestemme, hvilket liv de ønsker og hvor stor kontrol de kan tage i at opfylde eventuelle livsmål, fordi deres forudsætninger ofte er forringede i det lokalmiljø, hvori de lever og arbejder (Commission on Social Determinants of Health, 2010). Muligheder der yderligere kan forringes ved, at sygdom oftere forekommer i lave sociale grupper (Bharmal et al., 2015).

2.2 Forskelle versus ulighed i et ideologisk perspektiv

Hvordan social ulighed i sundhed defineres har betydning for den politiske dagsorden, fordi der differentieres efter, om der er forskel i sundhed eller om der er en decideret ulighed i sundhed, som ikke er naturgiven. På engelsk sondres mellem 'inequalities' og 'inequities' (Statens Institut for Folkesundhed, 2007). Ulighed i sundhed betegnes af Arcaya, Arcaya & Subramanian (2015) til at være uretfærdig og unødvendig, fordi det menes, at det er muligt at gøre noget ved uligheden, og det er uligheden, der er politisk interessant. På den måde adskiller ulighed sig fra forskel, idet der ligger et ideologisk element i vurderingen, hvor forskel udelukkende er en værdifri beskrivelse. At vurdere om noget er en naturgiven forskel eller en social uretfærdig og ulige fordeling, er derfor et værdiladet spørgsmål, som er afgørende for, hvornår den er et sundhedspolitisk anliggende (Arcaya et al., 2015; Statens Institut for Folkesundhed, 2017; Whitehead, 1992).

Der er forskel på, hvornår det menes, at det handler om en naturgiven forskel eller urimelig ulige fordeling. Hvis der eksempelvis ses en forskel forårsaget af biologiske forhold som eksempelvis biologisk aldring, kan det anses for uundgåeligt og naturgivent. I modsætning hertil, beskriver Vallgård (2006), at sociale forhold kan influere på biologiske forhold, hvorfor der kan være grund til også at anskue biologiske forskelle som en ulighed. Derfor kan det også være vanskeligt at opstille klare tekniske retningslinjer for, hvornår en forskel er uretfærdig og derfor ulige, eller ikke. Endnu en måde at sondre på er, hvorvidt mennesker er blevet syge pga. af egen adfærd (Whitehead, 1992). Da nogle sociale grupper oftest med lav socioøkonomisk status har begrænsede handlemuligheder qua færre ressourcer, kan der være grund til at udvikle interventioner, som er mere aktivt indgribende i borgernes liv, som handler på strukturelle determinanter (Vallgård, 2006). Hvordan og hvornår der er incitament til forebyggelse af social ulighed i sundhed, er derfor en værdiladet vurdering også forudsat af politiske ideologier. Værdier kan være mere implicitte end eksplicitte, og være en barriere i forhold til at diskutere meningsfulde måder at forebygge på. Det resulterer ofte i, at relevant forebyggelse målrettet social ulighed i sundhed, er en mangelvare, og konsekvensen kan være, at ulighed i sundhed stagnerer og i nogle tilfælde stiger (Sadana & Blas, 2013).



Figur 1: Illustration af Dahlgren & Whiteheads socio-økologiske model (Dahlgren & Whitehead, 2007).

Som illustreret ved Dahlgren & Whiteheads socio-økologiske model i figur 1, har det politiske indflydelse på individet og befolkningen gennem den interne påvirkning de forskellige lag har på hinanden, fordi politikker er medskabere af de strukturer, som mennesker er indlejret i og som kan påvirke en sundhedstilstand (Dahlgren & Whitehead, 2007). Modellen indikerer, at en nutidig monokausal forklaring på øget sygelighed og mortalitet, fokuseret på individuel adfærd og livsstil, ikke nødvendigvis kan forebygge de ydre mekanismer, som kan være ulighedsskabende, hvilket også udtrykkes af Vallgård (2006).

Med henblik på at afgrænse specialets formål og problemstilling udfoldes og analyseres i det næste hvordan forebyggelse i dag, forholder sig til social ulighed i sundhed.

2.3 Livsstilsforklaringen og dens utilsigtede konsekvenser

Der er forskellige måder at forklare sygdom på i forhold til at forebygge social ulighed i sundhed. Social ulighed i sundhed problematiseres af Sundhedsstyrelsen (2006) fordi, at personer med lav socioøkonomisk status i højere grad får livsstilssygdomme. Livsstilsforklaringen er én måde at forklare sygdoms opståen (Elstad, 2000). I dag har livsstilsforklaringen på sundhed, sygdom og

mortalitet vundet hegemoni i forebyggelse (Lupton, 1993). I dansk forebyggelse dikotomiseres sundhed til henholdsvis 'god' og 'dårlig' livsstil med vægt på, at det er individets frie og individuelle valg, hvilken livsstil det ønsker (Scocozza, 2009).

Når individer og deres adfærd bliver anset som årsag til sundhedsproblemer, så er der risiko for, at individet bliver bebrejdet for sin adfærd, hvilket kaldes 'blaming the victim'. Det handler om, at når individet ansvarliggøres kan det også bebrejdes. Denne bebrejdelse af individet er et moralsk dilemma, som mange kritikere fremhæver ved livsstilsforklaringen (Elstad, 2000). 'Blaming the victim' kan medføre, at individet får skyldfølelse, hvis individet ikke kan leve op til det forventede, hvilket kan ses som en utilsigtet konsekvens ved livsstilsfokuserede indsatser. Utilsigtede konsekvenser er nogle, som ikke er forudset af de der indfører indsatsen, eller fra modtagerne af indsatsen (Merton, 1936). 'Blaming the victim' som utilsigtet konsekvens, kan være konsekvens af liberalistisk orienterede forebyggelsesindsatser. For eksempel beror forebyggelseskampagner med fokus på oplysning, på en liberalistisk tankegang, hvor liberalismen blandt andet bygger på frihed, og at individet er rationelt og selv er i stand til at træffe de rigtige beslutninger i relation til egen sundhed (Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014). Hvordan denne antagelse formodes at skabe bedre sundhed, kan forklares ved Foucaults begreb guvernementaltitet, styring gennem selvstyring. Guvernementaltitet som begreb kan ses som en kontrollerende styringsmekanisme, der indebærer at styre i en bestemt retning (I. K. Pedersen, 2010). Staten forsøger med udgangspunkt i livsstilsforklaringen, at styre individer gennem forebyggende oplysningsindsatser til at ændre adfærd ved at appellere til deres eget ansvar. Helt konkret kan styringen ske ved, at der ved hjælp af en oplysningsstrategi i forebyggelseskampagner med fokus på oplysning, står noget om konsekvenser ved ikke at efterleve anbefalingerne. Oplysningen om konsekvenser kan ses som det styrende element.

Et dilemma i forhold til social ulighed i sundhed, som er forbundet med den liberalistiske tilgang til forebyggelse er, at forebyggelsen ikke tager hensyn til den sociale kontekst og deraf, at mennesker har forskellige levevilkår. Individer har forskellige ressourcer og muligheder qua deres sociale og fysiske omgivelser hvorfor, at individer har forskellige muligheder for at påvirke egne vilkår (Scocozza, 2009; Shaw, Dorling, & Mitchell, 2002; Vallgård et al., 2014). Når det handler om at reducere den sociale ulighed i sundhed, så tager den liberalistiske måde at forebygge på ikke nødvendigvis hensyn til, at individer med lav socioøkonomisk status ikke har de samme ressourcer og deraf muligheder for at påvirke egne vilkår.

I forbindelse med den liberalistiske tilgang til forebyggelse i Danmark, så tillægges individet et overhængende ansvar for egen sundhed og er dermed selv ansvarlig i forhold til at ændre livsstil til det, der opfattes, som en god livsstil uanset, hvilken social kontekst individet befinder sig i (Scocozza, 2009). Opmærksomhed bør rettes på, at der er risiko for, at bestemte grupper i samfundet bliver stigmatiseret, hvis de ikke formår at ændre adfærd til det efterstræbte. Stigmatisering er et begreb, der er anvendt i mange forskellige sammenhænge (Link & Phelan, 2001). Ifølge Link & Phelan eksisterer stigma, når en række komponenter indtræffer samtidig. Det drejer som om stempling, stereotypificering, adskillelse, status tab og diskrimination. Der ligger et etisk dilemma i forebyggelsen idet, at der er risiko for at grupper med lavere socioøkonomiskstatus, ved ikke at ændre livsstil bliver stigmatiseret, da de fra samfundets side kan blive stemplet og marginaliseret, fordi de adskiller sig fra øvrige grupper i samfundet.

2.4 Livsstilsforklaringens hegemoni i biopolitik

Hvordan sygdom og sundhed forklares, er en refleksion af historiske og sociale omstændigheder (Elstad, 2000). En historisk udvikling til modernitetssamfund, har gennem globalisering og kapitalisme introduceret mennesker til nye eksponeringer i deres omgivelser og hverdagsliv. Sådanne eksponeringer kan være forbrugsvarer, som i dag vurderes for sundhedsskadelige (Kickbusch, 2007). Denne udvikling har været anledning til nye sygdomsmønstre, som har skabt behov for at beskytte mod sygdom gennem nye overvågningsbaserede teknikker end førhen, hvor infektionssygdomme var en af de største sundhedstrusler (Møller, 2009). Med denne udvikling har staten fået en anden rolle end tidligere, blandt andet i forhold til at regulere befolkningens sundhedsadfærd i udviklingen og opretholdelsen af velfærd (Kickbusch, 2007). I statens regulering af sundhedsadfærd har den biomedicinske model for behandling af sygdom haft stor indflydelse med positiv effekt på middellevetiden i globaliserede lande, om end ikke på social ulighed i sundhed. Den biomedicinske model har et mere behandlende end forebyggende sigte, og rettes mod biologisk varians i stedet for fordeling af ressourcer, hvorfor modellen ikke kan adressere social ulighed i sundhed. Alligevel har modellen været dominerende i forebyggelse. Årsagen til at den biomedicinske model har fået fokus kan blandt andet skyldes den væsentlige teknologiske forbedring, der gennem det sidste århundrede har udspillet sig inden for behandlingssektoren (Ottersen et al., 2014). Den biomedicinske model har ydermere været grundlag for udvikling samt indførelse af epidemiologien (Kickbusch, 2007). Epidemiologisk viden anvendes af staten til at konstruere og kontrollere sygdom, sundhed og en sund befolkning, og er således en måde at udføre

biopolitik på. Biopolitik er en politik, der har fokus på at forbedre de biologiske processer, som eksempelvis helbreds niveau, gennem forebyggende interventioner (I. K. Pedersen, 2010). Epidemiologien bliver da et redskab til at stemple mennesker som enten sund eller usund, rask eller syg. Med formålet om at kontrollere befolkningen, anvendes stempelingen til at skabe normer for sundhedsadfærd, og guvernementalt er en måde at styre befolkningen til at internalisere disse normer (White, 2009). Ved at indkredse et problem på en særlig måde, her sygdom i forhold til livsstil, vinder én forklaring over en anden. Tilhører til en forklaring eller en norm, får følgeskab af flere og flere interessenter fra befolkningen, det offentlige og private. Når dette sker, er det ikke længere et problem, som gøres til offentlig debat (Ottersen et al., 2014). Biomagten kan på den måde have formålet at gøre en bestemt livsstil til den rigtige. Ifølge Foucault så er biomagten en magt, som forsøger at føre borgerne i retningen af at fremme deres sundhed og livskvalitet, og hvor binære systemer som syg/rask er en nødvendig taktik for biomagten jævnfør den stempeling, der anvendes i kontrol af befolkningen (I. K. Pedersen, 2010). Med sundhedspolitikkers normaliserende blik vanskeliggøres tilværelsen for de, som ikke bekender sig til disse normer. Konflikten er her, at sundhedspolitikker, normer og de aktiviteter, der udføres med henblik på at indfri sundhedspolitikkers mål er, at de bliver determinanter for sundhed og samtidig opretholder social ulighed i sundhed (Ottersen et al., 2014). Fordi at systemet er dikotomiseret, er de, som falder uden for normen en minoritet, og der opstår magtasymmetri i hvem, som bidrager til diskursen om, hvordan social ulighed i sundhed nedbringes og sundhed skabes (Kickbusch, 2007; I. K. Pedersen, 2010). Her i forlængelse af, kan en udfordring være det tilhører, der er til livsstilsforklaringens, hvor normalisering kan være selvforstærkende. At indkredse et problem på en særlig måde, her livsstil, er måden hvorpå, at nogle perspektiver vinder hegemoni og andre ikke. At fortolke sociale og politiske problemer i sundhed, eksempelvis social ulighed, som noget medicinsk medvirker til, at staten indtager en mindre rolle i forhold til at reducere social ulighed i sundhed (Ottersen et al., 2014). Men fordi at normer konstrueres, betyder det også, at de kan forandres (White, 2009).

2.5 Fokusskifte til levekår

Med et sundhedssociologisk perspektiv er det muligt at forklare sygdom og mortalitet, som resultat af social organisering, hvilket også vedrører menneskers strukturer og levekår (White, 2009). Levekår er de forhold, som mennesker lever under og disse anskues i levekårs forklaringen, som strukturelle og sociale determinanter for sundhed. Dette kan eksempelvis være uddannelse, indkomst, familiesituation, bolig, fysisk miljø, socialt miljø og trafikforhold (Kamper-Jørgensen,

2010). Levekårs forklaringen indebærer en forklaring om, at mennesker fødes til nogen forudsætninger, som får indflydelse på tilegnelse af og eksponering for ressourcer gennem livet. Dette er et forhold, som mennesket ikke selv vælger, og som kan være sygdomsskabende i sig selv (Elstad, 2000). At sygdomsforekomst kan forklares ved levekår, er en forklaringsmåde, som anerkender, at mennesker er indlejret i et samfund. Her er mennesket underlagt nogle sociale betingelser, som sundhedsadfærd kan være påvirket eller determineret af (Scocozza, 2009). Når mennesker udviser en adfærd, kan det med en forklaring fokuseret på levekår og strukturer, være et udtryk for, at der er nogle strukturelle faktorer, som driver adfærd. I sin akkumulering kan disse være en selvstændig årsag til sygdom (Elstad, 2000; White, 2009). Der er sygdoms forskelle afhængig af om, der ses på individer eller sociale grupper. Forskellene kan skyldes, at sociale strata i sig selv kan påvirke den biologi, som er sygdomsudviklende. Et skifte væk fra livsstilsforklaringen til en forklaring med fokus på levekår formodes at kunne åbne for spørgsmål rettet mod sociale aspekter af, hvorfor sygdom opstår både indeni og imellem grupper. På den måde muliggøres en forståelse af, hvorfor særlige sociale grupper bliver mere syge, oplever mindre livskvalitet og dør tidligere end andre (Marmot, 2003).

Spørgsmålet om, hvorvidt sygdomme kan forklares, som levekårs- eller livsstilsskabte har betydning for, hvordan politikerne intervenserer og i forhold til, hvor ansvaret for sundhed bliver placeret (Vallgård, 2004). Hvis ikke forskellige sundhedspolitikker forholder sig til, at levekår har indflydelse på menneskets biologi og sygdomsudvikling, kan det have andre konsekvenser. Nogle sociale grupper gøres til ofre for sociale strukturer, da de ikke har indflydelse på de makro-sociale processer, som er med til at producere social ulighed i sundhed (Elstad, 2000). Dog kan socialpolitikken i Danmark delvist beskytte mod social ekskludering og fattigdom ved eksempelvis arbejdsløshed eller sygdom. Der gives eksempelvis adgang til boliger med en overkommelig husleje. På den måde har socialpolitikken betydning for at forebygge både den økonomiske og sociale ulighed i sundhed (Diderichsen, 2011). Det betyder, at socialpolitikken også kan have indflydelse på sundhedspolitikker og deres funktion og deraf reduktion af social ulighed i sundhed. Dog har personer i lavtstillede sociale grupper ikke nødvendigvis forudsætninger for, at anvende disse socialpolitiske fordele til eget bedste (Sundhedsstyrelsen, 2012). I relation til tidligere nævnte gurvernamentalitet, gengiver Vallgård (2004) Foucault ved metaforen *"at man ikke kan udøve magt over den lænkede slave, fordi han ikke har mulighed for at gøre modstand"* (Vallgård, 2004, p. 13). Herved forstås, at magt må udøves over frie mennesker, som har mulighed for at gøre, som

de selv har lyst til forudsat deres mulighed for at yde modstand. Lavt stillede sociale grupper kan være den lænkede slave, idet menneskers mulighed for at efterkomme forebyggelse forudsættes af deres ressourcer. Det betyder, at når mennesker ikke har ressourcerne, så er de ikke frie, og har forringede muligheder for at gøre modstand. På den måde kan magtudøvelse også vanskeliggøre styring (Vallgård, 2004).

At inddrage levekårs forklaringen i forebyggelse kan derfor betyde, at staten må frigive noget magt. Hvis magt skal frigives til fordel for befolkningen, handler det ikke nødvendigvis om individets ansvar for livsstil. Af Shanghai Deklarationen (2016) fremgår i stedet, at det handler om at give borgerne magt over deres liv. Dette kan eksempelvis være gennem interventioner, som lægger op til borgerens engagement i fællesskabende aktiviteter, som skal bidrage til bedre mulighed for, borgernes og sociale gruppers kontrol over egen sundhed. Hertil angiver Commission on Social Determinants of Health (2010), at det primære ansvar for denne udvikling foreligger en regering, som skal distribuere de ressourcer, der skaber sundhed.

I relation hertil er det afgørende at inddrage det politiske ansvar, da dette kan være afgørende for en reduktion af social ulighed i sundhed. Det betyder ikke, at livsstilsfokus skal udfases, men at det kan være relevant at undersøge muligheden for at inddrage et socialt orienteret fokus, der tilgodeser de sociale forudsætninger som former sundhed.

2.6 Forebyggelsespolitik

Mange forebyggende indsatser har fokus på at ændre sundhedsadfærd, som forventes at have positiv effekt på menneskers helbred (Mechanic, 2007). Siden 1999 har social ulighed i sundhed været omtalt, som et politisk problem hvor målet har været at begrænse den sociale ulighed i sundhed uanset hvilken regering, der har været ved magten. Fokus i den danske politik har i høj grad været på at ændre adfærd for de med færrest ressourcer og ikke på at ændre på ressourcefordelingen (Vallgård et al., 2014). Problemet ved indsatser som fokuserer på livsstilsforklaringen er, at de ofte ikke har langsigtet effekt, fordi at fokus på livsstil forudsætter fortsat opmærksomhed og motivation fra individet. At opretholde motivation kan være en udfordring, da mennesker har forskellige forudsætninger for at være motiveret, som eksempelvis samfundsstrukturer, herunder levekår og ressourcer (Mechanic, 2007). Som pointeret af Brønnum-Hansen & Baadsgaard (2012) er der et behov for at føre sundhedspolitik, der retter fokus på livsbetingelserne for de dårligst stillede grupper i samfundet, når ønsket er at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det betyder, at der er behov for at tackle sociale determinanter for sundhed, hvis

social ulighed i sundhed ønskes reduceret. Det kræver, at der handles på tværs i hele samfundet, hvilket blandt andet involverer regeringen og private aktører (Marmot, 2010). I forlængelse heraf pointeres, at en social gradient i sundhed kan være et træk ved alle samfund, og kan være uundgåelig, om end det må være muligt at forbedre helbredstilstanden for alle, og at gradienten kan forandres. At fokusere på at ændre sociale parametre er ikke noget, der sker lige med det samme. Det tager tid, fordi det involverer forskellige politiske aktører og ikke kun aktører på sundhedsområdet (Marmot, 2003).

2.7 Universel og strukturel forebyggelse

I dag er danske forebyggende indsatser ofte baseret på universelle strategier. Med universel strategi menes, at alle danskere har adgang til forebyggende ydelser, som eksempelvis screening for sygdom, individuelle samtaler som høj-risiko indsats eller information gennem oplysningskampagner (Sundhedsstyrelsen, 2012). Viden og her oplysning om livsstil ændrer ofte i sig selv ikke adfærd hos de implicerede. Det er ikke en garanti, at mennesker lader viden styre deres adfærd (T. K. Jensen & Johnsen, 2001). Informationskampagner med fokus på livsstil er en forebyggende indsats, som ofte iværksættes, da det kan være nemmere end ikke at gøre noget ved problemet. Fra politisk side ser det bedre ud at gøre noget ved problemet, fremfor ikke at gøre noget også selvom, at der er uvished om, hvorvidt den oplysende indsats virker (Poulsen, 1996). Både oplysningsindsatser som befolkningsstrategi og individuelle tiltag som høj-risiko strategi, er strategier med både fordele og ulemper, og en kombination kan være anvendelig. Fælles for de to ovennævnte tilgange er, at de implicerer den enkeltes valg om deltagelse og adfærdsændring, hvilket blandt andet afhænger af den enkeltes motivation (Rose, 1985). På den måde tillægges individet et overhængende ansvar i forhold til staten (Olsson, 2009). Samtidig vil personer med høj socioøkonomisk status oftest være mere tilbøjelige til at tage imod sådanne tilbud, hvilket medfører at forskellen i ulighed i sundhed øges. Det indikerer også, at lige muligheder ikke nødvendigvis medfører resultatlighed (Vallgård et al., 2014). Der eksisterer forslag til hvilke forbehold, som kan tages i udviklingen af interventioner, som inkluderer flere. Dette vedrører strukturelle interventioner, der fungerer uafhængigt af individers motivation, ressourcer og adfærd (Mechanic, 2007). Det antages, at strukturelle forebyggelsesindsatser har den egenskab, at de formår at nå alle borgere også personer med lav socioøkonomisk status modsat førnævnte strategier, som ikke på samme måde tilgodeser de med lav socioøkonomisk status (Statens Institut for Folkesundhed, 2017). På grund af forskelle i socioøkonomisk status og social stratificering, kan det at efterkomme

behovet for strukturelle indsatser, være et krav om at differentiere (Marmot, 2003). Det vil betyde, at strukturelle forebyggende indsatser først og fremmest må sætte ind overfor de udfordringer, der er i grupper med færre ressourcer – eksempelvis kan det være grupper, som er kendetegnet ved at have lav socioøkonomisk status (Mechanic, 2007). Der kan differentieres i den strukturelle forebyggelse, hvis de forebyggende indsatser prioriteres at blive udført i bestemte lokalområder således, at det kan gavne særligt udsatte befolkningsgrupper, som i forvejen eksponeres for mange risikofaktorer (Rambøll, 2009). På denne måde kan der ved strukturel forebyggelse differentieres mellem forskellige befolkningsgrupper og dermed kan den strukturelle forebyggelse tilgodesee de lavere stillede grupper i samfundet. Dog er der ved strukturel forebyggelse også et etisk dilemma, da eksempelvis afgifter på mad og drikkevarer vil ramme de dårligst stillede, hvis de ikke ændrer deres adfærd (Vallgård et al., 2014). Dette kan ses som en utilsigtet konsekvens ved den strukturelle forebyggelse.

2.8 Konfliktområder i relation til strukturel forebyggelse

Der kan være en spænding mellem det at give evident, sikker information til politiske beslutningstagere i beslutningen om at målrette forebyggelse sociale grupper og individer, og den politiske kontekst (Shaw et al., 2002). Strukturel forebyggelse sigter mod at ændre strukturelle betingelser, som påvirker befolkningens sundhed (Vallgård et al., 2014). På den måde er strukturel forebyggelse både rettet levekår og livsstil. Strukturel forebyggelse kan eksempelvis indebære ændringer i miljø for reducere af sundhedsrisici i menneskers omgivelser, men også gøre det sunde valg mere nærliggende, som eksempelvis placering af varer i supermarkeder. Ved indførelse af afgifter kan de dog være en udfordring, da de lavere stillede grupper rammes økonomisk (Vallgård et al., 2014). Desuden kan sundhedspolitik og underliggende folkesundhedspolitik, være i konflikt med globale markedsinteresser, hvis mål er økonomisk profit i forhold til at markedsføre produkter, som i et sundhedsperspektiv kan være forbundet med risici. Globalisering er en udfordring fordi, at den eksempelvis influerer på menneskers forbrugsvaner, som kan være determinant for sundhed. Derfor er der et behov for at forstå, hvordan folkesundheden kan beskyttes via staten (Ottersen et al., 2014). En sådan forståelse skal bidrage til at skabe folkesundhedspolitikker, som er inkluderende mere end ekskluderende (Whitehead & Popay, 2010).

Det kan være hensigtsmæssigt at kombinere strukturelle forebyggelsestiltag med et fokus på betydningen af levekår, dog rummer denne type at forebyggelsestiltag også kritikpunkter (Statens Institut for Folkesundhed, 2017). Strukturelle ændringer eliminerer ikke nødvendigvis

ressourceforskelle i sociale grupper, som kan forudsætte hvordan ændringerne får effekt (Frohlich & Potvin, 2008). Det kræver politiske indsatser med fokus på de sociale determinanter således, at indsatser har fokus på at mindske fattigdom og social eksklusion, hvilket kræver en deltagelse af mange aktører (Raphael, 2009). Supplerende angives, at viden om hvorvidt strukturel forebyggelse medfører lige effekter i relation til ulighed i sundhed er begrænset. Dog må strukturelle indsatser, som formår at adressere fundamentale årsager til sygdom, forventes at have den største effekt på reduktion af ulighed i sundhed set i forhold til alternative forebyggelsesstrategier. Politiske ændringer, som kan reducere de fundamentale bagvedliggende årsager til sygdom som eksempelvis økonomi, vil reducere den økonomiske ulighed og med høj sandsynlighed også reducere den sociale ulighed i sundhed, hvilket vil medføre fordele for sundheden i det store hele (McLaren et al., 2016). Det er netop årsagerne til sundhedsproblemet, som ifølge Rose (1985) bør være i fokus i forebyggelsen, hertil er en kombination af forebyggelsesstrategier ofte nødvendig, når folkesundhedsmæssige problemer skal forbygges hvorfor, at det ikke er hensigtsmæssigt, at strukturel forebyggelse står alene.

2.9 Potentiale ved at kombinere forebyggelsesstrategier og tværsektorielt samarbejde

I reduktion af social ulighed kan der være mulighed for at samle politiske aktører i en kombinationsstrategi. Fordelen ved en kombinationsstrategi er, at den umiddelbart formår at have effekt for hele befolkningen, samtidig med at den selektivt kan gribe ind hos lavt stillede (Whitehead & Popay, 2010). Ved at indgå i et tværsektorielt samarbejde mellem beslutningstagere, de som forsker, de som implementerer og de som handler formodes, at det er muligt at skabe en 'nøddeknækker'-effekt. Her menes at gribe ind på adskillige fronter af social ulighed samtidig, i en kombination af top-down og bottom-up strategier – top-down kan være ændringer og reguleringer i makro-strukturer og bottom-up kan være lokalsamfundsinterventioner, som inddrager lokale aktører og borgere. Ved at inddrage adskillige aktører, forventes at skabe en mainstream effekt, som kan skabe et større samarbejde på alle politiske niveauer af sundhedspolitik (Lee, 2016). På den måde er det komplekst at forebygge med fokus på sociale og samfundsmæssige forhold, da det kræver, at mange forskellige aktører samarbejder. Derimod kan det være mere håndgribeligt at forebygge med fokus på livsstil hvor individet har et ansvar, og derfor vinder fokus i forebyggelse (Vallgård et al., 2014).

2.10 Den politiske struktur og forebyggelsens ophav

Siden kommunalreformen indtraf i 2007, har kommunerne haft hovedansvaret for de forebyggende indsatser (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013). Regeringens rolle er forbeholdt til at fastsætte målsætninger for indsatsen, hvor hovedansvaret er at gennemføre og implementere lovene. Dette sker ved, at sundhedsministeren opstiller lovsforslag på regeringens vegne (Vallgård, 2011). I opfyldelsen af disse målsætninger dominerer sundhedsstyrelsen i forhold til oplysning af borgere og videre forvaltning til kommunerne, og derved minimeres regeringens ansvar (Vallgård, 2011). Derfor ligger ansvaret i dag for at skabe strukturer og reguleringer, mere eller mindre hos kommunerne, som støtter sig op ad de anbefalinger de får fra Sundhedsstyrelsen og de love der vedtages af regeringen. Denne politiske ansvarsfordeling, kan medføre store udfordringer for kommunerne i forebyggelsen af social ulighed i sundhed. Kommunerne står med det største ansvar, samtidig med at de mest effektive og strukturelle politikker er i hænderne på regeringen og politiske beslutningstagere, som skal sikre de overordnede forhold, som kan reducere uligheden. Det er usammenhængende at kommunerne står med ansvaret, når der er behov for at ansvarliggøre staten (Københavns Universitet, 2015).

For at staten kan allokere ressourcer til omfattende interventioner, er det nødvendigt at evaluere, hvad der virker og ikke virker, hvor der er størst tiltro til eksperimentelt design (Krejsler, 2009). Dog argumenterer Whitehead og Popay (2010) for, at det ikke vil være tilstrækkeligt at udføre eksperimentelt design, som grundlag for beslutningstagning, fordi de mulige interventioner involverer komplekse systemer, som ellers kan have store potentialer for at ændre ulighed i sundhed (Whitehead & Popay, 2010), om end det kan være vanskeligt at demonstrere givet de adskillige faktorer der er i spil (Mechanic, 2007). Til trods for dette, angives det i rapporten *"Tackling Health Inequalities Locally: the Scaninavian Experience"* fra Københavns Universitet, at det tidligere er set, at nationale politikker er de mest omkostningseffektive. Dog vil fordelene ikke kunne ses med det samme, da de er langsigtede, hvorfor effekten først er tydelig mange år efter interventionen (Københavns Universitet, 2015). Derfor kan der være et behov for at udvide evidensbasen for, hvordan sundhedspolitiske systemer har en indflydelse på sundhed (Ottersen et al., 2014). På den måde kan det blive muligt at legitimere et forslag til intervention i forhold til den særlige kontekst (Krejsler, 2009).

I relation til nuværende sundhedspolitikker, herunder forebyggende indsatser, og deres eventuelle negative indflydelse på ulighed, må politiske beslutningstagere anerkende hvad det er, der gør, at uligheden fortsat er stigende (Whitehead & Popay, 2010). Regeringer har en stor rolle i forhold til,

hvilken kontekst sociale grupper og individer lever i fordi, at de fundamentale årsager til ulighed i sundhed ofte reflekterer en systematik i politiske-, økonomiske-, sociale-, og samfunds faktorer (Sadana & Blas, 2013; Shaw et al., 2002). Den sundhedspolitiske rollefordeling kan give udfordringer, da der er mange forskellige aktører i spil. Dog skaber en eventuel mulighed for at indføre nye strukturer og reguleringer, et behov for at analysere nuværende sundhedspolitikker, både for deres positive og negative effekter på livsmulighederne i alle sociale grupper i forhold til deres ressourcer og forudsætninger heri.

2.11 Effektive forebyggelsesstrategier i norden

Lande som anvender en downstream tilgang i forebyggelse, forebyggelse med fokus på adfærd og livsstil, har sjældent vist sig effektive. Derfor er der fra forskningsmæssig side vurderet et behov for et konceptuelt skifte i måden at tænke forebyggelse af social ulighed i sundhed på (Watt, 2007).

Her ses potentiale for, at en forandring af forebyggelse af social ulighed i dansk kontekst, kan finde inspiration hos andre lande eksempelvis andre skandinaviske lande. Social ulighed i sundhed er politisk konceptualiseret på forskellig vis i de nordiske lande i nationale og lokale politikker (Københavns Universitet, 2015). Sverige er et land, som har forsøgt at tage højde for den sociale og samfundsmæssige kontekst. Landet har i sine forebyggelsesstrategier, haft fokus på så vidt muligt at understøtte lige vilkår for befolkningen, med henblik på at reducere sociale strata. Både i forhold til livsbetingelser og faktorer i samfundet, som skaber 'den gode' eller 'dårlige' sundhed (Graham, 2004). Der har i Sverige ikke været det samme fokus på individet, dets adfærd og livsstil, som det har været i Danmark. Sverige har i stedet haft fokus på at reducere social ulighed i sundhed som noget politisk (Vallgård, 2001). Et fokus som blandt andet ses ved, at Sverige siden slutningen af 1990'erne, har fokuseret på, at viden ikke nødvendigvis får folk til ændre sundhedsadfærd i en positiv sund retning, og fokuserer i stedet på nogen af de andre faktorer, som kan være afgørende – eksempelvis mangel på motivation, der blandt andet kan skyldes, at der kan være andre faktorer og forhold end sundhed, som er vigtige for den pågældende befolkningsgruppe (Vallgård, 2004). Det kan være svært at opretholde motivation, hvis den enkelte ikke har ressourcerne (Mechanic, 2007). Derfor er ressourcer en anden faktor, der er afgørende. Sverige eksekverer forebyggelse af social ulighed i sundhed på en mere avanceret måde end andre lande. Det gør de ved, at deres strategier bygger på tværfagligt og tværsektorielt arbejde fra forskere, politikere samt folkesundhedsprofessionelle, og kombinerer downstream med upstream forebyggelsesstrategier; en kombination af strukturelle-, universelle-, og lokalsamfundsinterventioner (Graham, 2004).

Strategier som fra forskningsmæssig side kan have et potentiale for at forebygge og reducere social ulighed i sundhed (Ottersen et al., 2014; Whitehead & Popay, 2010). Det for eksempel at sociale forskelle i mortalitet og sygelighed mindre i Sverige, end de er i andre nordiske og europæiske lande (Power, 1994; Vallgård, 2009). Dermed har de som et af de eneste lande i Europa formået at reducere den sociale ulighed i sundhed på mortalitets og sygelighedsområdet. Norge har i modsætning til Sverige været lidt senere ude. I Norge har social ulighed i sundhed først vundet indpas på den politiske dagsorden i 2007. Det kan være en medvirkende forklaring på hvorfor, at de gør noget anderledes end andre lande, da de har haft mulighed for at finde inspiration. Forebyggelsen i Norge kombinerer universelle politikker og programmer med selektive planer til de borgere med færrest ressourcer (Whitehead & Popay, 2010). I sammenligning med Danmark er et kendetegn, at Norge ikke lægger samme vægt på livsstil og individuel adfærd, men i stedet prioriterer lokalmiljøer og vilkår heri. Dog er der som i Danmark stadig en bagvedliggende antagelse om, at frigivelse af magt gennem ansvar er en stor del af at skabe sundhed. Statens rolle er derfor som i Danmark, at ansvarliggøre individet, dog i kombination med at skabe bedre levekår for lavt stillede grupper (Vallgård, 2001).

Danmark har en lavere middellevetid end Norge og Sverige, som er lande, som Danmark normalvis sammenligner sig med (Vallgård, 2001). Den gennemsnitlige middellevetid har i Danmark ikke ændret sig ligeså meget som Norge og Sveriges middellevetid, hvis der kigges på den historiske udvikling. Dette kan være en forklaring på, at middellevetiden har fået så stort et fokus i Danmark (Vallgård, 2001). Sammenlignet med Danmark, er der i Sverige mindre sociale forskelle i mortalitet målt på uddannelsesniveau. Det betyder, at der er mindre forskel mellem at være lavt og højt uddannet i Sverige sammenlignet med Danmark, hvor forskellen i mortalitet er større (Københavns Universitet, 2015).

Ovenstående antyder, at det kan være muligt at inddrage flere fokusområder i forebyggelse, i forhold til at udfordre en social skævhed, som også kan observeres i Danmark. Et anderledes fokus og resultaterne her indikerer, at Norge og Sverige muligvis har valgt nogle mere effektive forebyggelsesstrategier end Danmark.

2.12 Afgrænsning

Med udgangspunkt i den foregående problemanalyse afgrænser specialet sig til en forståelse af, at problematisering af et folkesundhedsproblem som social ulighed i sundhed afhænger af, hvordan

det forstås at sundhed skabes og hvad der anskues som årsag til sygdom. Det der definerer socioøkonomiske grupper i samfundet er sociale karakteristika, som betegner en ulige fordeling af ressourcer, som kan anvendes i skabelsen af sundhed. Livsstilsforklaringen overser, at menneskers handlemuligheder er forskellige, og at disse kan variere mellem sociale grupper, afhængig af ressourcer og strukturer. Således tillægges individet et stort ansvar i skabelsen af sundhed, hvilket kan være anledning til utilsigtede konsekvenser ved forebyggelsen og samtidig at social ulighed i sundhed fortsat er en aktuel problematik.

3. Formål

Projektets formål er at klarlægge de underliggende forståelser, som den danske forebyggelse af social ulighed i sundhed bygger på og heraf stille forslag til en forandring af strategien med henblik på at opnå en forbedret indsats målrettet social ulighed i sundhed og samtidig minimere potentielle utilsigtede konsekvenser af forebyggelsen.

4. Problemformulering

Med afsæt i teori om de bagvedliggende årsager til social ulighed i sundhed, hvordan kan forebyggelsesstrategierne da forandres og samtidig minimere eventuelle utilsigtede konsekvenser?

- 1) Hvilke forståelser af sundhed og sygdom er og har været konstituerende i de nationale strategier for forebyggelse af social ulighed i sundhed?
- 2) Hvilke forebyggelsesstrategier foreslås i litteraturen at kunne forebygge social ulighed i sundhed?

5. Problembearbejdning

5.1 Sammenhæng mellem problemformuleringens to delspørgsmål

Specialets problemformulering består af en overordnet problemformulering med to tilhørende delspørgsmål. Specialet ønsker med første delspørgsmål en forståelse for de konstituerende

forståelser, der er og har været i de nationale strategier for forebyggelse af social ulighed i sundhed. Med nationale strategier for forebyggelse menes, at der er en række politiske aktører, som opstiller en række løsningsforslag herfor, som resulterer i hvordan der forebygges. Ved andet delspørgsmål i problemformuleringen søges en forståelse for hvilke forebyggelsesstrategier, der kan anvendes med henblik på at reducere social ulighed i sundhed. Med strategier menes her hvad der kan gøres i forhold til at forebygge social ulighed i sundhed. De to delspørgsmål skal være med til at besvare den overordnede problemformulering med henblik på, hvordan forebyggelsesstrategierne kan forandres i Danmark. Dette sker ved at inddrage teori om årsagsforklaringer på social ulighed i sundhed med henblik på at opnå sammenhæng mellem de empiriske fund og teorien. Forståelsen skal i en syntese bidrage til forslag om, hvordan de nationale forebyggelsesstrategier i Danmark kan forandres. Problemformuleringens to delspørgsmål rangordnes ikke, men er ligestillede for besvarelsen af den overordnet problemformulering.

5.2 Problemformulering og forskningsparadigmer

En problemformulering placerer sig inden for forskellige traditioner for forskning og forskningstyper, hvorunder der findes forskellige metoder. En refleksion over forskningsparadigmer og position kan reducere en eventuel usikkerhed af en undersøgelses fund og resultater, fordi det kan styrke de øvrige valg og refleksioner, der foretages i planlægning og gennemførelse af en undersøgelse (Launsø, Rieper, & Olsen, 2011). Omvendt kan det, hvis ikke en sådan refleksion foretages, medføre inkonsistens i valg af metoder og heraf usikkerhed i en undersøgelses konklusioner (Carter & Little, 2007). For at kunne begrunde valg og anvendelse af metoder til projektets problemformulering, må der derfor reflekteres over de forskningsparadigmer, som projektet positionerer sig under. En undersøgelse må gerne være positioneret under forskellige forskningsparadigmer (Launsø et al., 2011). Et forskningsparadigme er et domæne for viden og herunder hvordan viden skabes (Atkinson, 1995). Hvordan viden skabes relaterer sig til epistemologi og epistemologi vedrører, hvornår noget inden for forskellige videnskabsteorier, kan vurderes for værende viden. Derfor er det også i videnskabsteorien, at metoder til at generere data i fremstilling af ny viden, må retfærdiggøres afhængig af deres epistemologi (Carter & Little, 2007). Derfor begrundes et forestående valg af metoder, med baggrund i relevante videnskabsteorier i overensstemmelse med den viden som projektets problemformulering og hertil delspørgsmål efterspørger.

5.3 Årsagsteorier om social ulighed i sundhed i projektet

En sammenkobling mellem teori og empirisk materiale kan bidrage til kohærens i en undersøgelse. Kohærens betyder sammenhæng, og er en måde at drage sandhed på. Meningen med at eftersøge kohærens er at validere en undersøgelses resultater (Justesen & Mik-Meyer, 2012). En teori er en abstraktion over virkeligheden, ofte baseret på og senere løsrevet fra empiriske undersøgelser, med formålet om at sige noget mere generelt om virkeligheden (Høyer, 2012). I praksis betyder det, at noget accepteres som sandt, hvis det hænger sammen med andre sandheder (Birkler, 2010). Ved at inddrage teori, som forklarer social ulighed i sundhed, kan det være muligt at opnå kohærens i de resultater, der udledes i bearbejdelsen af de to delspørgsmål – både i forhold til om de strategier, der fremhæves kan adressere social ulighed i sundhed, i relation til deres sammenhæng med de årsagsforklaringer, der er til uligheden og hvordan forståelser konstituerende i de nationale strategier for forebyggelse kan relateres dertil. Af hensyn til stringens mellem bagvedliggende antagelser og specialets fortolkninger, udvælges teorierne på den baggrund, at de har været de primære referencer til specialets forståelse af årsager til social ulighed i sundhed.

Link & Phelan (1995) forklarer social ulighed i sundhed ved grundlæggende sociale faktorer. Teorien repræsenterer en antagelse om, at socioøkonomisk status er en manifestation af social kapital qua de ressourcer, som begrebet dækker over – sociale relationer, magt, viden og penge. Alle er ressourcer, som angives at have betydning for, hvorvidt det er muligt at undgå eksponering for risici i både miljø og livsstil - proksimale faktorer, samt konsekvenserne af sygdom. Ved ulighed i samfundets fordeling af ressourcer vil der være ulighed i sundhed, og derfor udlægger teorien socioøkonomisk status, som en fundamental årsag til social ulighed i sundhed. Social ulighed i sundhed må ifølge teorien adresseres gennem kontekstualisering, hvor der tages stilling til, hvad der er medvirkende til at mennesker systematisk eksponeres for forskellige risici med social ulighed i sundhed til følge. Elstad (2000) udlægger fire forskellige forklaringsmåder på social ulighed i sundhed, som forholder sig til det sociale aspekt af ulighed i sundhed. Hver forklaring er opbygget om en dynamik mellem den determinant forklaringen henviser til, henholdsvis livsstil, ressourcer, social mobilitet og psykosocial velfærd, som interagerer med sociale processer relateret til samfundets strukturer. Her forholder Elstad sig til, at den sociale ulighed i sundhed ikke udelukkende er et resultat af socioøkonomisk status og forskelle heri, men også sociale positioner i interaktion med samfundets strukturer.

6. Problembearbejdning af første delspørgsmål

I det nedenstående præsenteres problembearbejdning af første delspørgsmål, som indebærer operationalisering af spørgsmålet, videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser samt analyse.

6.1 Operationalisering af første delspørgsmål i problemformuleringen

Med specialets første delspørgsmål i problemformuleringen ”hvilke forståelser af sundhed og sygdom er og har været konstituerende i de nationale strategier for forebyggelse af social ulighed i sundhed?” efterspørges forståelsesbaseret viden, og opmærksomhed rettes mod de forståelser, der er grundlæggende for den måde, hvorpå social ulighed i sundhed tænkes reduceret, og hvilke argumenter disse forståelser kommer til udtryk i. Med udgangspunkt i denne operationalisering positionerer specialet sig under det fortolkningsvidenskabelige paradigme.

6.2 Det fortolkningsvidenskabelige paradigme og hermeneutik

Det fortolkningsvidenskabelige paradigme orienterer sig mod at opnå dybdegående forståelse af et fænomen, med en epistemologi om, at viden skabes gennem forståelse af det undersøgte. Som udgangspunkt sker denne forståelse på basis af hermeneutisk fortolkning. Forståelse og fortolkning kan derfor gå ’hånd i hånd’ og er begge centrale elementer i den forstående forskningstype under det fortolkningsvidenskabelige paradigme (Launsø et al., 2011). Hermeneutikken reflekterer over, hvordan et udtryk kan overføres til ens egen verden (Birkler, 2010). I nærværende sammenhæng vedrører denne refleksion, hvordan udtryk i nationale strategier kan overføres til et folkesundhedsperspektiv på forebyggelse af social ulighed i sundhed.

I hermeneutikken er den hermeneutiske cirkel et overordnet epistemologisk princip, hvor forståelse er en dynamisk proces mellem dele og helhed. Den hermeneutiske cirkel henviser til, at forståelse er cirkulær (Søren Juul, 2012). Denne grundlæggende antagelse om at forståelse er cirkulær beror på, at ny forståelse sker på baggrund af det, der i forvejen forstås – her refereres til begrebet om forforståelse. En forforståelse er en forudgående forståelse, en fordom, baseret på forventninger, meninger og viden, og det er med udgangspunkt i den, at ny forståelse kan opnås. Summen af disse elementer udgør menneskets forståelseshorisont, hvilken muliggør fortolkning, og som også er årsag til, at forforståelsen må sættes i spil.

For at opnå ny forståelse og deraf ny viden er det en forudsætning, at den forstående må sætte sin forforståelse i spil. I samspil med en anden forståelseshorisont er det muligt, at sammensmelte to forståelseshorisonter – en horisontsammensmeltning – hvorudfra ny forståelsesbaseret viden opstår (Birkler, 2010). Det er her undervejs, at forforståelsen først kan være en helhedsforståelse, og i samspillet med den anden opstår nye delforståelser, som igen kan være anledning til en ny helhedsforståelse (Søren Juul, 2012). Her kan også refereres tilbage til det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor forståelse antages at være en dynamisk proces, hvor ny erkendelse sker løbende og skaber nye forståelseshorisonter (Launsø et al., 2011). Derfor kan fortolkning forstås, som den gør i metodehermeneutikken, som en vekselvirkning mellem del og helhed, hvor sammenhængen herimellem er det, der er indsigtsgivende og meningsskabende for den forstående (Søren Juul, 2012).

6.2.1 Specialets forforståelse

Fordi at ny forståelse jævnfør ovenstående, er baseret på tidligere, er det vigtigt at eksplicitere specialets forforståelse. Først og fremmest fordi at en forforståelse kan være produktiv for erkendelse, da den kan fungere som ledetråd i den videre proces med problembearbejdningen (Søren Juul, 2012). En eksplicit refleksion over den forståendes forforståelse er også vigtig, idet den danner fundament for den nye viden, der fremfindes (Birkler, 2010). Således kan det også være lettere for læseren at gennemskue, hvad der ligger i en problemstilling (Søren Juul, 2012).

Specialegruppen har dannet en personlig forforståelse ud fra egne oplevelser og erfaringer eller bekendtes erfaringer relateret til social ulighed i sundhed. Samtidig er forforståelsen præget af fordomme. Yderligere er specialets forforståelse influeret af den viden, som er opnået og fremstillet i den indledende del af projektarbejdet og som fremgår af problemanalysen. I det indledende arbejde med projektet har specialegruppen udvidet sin forståelseshorisont idet, at der løbende er sket en vekselvirkning mellem dele og helhed. Specialegruppens forforståelse forholder sig til social ulighed i sundhed, som et etisk, moralsk og samfundsmæssigt problem, og desuden kritisk i forhold til måden hvorpå ulighedsproblematikken forsøges forebygget i dag i Danmark. Sundhed og det at have en sund adfærd er ikke nødvendigvis af lige høj prioritet for alle, men noget der afhænger af social kapital og de problematikker en social gruppe rummer i sit hverdagsliv. Der stilles derfor spørgsmålstejn ved, om det er hensigtsmæssigt at forebygge ud fra et normaliseret sundhedsideal. Muligheden for at være sund ligger også i et menneskes sociale ressourcer og

adgangen her til, hvor samfundet har mere indflydelse end det ses, at det vedkender. I forhold til hvordan social ulighed i sundhed forebygges, tænkes på at argumentet for forebyggelse er med reference til livsstil og risikofaktorer nærmere end til sociale og samfundsrelaterede årsager i levekår og strukturer, og at sidstnævnte derfor er et mangelfuldt perspektiv. Desuden forstås, at når levekår og strukturer inddrages er det sommetider stadig med henblik på at forandre livsstil for de dårligst stillede eller mest udsatte og marginaliserede sociale grupper i samfundet. Denne forforståelse af uligheds problematikken er baseret på egne oplevelser og erfaringer, og viden fra læsning af de studier, rapporter og bøger, der er refereret til i problemanalysen, samt på dialog indbyrdes i specialegruppen og med vejleder, hvormed specialegruppens forståelseshorisont løbende gennem processen er blevet udvidet.

Formålet med at inddrage specialegruppens egen forforståelse er at synliggøre præmisserne for de fortolkninger der drages, og som specialets resultater og konklusioner baseres på.

6.2.2 Hermeneutik og kvalitativ forskningsmetode

I forlængelse af første delspørgsmål i problemformuleringen og besvarelsen heraf, argumenteres i det næste for valg af metode til dataindsamling, med et epistemologisk og ontologisk princip om, at viden skabes gennem forståelse jævnfør ovenstående afsnit 6.2 om forskningsparadigmer og hermeneutik.

Når formålet er at forstå, kan formålet oversættes til at være eksplorativt, hvilket vil sige at udforske perspektiver. Dette er en tankegang i den forstående forskningstype, som er baseret på kvalitative undersøgelsesmetoder (Launsø et al., 2011). Specialet har med første delspørgsmål i problemformulering, til hensigt at udvælge en metode, som kan udforske social ulighed i sundhed som fænomen i konteksten af dansk forebyggelse. Her er konteksten den sociale eller samfundsmæssige sammenhæng, og det er herudfra fortolkning må foretages, fordi det er heri forståelser dannes (Launsø et al., 2011). For at få adgang til konteksten, som specialet angiver for at være dansk forebyggelse og dens konstituerede forståelser, må udvælges metoder, der giver adgang til disse. Førnævnte forståelser kommer eksempelvis til udtryk i de målsætninger, der af regeringen stilles for forebyggelsesarbejdet. I kvalitativ forskning er fokus på at danne mening gennem tekst, hvortil spørgsmål stilles om det undersøgte fænomen (Carter & Little, 2007). Analyse af tekst kan være en selvstændig undersøgelsesmetode i besvarelsen af en problemformulering, og tager afsæt i

den hermeneutiske videnskabstradition, hvor forforståelsen er en forudsætning for at forstå teksten og deraf frugtbart for forståelsen (K. Frederiksen & Beedholm, 2011a).

6.3 Kvalitativ dokumentanalyse

Specialet har til formål at klarlægge de strategier og underliggende forståelser, som den danske forebyggelse af social ulighed i sundhed bygger på og heraf stille forslag til en forandring af strategien med henblik på at opnå en forbedret indsats målrettet social ulighed i sundhed og samtidig minimere potentielle utilsigtede konsekvenser af forebyggelsen. Derfor søges der en forståelse for de konstituerende forståelser, der er i de nationale strategier for forebyggelse af social ulighed i sundhed. Her vil forståelsen af den sociale og samfundslige kontekst, som dansk forebyggelse af social ulighed i sundhed er indlejret i, være et centralt aspekt.

Analyse af tekst kan foregå ved en dokumentanalyse, og interesserer sig blandt andet for normer og praksisser (Lynggaard, 2015). Dokumentanalyse som metode kan anvendes til at besvare spørgsmål, som stilles til den konkrete tekst med henblik på at løse en konkret problemstilling. Samtidig kan de svar der opnås være med til at overbevise andre om at fortolkningen af teksten er troværdig. Fortolkningen er den proces, hvori tekstens dele forstås i relation til tekstens helhed, og omvendt i overensstemmelse med den hermeneutiske videnskabsteoretiske position (L. B. Jensen, 2011). Det centrale i dokumentanalysen er *"hvordan vi konkret bruger sproget til at kommunikere og agere med hinanden i en social kontekst"* (L. B. Jensen, 2011, p. 21).

6.3.1 Hvad et dokument er

Der er klar enighed i den danske litteratur om dokumentanalyse i forhold til, at der ikke eksisterer en entydig definition af, hvad et dokument er (Duedahl & Jacobsen, 2010; Triantafillou, 2016). En teknologisk udvikling har ændret definitionen af, hvad et dokument er. Dette fordi, at en stor del af de dokumenter, der produceres i dag ikke, som udgangspunkt er at finde i trykt form, men findes elektronisk (Duedahl & Jacobsen, 2010). Dog vil de fleste både fagpersoner og lægpersoner definere et dokument, som et skriftligt materiale, som enten er bogstaver eller tal, og hvor disse danner sætninger, som skaber sammenhængende udsagn (Triantafillou, 2016). Derudover er et dokument fikseret i tid (Lynggaard, 2015). I et hermeneutisk perspektiv udgøres den sociale og samfundslige kontekst både sprogligt og historisk i forhold til tid. Forståelse af denne kontekst er et ontologisk princip i hermeneutikken (Birkler, 2010). Herved forstås, at det kan være muligt at opnå

forståelse af sundhed og sygdom og hertil de nationale strategier for forebyggelse af social ulighed i sundhed, gennem dokumenter som afspejler denne kontekst. Derfor udvælges dokumentanalyse som metode til datagenerering, da denne forventes, at kunne give indsigt i den tekstuelle og tidsmæssige kontekst for dansk forebyggelse. Dette er også en metode, som kan være i overensstemmelse med den hermeneutiske tradition jævnfør dens definition af kontekst.

6.3.2 Dokumentanalyse i metodisk forstand

Metodisk har dokumentanalyse to overordnede formål. Det ene handler om ens egen fortolkning af teksten, mens det andet formål handler om at kunne argumentere for denne fortolkning over for andre. Det første formål i analysen kaldes erkendelse og indebærer at blive klogere på den tekst, der analyseres. Dette med udgangspunkt i de spørgsmål, der stilles i analysen. Når erkendelsen er nået og analytikerne ved, hvad der menes om teksten, så går dokumentanalysen over i at skulle overbevise andre om sin fortolkning og forståelse af indholdet i dokumentet, hvilket kaldes argumentationen (L. B. Jensen, 2011).

6.3.3 Generering af dokumenter til analyse

Med en forståelse af hvad et dokument er, kan udvælgelsen af hvilke dokumenter, der kan gøres til genstand for analyse foregå. Generering af dokumenter bestemmes af hvilken type dokument, der søges. Typen af dokument afhænger af problemformuleringen og det felt der lægges op til at undersøge (Lynggaard, 2015). I en dansk kontekst er regeringen den primære autoritet i forbindelse med de målsætninger, der danner grundlag for, hvordan social ulighed i sundhed forebygges i Danmark (Vallgård, 2011). Et kriterium for generering af dokumenter kan være afsenders rolle, og den centrale funktion eller autoritet i feltet, som denne tildeles, eksempelvis på et politisk område (Lynggaard, 2015). Her forstås forebyggelse som et politisk område (Olsson, 2009).

Et nationalt folkesundhedsprogram er et politisk vedtaget dokument, der på det nationale niveau beskæftiger sig med de overordnede mål, strategier og indsatser, som vedrører befolkningens sundheds- og sygdomsudvikling (Kamper-Jørgensen, 2004). Et folkesundhedsprogram er den pågældende regeringens bud på, hvordan befolkningens sundhed kan forbedres. Folkesundhedsprogrammerne har siden 90'erne haft til formål at forbedre folkesundheden målt på raske leveår og middellevetid samt reducere social ulighed i sundhed (Vallgård, 2009). I lyset af at formålet med specialet er at stille forslag til, hvordan en forandring af strategien kan finde sted med henblik på at reducere social ulighed i sundhed, så er det afgørende, at de

folkesundhedsprogrammer der inddrages, har reduktion af social ulighed i sundhed som mål. Det første program der er udgivet er ”Regeringens forebyggelsesprogram” fra 1989, hvor det centrale punkt var, at sænke antallet af tidlige dødsfald, sænke antallet af invaliderede og lidende mennesker og at give flere en alderdom uden forringet livskvalitet (Kamper-Jørgensen, 2011). Dermed er der ikke fokus på reduktion af social ulighed i sundhed som mål, hvilket er afgørende for, at dette forebyggelsesprogram fra 1989 er ekskluderet og ikke medtaget som empiri til dokumentanalysen. I stedet inddrages de tre efterfølgende folkesundhedsprogrammer, hvis mål er at reducere social ulighed i sundhed. Folkesundhedsprogrammerne fra henholdsvis år 1999, 2002 og 2014 inkluderes som empiri til genstand for dokumentanalyse. Det nyeste folkesundhedsprogram er programmet fra 2014, og der er dermed ikke udgivet et program af den nuværende regering. I tabel 1 gives et overblik over dokumenterne. Tabellen er løbende gennem analysen blevet opdateret i takt med, at der opnås større indsigt i de enkelte programmer.

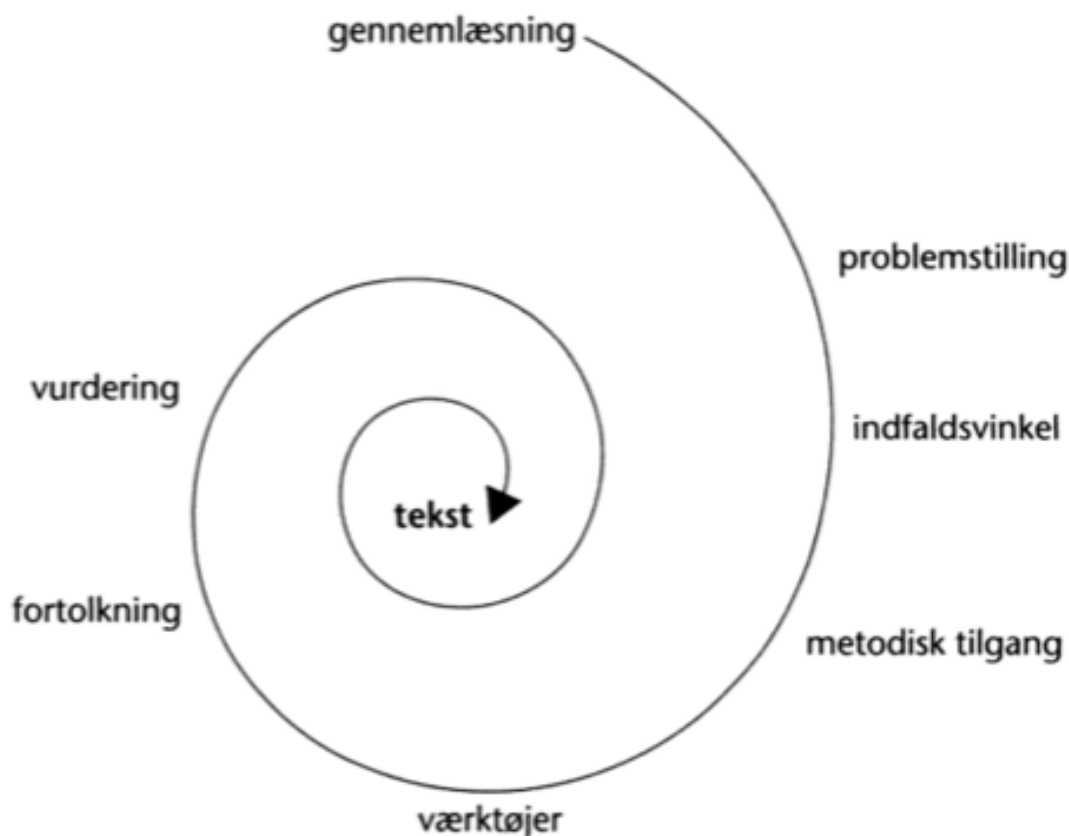
Programmer	Programmets titel og afsender¹	Regering og minister	Udgivelses måned og år
Folkesundhedsprogram 1999	<i>”Folkesundhedsprogrammet 1999-2008”</i> SR-regering. Sundhedsministeriet	Socialdemokratiet og Radikale Venstre (SR-regering) Carsten Koch	Juni 1999
Folkesundhedsprogram 2002	<i>Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10”</i> VK-regering. Indenrigs- og Sundhedsministeriet	Venstre og Konservative (VK-regering) Lars Løkke Rasmussen	September 2002
Folkesundhedsprogram 2014	<i>”Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år”</i> SRSF-regering. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse	Socialdemokratiet, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti (SRSF-regering) Astrid Krag	Januar 2014

Tabel 1: Overblik over inkluderede dokumenter

6.3.4 Analysens struktur

I dokumentanalysen af de præsenterede folkesundhedsprogrammer, tages udgangspunkt i Leif Becker Jensens forslag til en analyseprocedure. Analyseproceduren forslår og opstiller en struktur til anvendelse i praksis (L. B. Jensen, 2011). Struktur i kvalitative undersøgelser kan bidrage til stringens i den metodiske procedure. Det vil sige, at det ved fremlægning og anvendelse af struktur, bliver mere eksplicit, hvordan analysen skrider frem, hvorfor det bliver transparent for læseren, hvordan analysens resultater udledes og dermed øges troværdigheden (Kitto, Chesters, & Grbich, 2008).

De elementer der indgår i en analyseprocedure kan anskues som en spiral. Spiralen forklares ved, at ny indsigt i et dokument tilegnet ved dokumentanalyse er viden, som giver anledning til ny indsigt (L. B. Jensen, 2011). En sådan dynamisk forståelse kan sammenholdes med den hermeneutiske cirkel, hvor dele og helhed komplementerer hinanden og muliggør ny forståelse (Birkler, 2010). Analysespiralen består af syv elementer: *gennemlæsning af teksten, problemstilling, indfaldsvinkel, metodisk tilgang, sproglige værktøjer, fortolkning og vurdering* (L. B. Jensen, 2011). Disse elementer illustrerer analyseproceduren og kan ses i nedenstående figur 2 og bliver uddybet i det følgende.



Figur 2: Illustration af analysespiralen (L. B. Jensen, 2011, p. 32).

6.3.5 Anvendelse af analysespiralen i dokumentanalyse

1. Gennemlæsning af teksten

Analysespiralens første trin handler om gennemlæsning af den pågældende tekst. Gennemlæsningen må foregå af flere omgange, da der oftest vil fremkomme nye nuancer, når teksten læses igennem igen. Ved første gennemlæsning opnås et intuitivt indtryk af teksten, mens at efterfølgende gennemlæsning giver et helhedsindtryk af teksten (L. B. Jensen, 2011). I et hermeneutisk perspektiv jævnfør Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysestrategi (2012) har den initierende gennemlæsning af tekst til formål at danne helhedsindtryk, hvor intuitivt forstås som at teksten må gennemlæses med den analyserendes forforståelse i parentes, for at få et umiddelbart indtryk af teksten. Ved helhedsindtrykket opnås indsigt i parametre som afsender, emne, budskab, stil osv. (L. B. Jensen, 2011). For projektet vedrører disse parametre den overordnede politiske kontekst for forebyggelse. Det er også i det første trin, at det sikres, at teksten forstås og kan placeres i den rette kontekst. Der kan være elementer som dato og afsender, som ikke nødvendigvis kan findes i teksten, hvormed der kan være behov for at søge gennem opslag på internettet, hvilket kaldes ekstern analyse, mens at de informationer, som er at finde i teksten kaldes intern analyse (L. B. Jensen, 2011). Der har været behov for at foretage en ekstern analyse for at finde informationer, som ikke er at finde i teksterne. Det drejer sig blandt om hvilke partier, der har dannet regering under de forskellige folkesundhedsprogrammer. Samtidig har det gennem den interne analyse været muligt at finde informationer om hvilke personer, der har været ministre under de pågældende folkesundhedsprogrammer.

2. Problemstilling

Det andet trin i analysespiralen indbefatter, at formålet med analysen gøres klart samtidig med, at problemstillingen udarbejdes. At eksplicitere formål og problemstilling er to vigtige elementer i forhold til at kunne stille relevante spørgsmål til teksten (L. B. Jensen, 2011).

Specialet har ekspliciteret formål og problemstilling allerede forud for dette trin. Dette trin kan igen sammenholdes med hermeneutikken, idet hermeneutikken er en refleksion over, hvordan et udtryk i én kontekst kan overdrages til en anden (Birkler, 2010). Inddragelse af formål og problemformulering kan således være en måde at sætte flere kontekster i spil.

3. Indfaldsvinkel

Det tredje trin i analysespiralen er at finde frem til, hvilke indfaldsvinkler der kan anvendes i analysen – et valg som afhænger af problemstillingen. De fire indfaldsvinkler er indhold, afsender, modtager og form. Indfaldsvinklerne kan anvendes i en kombination, hvormed de kan supplere hinanden. De fire indfaldsvinkler redegøres for i det følgende med udgangspunkt i Jensen (2011).

Indhold – henviser til den symbolske funktion med spørgsmål til, hvad teksten handler om og siger om det emne, der behandles i dokumentet. Herunder spørgsmål til dets påstande, sammenhæng med virkeligheden, og hvorvidt dokumentet fremlægger enten nuancerede eller unuancerede, objektive eller subjektive beskrivelser.

Afsender – kaldes også for tekstens symptomfunktion og vedrører spørgsmål til afsenderens hensigt. Dette relaterer sig til, hvilke holdninger teksten udtrykker og om det er til at stole på afsenderens argumentation herfor. Det centrale for denne indfaldsvinkel er at udlede, om afsenderen findes troværdig eller utroværdig, med udgangspunkt i hvad der læses ud fra teksten.

Modtager – kaldes også for signal funktionen. Her er spørgsmålene koncentreret om målgruppen for dokumentet – eksempelvis om hvorvidt målgruppen formodes at kunne læse og forstå teksten, og om den valgte modtager, som der læses til ud af teksten også svarer til den faktiske modtager af dokumentet. Et andet spørgsmål er, hvorvidt teksten manipulerer med modtageren, altså om vigtige forhold ikke bliver fremlagt for læseren.

Form – kaldes også for den æstetiske funktion. Dette spørgsmål handler om tekstens genre, disposition, stil, sprog, argumentation og layout.

I dokumentanalysen anvendes dele af alle fire indfaldsvinkler. Hovedsageligt med fokus på indhold og afsender, da disse kan give indsigt i, hvordan afsenderen forholder sig til emnet og hvad der menes herom. Da disse to indfaldsvinkler er afgørende for at besvare første delspørgsmål i problemformuleringen vedrørende forståelser af sygdom og sundhed. Modtager indfaldsvinklen vil til dels også blive anvendt med henblik på at finde frem til om modtageren får et nuanceret billede, primært med fokus på, hvordan der argumenteres hvilket også indbefatter form.

4. Metodisk tilgang

Det fjerde trin i analysespiralen indebærer at finde frem til og udvælge en relevant måde at udføre dokumentanalysen på i forhold til, hvad den skal ende med at fortælle. Meningen er, at de

forskellige tilgange stiller et hovedspørgsmål, som kan besvares med analysens delspørgsmål. Derfor er valget af metodisk tilgang afhængig af det spørgsmål, der ønskes svar på (L. B. Jensen, 2011). Med udgangspunkt i gennemlæsning af de forskellige metodiske tilgange inddrager specialet følgende tilgange; indholdsanalyse og framinganalyse.

Indholdsanalyse er anvendelig i tilfælde af et formål og problemformulering, der stiller fokus på indhold. Indholdsanalysen har et beskrivende sigte, med fokus på hvad teksten handler om og hvordan forfatteren forholder sig til emnet. Indholdsanalysen relaterer sig til det næranalytiske niveau med dets spørgsmål til dokumentets emne og tema. En indholdsanalyse kan uddybes af en framinganalyse. Framinganalyse fokuserer på vinkler i forhold til hvilke(n) del(e) af virkeligheden teksten udvælger, samt hvordan den opfattes (L. B. Jensen, 2011). Framinganalyse har således fokus på, hvordan et problem defineres og hvilke årsager og løsningsmåder det tillægges. I et dokument er framing at udvælge og fremhæve argumenter i forhold til, hvordan problemer og årsager og løsninger forstås (Entman, 2015). Framinganalysen kan relateres til det samfundsanalytiske niveau med fokus på kontekst og forståelsesramme (L. B. Jensen, 2011). Fokus på indhold og framing er komplementært i forhold til, at framing understøtter en repræsentativ fremstilling af dokumentanalysen, i forhold til at sikre udvælgelse af de budskaber, der er mest fremtrædende (Entman, 2015).

5. Værktøjer

Det femte trin i analysespiralen omhandler de værktøjer, der anvendes til at udlede indhold af dokumenter. Dokumentanalyse kan ses som et håndværk, hvor problemstillingen, fokus og den metodiske tilgang bestemmer hvilke konkrete værktøjer, der er relevante at benytte i analysen af teksten (L. B. Jensen, 2011). I relation til indholdsanalyse er der sproglige værktøjer, som er vigtige at forholde sig til i en indholdsanalyse. Det drejer sig blandt andet om begreber som tekst, genre, emne, formål, budskab, argumentation – det næranalytiske niveau. Under framinganalysen er analyseværktøjer fokuseret på blandt andet politiske og diskursive forhold – det samfundsanalytiske niveau (L. B. Jensen, 2011). Spørgsmål fra begge niveauer fremgår af nedenstående tabel 2 og 3.

Det næranalytiske niveau – centrale spørgsmål til teksten
• Hvilken genre er der tale om? • Hvad er emnet og temaerne? • Hvordan er indholdet udvalgt? • Hvilke budskaber fremfører teksten? • Hvordan argumenterer teksterne for budskaberne?

Tabel 2: Det næranalytiske niveau (L. B. Jensen, 2011, pp. 59–60)

Det samfundsanalytiske niveau – centrale spørgsmål til teksten
• Hvilken overordnet diskurs er teksten et udtryk for? • Hvilken institution eller organisation er den forankret i?

Tabel 3: Det samfundsanalytiske niveau (L. B. Jensen, 2011, p. 120)

De dele der trækkes ud af dokumentmaterialet og sættes i kontekst af analysespørgsmålene kan kaldes dekonstruktion. Det vil sige, at teksten undervejs i en analyse operationaliseres til forskellige meningsfulde dele på den analyserendes præmisser – med udgangspunkt i for forståelsen og overføres til den analyserendes kontekst gennem fortolkning – en rekontekstualisering (Dahllager & Fredslund, 2012). Dokumentation fra den kvalitative dokumentanalyse kan ses i bilag 1, hvor temaer angives i relation til de citater som er udvalgt fra folkesundhedsprogrammerne og som anvendes i analysen.

6. Fortolkning

Det sjette trin i analysespiralen handler om fortolkning af teksten (L. B. Jensen, 2011). Fortolkningen indebærer at udlægge teksten i relation til problemstillingen og består af en forståelse og en forklaring. Når teksten skal forklares, så analyseres den på analytikerens præmisser og ud fra egen definerede rammer, som afhænger af formålet med dokumentanalysen (L. B. Jensen, 2011). Det er denne forklaring, som punktet for fortolkning vil danne ramme for. I sammenhold med hermeneutisk analyse er pointen, at dele bliver til helhed og helhed til dele jævnfør forståelsens cirkularitet (Birkler, 2010). I fortolkningen samles operationaliserede dele med referencer, som kan forklare, hvilke forståelser der er tale om. Således er det muligt at opstille sandsynlig forklaring på, hvordan sundhed og sygdom forstås i de nationale strategier for forebyggelse af social ulighed i sundhed.

7. Vurdering

Det syvende trin i analysespiralen handler om vurdering af teksten. Her vurderes teksten ud fra ét eller flere vurderingskriterier som tager udgangspunkt i analysens formål (L. B. Jensen, 2011). Her vurderes afsenderens, de pågældende regeringers, forståelse i forhold til hensigten. Det vil sige om de forståelser, som er karakteriserende for dokumenterne har potentiale for at reducere social ulighed i sundhed. Vurderingen foretages på baggrund af fortolkningen.

6.4 Folkesundhedsprogrammerne – det næranalytiske niveau

Hvilken genre er der tale om?

Genrebegrebet dækker over, at der findes forskellige typer af tekster, som kan underinddeles i forskellige kategorier. En genre er baseret på sociale konventioner og normer, og giver udtryk for forfatterens egen forforståelse af, hvad et dokument skal fortælle en læser om verden. Ved at få indsigt i genre opnås forståelse for, hvordan dokumentets forfatter opfatter den situation, som der skrives om. Dette giver således indsigt i forfatterens egen forståelse for det sagsforhold, som teksten forholder sig til. Analyse af genre kan derfor give indblik i kontekst (L. B. Jensen, 2011).

Folkesundhedsprogrammerne fra 1999, 2002 og 2014 er sagstekster, som placeres i hovedkategorien 'non-fiktions tekster', fordi de handler om den virkelige verden – dokumenterne bygger på faglige informationer om danskernes sundhed og hvordan den kan forbedres. Teksten er indlejret i en politisk diskurs, det vil sige, at den samfundsmæssige kontekst som teksten er forankret i er politisk (L. B. Jensen, 2011). Teksterne er 'interne tekster fra en institution' – en politisk institution, hvor medarbejderne selv skal bruge teksten (L. B. Jensen, 2011). Samtidig er teksterne 'offentlige tekster' jævnfør Jensen (2011), fordi de ikke kun er forbeholdt institutionelle modtagere, men er tilgængelige for alle og målrettet den danske befolkning. Den politiske institution vedrører den pågældende regering for hvert program; en SR-regering i 1999, en VK-regering i 2002 og en SFSR-regering i 2014, og de ministerier som udvikler initiativer inden for forskellige politiske områder som understøtter programmernes mål. Folkesundhedsprogrammerne er derfor policy-dokumenter, som fastsætter en dagsorden for både institutionelle aktører samt for den danske befolkning.

Hvad der yderligere kan inddele en tekst i en genre og deraf give indsigt i tekstens kontekst og forståelser, er analyse af tekstens formål og hensigt (L. B. Jensen, 2011). Folkesundhedsprogrammerne fra 1999, 2002 og 2014 tilhører den ekspressive genre, fordi de har til formål at udtrykke regeringens mening og fortolkning af virkeligheden vedrørende folkesundheden i Danmark. Sundhedsminister Carsten Koch udtrykker eksempelvis mening om virkeligheden i folkesundhedsprogrammet fra 1999, hvor det fremgår ”... *at danskernes sundhed ikke nødvendigvis er ligefrem proportional med sygehusafgifterne, men i højere grad afhænger af den enkeltes egen livsstil*” (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 4). I ministerens tilhør til daværende regering, skal meningen afspejle regeringens fortolkning af virkeligheden. Af synspunktet fremhæves den enkeltes livsstil som betydningsfuld for at opnå mere sundhed blandt danskerne, og at en bedre livsstil må løfte de udgifter, der er til behandling af sygdom i sundhedsvæsenet. Ansvar betones både i forhold til sundhedsvæsenet, men også af individets egen livsstil, som fremhæves for at have større betydning for sundhed end sygehusvæsenets udgifter. Folkesundhedsprogrammet fra 2002 afspejler, at der sker et skifte i ansvarstænkningen i forhold til programmet fra 1999. Udover fokus på individet er fokus i programmet fra 2002 også på en bred vifte af aktører ”*at forbedre vores sundhed forudsætter, at vi alle vedkender os vores ansvar og påtager os vores del af opgaverne. Dvs. den enkelte, familien, de nære netværk; den frivillige verden; daginstitutioner, uddannelsessteder, sundhedsvæsenet m.v.; arbejdspladser; private og offentlige virksomheder; kommuner, amter og staten*” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 4). For at forbedre befolkningens sundhed fastslås en fælles ansvarsfordeling i individets hverdagsliv og nære relationer, i social organisationer og relationer samt på et højere institutionelt niveau i samfundet. Et fælles orienteret skifte i ansvarstænkning følger ind i programmet fra 2014. Daværende sundhedsminister Astrid Krag udtrykker ”*vi skal gøre en fælles indsats for at skabe sunde rammer og understøtte de mennesker, der ønsker en sund eller sundere livsstil. Det betyder også at den enkelte har et ansvar for at have opmærksomhed på eget helbred*” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 4). Ansvar henføres til dels individet, men ansvarsfordelingen specificeres også i forhold til fællesskabet. Her betegnes menneskers rammer for vigtige, fordi de kan understøtte borgerens valg og ansvar for at monitorere en sund livsstil, og det forventes, at livsstil er nøglen til et bedre helbred og deraf sundhed, som sunde rammer kan facilitere. Fællesskabets ansvar betones i forhold til at facilitere en sundere livsstil. Perioden fra 2002 og frem til 2014 afspejler en stigende tendens til at inddrage fællesskabet i formuleringer om ansvar, som formodes at kunne facilitere et sundt liv for den enkelte borger.

Et andet eksempel på den ekspressive genre, og deraf hvordan dokumenternes forfattere forstår den virkelighed, hvorefter de skriver, fremgår af folkesundhedsprogrammet fra 1999. Her fremlægges en række initiativer, som forventes at kunne forbedre folkesundheden *”det handler om kost, motion og trivsel – ikke blot i arbejdstiden, men som en del af en livsstil. Projektet er i høj grad holdningsbearbejdende og skal virke som en ’eye-opener’, der skal få medarbejderne og deres familier til at være mere opmærksomme på deres sundhed”* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 10). Kost og motion fremhæves som livsstilsfaktorer og de sættes i sammenhæng med trivsel. Omvendt identificeres kost og motion også som risikofaktorer for sundhed. Arbejdspladsen forstås som en institution, der kan sætte rammer for, at dens medarbejdere ændrer holdning og tager ansvar for egen sundhed ved at ændre livsstil. Aften møder på arbejdspladsen skal informere om sundt kost (Sundhedsstyrelsen, 1999). Således defineres arbejdspladsens rolle som informationsgivende. Herved ses en forventning om, at mere viden gennem arbejdspladsens indblanding, kan forbedre kostvaner og deraf trivsel.

En forståelse af at risikofaktorer og information herom er kausalt lig med sundhed fortsætter både i 2002,- og 2004-programmet. I forhold til hvad det offentlige kan gøre fremskrives eksempelvis, at det offentlige skal *”sikre et højt informationsniveau om sundhed i relation til fødevarer og måltider”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 20). Informationselementet går igen i alle forslag til indsatser om risikofaktorer i livsstil i folkesundhedsprogrammet fra 2002. Informationselementet er ikke ligeså eksplicit i programmet fra 2014, her nævnes det kun en enkelt gang i relation til informationsindsatser om rygning. Dog er der flere steder, hvor der implicit henvises til, at der gives information, eksempelvis gennem alkoholpolitikker. Informationselementet er dermed gennemgående i alle programmerne.

Hvad er emnet og temaerne?

Sagtekster, som i det nærværende, handler altid om et emne, som er det teksten handler om. En tekst kan imidlertid handle om flere ting (L. B. Jensen, 2011).

De tre folkesundhedsprogrammer adskiller sig ikke væsentligt på emne. Alle tre folkesundhedsprogrammer handler om status quo for danskernes sundhed samt, hvordan den kan forbedres fremover. Hertil opstilles en todelt målsætning, som forventes løst under en fælles paraply af indsatser. Målsætningen i de tre programmer henvender sig til henholdsvis antal leveår med livskvalitet samt social ulighed i sundhed. Det forventes, at et samspil mellem forlængelse af

antallet af leveår med bedre livskvalitet samt en reducere af social ulighed i sundhed vil forbedre danskernes folkesundhed.

I programmet fra 1999 berøres emnet i forhold til risikofaktorer, hvor der henvises til KRAM-faktorerne kost, alkohol, rygning og motion inden for forskellige aldersgrupper og forskellige forebyggelsesmiljøer. Derudover inddrages også strukturer, der formodes at kunne forbedre sundhedstilstanden, hvilket drejer sig om uddannelse og samarbejde mellem institutioner (Sundhedsstyrelsen, 1999). Fokus på KRAM-faktorer, risikofaktorer i livsstil fortsætter i de efterfølgende programmer, hvor regeringen forholder sig til social ulighed i sundhed ved at fremhæve, at det er problematisk, at eksponering for risikofaktorer i livsstil og sygdomme heraf, fordeler sig afhængigt af forskelle i uddannelsesniveau (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Ydermere går daværende VK-regering i programmet fra 2002 et lag dybere og fremhæver mere konkret, at det offentlige har en rolle i forhold til at sætte rammer i både strukturer, lovgivning og økonomiske forhold, hvor der lægges større vægt på hensyn for hele befolkningen men også særlige grupper (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Igen er programmet fra 2014 forandret, ved i mindre grad, at forholde sig til statens rolle og lægger i stedet vægt på civilsamfundets og private aktørers ansvar i forhold til at forbedre sundheden (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Derfor ses i programmerne nogen variation i, hvordan ansvarsfordelingen er uden om individet, og hvilket ansvar der skal løftes i fællesskab. Hvad der derimod er et statisk tema for målopfyldelse i alle tre programmer er fokus på, at der er nogle kendte risikofaktorer i livsstil, KRAM-faktorer, som individet kan tage ansvar for at forbedre. Det vil sige, at der i programmerne er en gennemgående enighed om, at der skal ske en forandring baseret på eksponering for risikofaktorer i livsstil med henblik på at øge antallet af leveår med bedre livskvalitet, samt en reducere af den sociale ulighed i sundhed. Derimod ses der nogen variation i, hvordan fællesskabet mellem individet, sociale organisationer og staten forventes at have indflydelse.

Hvordan er indholdet udvalgt?

Når der udarbejdes tekster, så vælges det at nævne nogle aspekter af dets emne, mens andre udelukkes. Analyse af hvordan indholdet er udvalgt kan bidrage til at forstå, hvordan forfatterne forstår emnet hvorom der skrives (L. B. Jensen, 2011).

I folkesundhedsprogrammet fra 1999 fremstilles en række succesfulde initiativer, som skal danne grundlag for fremtidige forebyggende indsatser. Eventuelle problemer eller udfordringer som vedrører pågældende indsatser benævnes minimalt. I forbindelse med problemer i en indsats om at beskytte ufødte børn, hvis mødre er stofmisbrugere benævnes det i relation til en forebyggende indsats, hvor mødre skal møde til urinkontrol *"... at det tit kniber med disciplinen"* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 23). Dog står der ikke noget om, hvordan det skal sikres, at gravide kommer til deres aftaler, når de mangler disciplin. Her fremstår valget af indhold til dels unuanceret i forhold til, at der i teksten ikke forholdes til morens perspektiv eksempelvis hvorfor, at moren er i en situation, hvor der er behov for, at hendes ufødte barn skal beskyttes af andre end hende selv. I stedet fremhæves den positive side i forlængelse af afsnittet om problemerne med at få kvinderne til at komme til aftalerne *"når det alligevel i langt de fleste tilfælde går godt, er det, fordi den gravide trods alt er motiveret"* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 23). Det der fremlægges her er i modstrid med, at det er svært at få kvinderne til at overholde deres aftaler. De vinkler der fremhæves som positive harmonerer med og bekræfter, at den citerede har en forventning om, at det er disciplin og motivation, som er drivkraften for forandringen.

Tilsvarende for programmet fra 2002 udvælges information med fokus på hvilke indsatser, der skal til for at nå målsætningerne, men uden forklaring på hvorfor og hvordan indsatsen kan bidrage til målopfyldelse. Forebyggelse på alkoholområdet indbefatter en oplysningsindsats *"oplysning om alkoholens skadelige virkninger, herunder om de anbefalede genstandsgrænser"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 13). Det fremgår ikke hvorledes informationen skal føre til ændret adfærd. Dette er også tilfældet i programmet fra 2014 hvor indsatser og erfaringer om reduktion af alkoholforbrug fremhæves *"det kan ske gennem lokalt fastsatte alkoholpolitikker"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 15) og et eksempel på en regeringsindsats *"forebyggelsespakke om alkohol"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 15). Regeringsindsatserne fremstår som informative men konkretiserer ikke, hvordan de skal medføre ændringer i danskernes sundhed. Eksemplerne der inddrages foreskriver individers valg som forudsætning, om end der ikke gives belæg for, hvorfor netop denne strategi er anvendelig. Fælles for programmerne er, at de inddrager eksempler på løsningsforslag. Forslagene fremstår dog som implicit begrundede.

Hvilke budskaber fremfører teksten?

Det er centralt at skelne mellem, hvad der er tekstens formål, og hvad der er tekstens budskab. Tekstens formål er det, som afsenderen gerne vil opnå, mens at budskabet indebærer den pointe, der

bruges til at komme frem til formålet med. Ved at analysere i både formål og budskab kan det være muligt at få indsigt i, hvilke incitamenter og antagelser som er rationale for et formål (L. B. Jensen, 2011).

Programmernes tostrengede mål, skal medføre forbedret levetid med livskvalitet og reduceret ulighed i sundhed og på den måde indfri formålet med dokumenterne og forebyggelsesindsatserne – en sund befolkning. Meningen med at udarbejde et folkesundhedsprogram er at henvende opmærksomhed til det forebyggende arbejde, som skal skabe velfærd og understreger i forbindelse hermed at *”regeringen vil samtidig understrege det offentliges fortsatte store rolle på forebyggelsesområdet – som hjørnestenen i vores velfærdssamfund”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 9). De opsatte mål har forskellige delmål. Målene formuleres forskelligt, men har et fælles fokus på risikofaktorer i livsstil. I forhold til antal leveår med livskvalitet formuleres *”en målrettet indsats i forhold til de vigtigste risikofaktorer kan reducere tidligere dødsfald og tab af livskvalitet”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 10) og i forhold til social ulighed i sundhed formuleres at *”der er mange faktorer der spiller ind på den sociale ulighed i sundhed. De væsentligste er rygning og alkohol, der kan forklare 60-70 pct. af den sociale ulighed i dødelighed blandt danskerne, men også kost og motion har betydning for social ulighed i sundhed”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 6). Et eksempel på et delmål i programmet fra 1999 *”antallet af rygere skal reduceres markant, dels gennem rygestop, dels gennem begrænsning af antal nye rygere. Danmark skal gøres røgfrit for ikkerygere, herunder børn”* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 7) og *”antallet af danskere, som spiser sundt og er fysisk aktive, skal øges, dels gennem klar information, del gennem lettilgængelige muligheder for sund levevis”* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 9). Der er sammenhæng mellem mål og delmål, og budskabet er tydeligt i forhold til at det forklarer, at for at danskernes levetid med livskvalitet og social ulighed i sundhed kan henholdsvis forlænges og forbedres, kræves en målrettet indsats, som begrænser eksponering for risici i livsstil. Af det foregående foreslås én årsag til de problematikker, som foreslås at sænke den befolkningens sundhed, og alternative forklaringer udelades. Hvordan forudsætningerne skabes er forskelligt fra programmerne. Af eksemplet ovenfor formuleres at staten skal give information og skabe let tilgængelige muligheder. Samme rationaler fremgår af 2002-, og 2014-programmet. Dog udbygger 2014-programmet ved også at fokusere på en partnerskabsstrategi og forskellige aktørs roller og ansvar, som også kan ses, som budskaber til at opnå formålet, her *”vi skal have en sundere alkoholkultur, der giver flere lyst til at drikke mindre ved samme lejlighed...”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 14). Det forklares i

teksten, at alkoholpolitikker, forbud og samarbejde på forskellige niveauer er gode erfaringer til at få en bedre alkoholkultur (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Budskabet er nogenlunde klart og enslydende for samtlige folkesundhedsprogrammer. Et formål om at forlænge borgerens levetid med bedre leveår, og reducere den sociale ulighed i sundhed må indfries ved borgerens informerede valg om en god livsstil. Ansvar for forandringen fremhæves løbende for at pålægge individet i højere grad end staten. Statens ansvar er at facilitere forandring gennem information, som henfører opmærksomhed på risikoadfærd, og gør sig på den måde autoritær i at definere et godt liv for den enkelte på baggrund af anbefalinger. Der er en lille antydning om, at der også er et socialt aspekt af sundhed i forhold til kultur og alkoholkultur, om end formålet stadig er at forandre sundhedstilstanden gennem livsstil. Budskaberne der udvælges kan derfor karakteriseres ved nogenlunde samme grundlæggende forståelse af, at sundhed skabes gennem individets evne til at tilegne sig information og anvende den til forandring af sin levevis med fokus på livsstil.

Hvordan argumenterer teksten for budskaberne?

Alle former for tekster indeholder synspunkter og hertil argumenter for synspunkterne. Argumenter kan fremstå som implicite eller eksplicite. I argumentationsanalysen er formålet at analysere, hvordan der argumenteres for budskaberne (L. B. Jensen, 2011). Til at forstå hvordan et argument opstilles og vinder tilhold, har Toulmin opstillet en argumentationsmodel. Modellen viser elementer i en argumentation henholdsvis påstand, som er det udsagn eller den konklusion, som afsenderen vil have frem. Belæg som er den begrundelse, der gives for påstanden. Hjemmel som er den generelle forestilling, som afsenderen anvender for at gå fra belæg til påstand, det er her at værdiforestillinger kommer frem, og kan afspejle bagvedliggende antagelser og traditioner, hvori belægget hører hjemme. Disse tre elementer er grundformen i en argumentation, og de kan være eksplicite eller implicite, og er i sidste tilfælde nødvendige at fremanalysere. Foruden de tre elementer, er der øvrige elementer, som ofte vil fremkomme. Det drejer sig om rygdækning, som er argumenter, der kan understøtte og begrunde hjemlen og give autoritet til argumentet. Rygdækningen kan vise sig ved inddragelse af konkrete erfaringer eller empiri og viser, at påstanden har relation til virkeligheden. Et andet element er styrkemarkør, som viser i hvor høj en grad afsenderen kan og vil stå inde for sin påstand. En styrkemarkør kan både være svag eller stærk. Det sidste element er gendrivelse, som angiver undtagelser fra hjemlen – de betingelser, hvor afsenderen er villig til at afvige fra hjemlen (L. B. Jensen, 2011). Således kan Toulmins argumentationsmodel anvendes i

analyse af, hvordan der i programmerne argumenteres for, hvordan formålet indfries og deraf de forståelser, der danner grundlag for forebyggelsen i Danmark.

En påstand i folkesundhedsprogrammet fra 1999 er, at *"et for stort alkoholforbrug kan medføre store menneskelige omkostninger i form af sygdom og død for den enkelte og ødelagt arbejdsliv, som også går ud over familien"* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 16). Belægget er her *"et langvarigt, stort alkoholforbrug kan føre til helbredsskaber, som fx skrumpelever, betændelse i bugspytkirtlen og forskellige kræfttyper samt sociale problemer, herunder dårlige opvækstvilkår for børn, problemer på arbejdspladsen og lavere arbejdsproduktivitet"* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 16). Hjemlen er, at de unge bliver påvirket af blandt andet deres forældre, hvorfor der udarbejdes kampagner målrettet forældre. Kampagnerne henviser til forældres ansvarlighed for unges alkoholforbrug. En rygdækning til hjemlen er her at *"undersøgelser viser, at unges forbrug af alkohol i høj grad er præget af den kultur, de omgiver sig med i samfundet – og særligt i familien. De viser også, at børn tidligt bliver introduceret til alkohol i familien, og at de voksne ikke i tilstrækkelig grad markerer deres holdning til de unges alkoholforbrug"* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 18). Ovenstående argumenter er her udvalgt som eksempel på et af de få steder i teksten hvor argumentationen har rygdækning. Der er generelt manglende dokumentation i alle folkesundhedsprogrammerne, hvor det beskrives at *"Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen..."* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 18). Belægget hertil er at *"regelmæssig fysisk aktivitet hos voksne er afgørende for at reducere risikoen for kroniske sygdomme..."* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 18). Hjemlen er en generel forståelse af, at fysisk aktive har et bedre helbred. Der mangler her rygdækning til at fortælle hvad for nogen bagvedliggende antagelser eller sandheder som påstanden er funderet i – hvorfor det er at kroniske sygdomme er vigtige at forebygge og hvilken normativitet som fastslår vigtigheden heraf. Mangel på rygdækning gør, at argumentationen mister troværdighed (L. B. Jensen, 2011). På den måde bliver det uigennemskueligt for den som læser materialet, hvilke bagvedliggende antagelser og forståelser der former argumentationen. Argumentationen kan forekomme uklar, idet at et minimum af elementer i argumentationen inddrages, og der findes ikke eksempler på, hvor der anvendes gendrivelse. Hvis der er fravær af gendrivelse i en argumentation, betyder det at afsender i sin argumentation, ikke er villig til at afvige fra hjemlen (L. B. Jensen, 2011). På den måde sker en selektion af information, hvor noget fremhæves uden forbehold for de

modsigelser eller nuancer, som en gendrivelse kan vise, og på den måde viser argumentationen i programmerne én side af sagen.

Der anvendes forskellige typer af argumentationskneb i argumentationen i programmerne. Et argumentationskneb er et virkemiddel, som hjælper argumentationen, hvor der ikke er tilstrækkelig hjemmel. Et argumentationskneb kan være, når der anvendes ekspertargumenter. Det indebærer, at når eksperter siger noget, så må det være rigtigt (L. B. Jensen, 2011). Ekspertargumenter kan få argumentationen til at fremstå mere overbevisende (K. Frederiksen & Beedholm, 2011a). Ekspertargumentet anvendes i folkesundhedsprogrammet fra 1999, hvor der henvises til erfaringer fra Wales, hvor en ekspert fra organisationen Health Promotion Wales frembringer informationer derfra (Sundhedsstyrelsen, 1999). Der anvendes ikke ekspertargumenter i de to øvrige folkesundhedsprogrammer. Et andet argumentationskneb er autoritetsargumentet, som henviser til en person eller instans, som modtageren respekterer (L. B. Jensen, 2011). I forhold til alle folkesundhedsprogrammerne, så er Sundhedsstyrelsen en instans i Danmark, som respekteres af modtagerne i forhold til at udstikke anvisninger om sundhed. Det betyder, at når Sundhedsstyrelsen påpeger, at risikofaktorer i livsstil kan forringe danskernes sundhed, og at det er disse risikofaktorer, som der skal sættes ind overfor, så er der en stor tiltro til det, der bliver sagt. Et eksempel på et autoritetsargument er i programmet fra 2002 *"Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser er..."* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 2). Yderligere anvendes også diskriptionsargumentet, hvilket indebærer at gå fra det beskrivende til det normative (L. B. Jensen, 2011). Dette kommer til udtryk, når sundhedsministeren i programmet fra 1999 eksempelvis anbefaler, at alle bør være aktive dagligt *"1/2 times daglig motion"* og *"højst 14/21 genstande om ugen"* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 5). Argumentationen viser, at når de fleste eksempelvis er aktive, så må det være det korrekte. Disse anbefalinger som sundhedsministeren nævner, kan også anses som et udtryk for et autoritetsargument, da sundhedsministeren kan anses, som en folkevalgt autoritet, der respekteres af modtagerne. Et virkemiddel i anbefalingerne kan også være appel til fællesskabet i forhold til, at det fremhæves som ønskeligt, at alle er fysisk aktive, og det normative element giver antydning af, at det er moralsk forkasteligt for fællesskabet ikke at være aktiv.

En anden type af argumentationskneb ligger i udvælgelsen af argumenter i forhold til et bestemt emne i teksten og relaterer sig også til, hvilke budskaber der fremføres i teksten (L. B. Jensen, 2011). Selektionsknebet indebærer, hvilke aspekter af en problematik der fremhæves. Udvælgelsen kan dreje argumentet, der hvor der ikke er tilstrækkeligt belæg. I alle folkesundhedsprogrammerne

er fokus på positive aspekter ved de forskellige forebyggende indsatser, og der er knap fokus på, hvilke tilsvarende negative sider, der kan være aktuelle. Dette kan være i forhold til hvilke etiske dilemmaer, der kan være ved at forebygge med fokus på livsstil og individuel adfærd, eller hvad de sundhedsprofessionelle skal være opmærksom på ved opfordring til rygestop. Som Jensen (2011) fremhæver, så er virkeligheden formodentlig mere nuanceret og den vil være forbundet med både positive og negative side her ved indsatserne.

Argumentationen i folkesundhedsprogrammerne kan fremstå mindre grundig ved mangel på rygdækning hvilket gør, at der er mindre troværdighed. Anvendelsen af argumentationsknep kompenserer for noget, der kan være svært at argumentere for.

6.5 Folkesundhedsprogrammerne – det samfundsanalytiske niveau

Hvilken overordnet diskurs er teksten udtryk for?

En diskurs er en bestemt ideologisk forestillingsverden, som bliver opfattet som sand og logisk, hvortil diskursen er udtryk for, hvad der italesættes og samtidig hvilke alternative diskurser der udelukkes. Diskurs kan være et samlet udtryk for sprogbrug, som symptom på den logiske og sande forestillingsverden, der dominerer inden for et felt. Det er det sprog, som anvendes til at italesætte verden i en given social kontekst (L. B. Jensen, 2011). Her er den sociale kontekst politisk. Analyse af hvilken diskurs der er tale om fra politisk side, kan give indsigt i, hvilken måde der bliver talt om sundhed og sygdom på inden for det politiske område. Der er derfor ikke tale om diskursanalyse som metode, men analyse af tekst med henblik på at udlede, hvilken diskurs teksten udtrykker og hertil hvad der kendetegner den måde som sundhed og sygdom italesættes på i en politisk kontekst. De tre folkesundhedsprogrammer fremstiller danskernes livsstil og risikofaktorer heri som problematisk. Fælles for de tre programmer er, at der fremgår et overhængende fokus på livsstil, som problematiseres i forhold til sundhed og sygdom, hvilket blandt andet fremgår af disse synspunkter *”disse faktorer [risikofaktorer i livsstil] har det til fælles, at de ofte er den primære årsag til dødsfald, og disse dødsfald kan forebygges ved hjælp af livsstilsændringer”* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 6), *”kendskab til risikofaktorer er grundlaget for målrettet forebyggelse... Risikofaktorerne i programmet tager udgangspunkt i de forebyggelige årsager til de store folkesygdomme og dødsårsager”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 10) og *”målene tager afsæt i KRAM-faktorerne kost [overvægt], rygning, alkohol og motion, der skaber de største sundhedsmæssige udfordringer for middellevetid, gode leveår og social ulighed i sundhed”*

(Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 5). Af disse synspunkter fremstår, at risikofaktorer i livsstil er anledning til udvikling af sygdom og deraf også død. Kendskab til risikofaktorer kan bidrage til forebyggelse, der er målrettet livsstil. Derfor kan der være tale om, at folkesundhedsprogrammerne afspejler en livsstilsdiskurs, da livsstil er det primære fokus samtidig med, at der henvises til, at en ændring i den enkeltes livsstilsadfærd er kausal med bedre sundhed, fordi at risikofaktorer i livsstil skaber sygdom.

Jensen (2011) fremhæver i forlængelse af spørgsmålet om diskurs, at bestemte diskurser dominerer i samfundet imens, at andre diskurser sideløbende eksisterer og kæmper om at være forklaring på den verden, der italesættes. Sunde rammer fremhæves i programmet fra 2002, som rammer der kan facilitere en bedre livsstil for den enkelte. Forskelligt fra dette fremhæves enkelte gange, at sundhed også skabes af den enkeltes levekår *"... sundhed skabes af vores levekår og af rammerne for vores liv, fx boligforhold, arbejdsmiljø, det ydre miljø, fødevarer og sundhedsvæsenets tilbud"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 6). Dette er én ud af to gange i programmet, at levekår nævnes, men programmet hæfter sig ved livsstilsforklaringen igen *"for mange af programmets otte folkesygdomme gør sygdommen det nødvendigt, at patienten lægger sit liv om og ændrer livsstil"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 34). Ovenstående kan illustrere, at en diskurs om levekår konkurrerer med livsstilsdiskursen forstået som, at det er to forskellige måder at forklare sundhed og sygdom på.

Af livsstilsdiskursen afstedkommer en udpegning af individets ansvar. Statens ansvar udpeges i varierende grad. I folkesundhedsprogrammet fra 1999 placeres ansvaret, her i forhold til livsstilsændring, hos individet *"[danskernes sundhed] afhænger af den enkeltes egen livsstil"* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 4). En opfattelse af, at individet har et ansvar fortsætter i programmet fra 2002. Forskellen fra 1999-programmet er dog, at andre aktørers ansvar også fremhæves, såsom sundhedsvæsenet, arbejdspladser, kommuner, amter og staten – det offentlige, som må påtage sig et ansvar i forhold til at forbedre danskernes sundhed og forståelsen af, hvordan ansvaret skal fordeles fremstår som mere helhedsorienteret. Det offentliges ansvar henføres til at være informativt *"det [ansvaret for sunde rammer] sker ved at sikre formidling af viden om sundhed og sygdom, ved at overvåge sundheden i befolkningen..."* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 7), men også til at forbedre de svagestes forudsætninger *"det offentlige har et særligt ansvar overfor de svageste i samfundet, som har behov for professionel bistand og økonomisk støtte. Det er en af*

velfærdssamfundets kerneopgaver” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 7). Her ses et skifte i ansvarstænkningen fra det foregående program, og en velfærdstænkning inddrages ved, at daværende VK-Regering proklamerer og offentligt vedkender, at ikke alle har de samme forudsætninger og deraf vurderes et behov for at yde støttefunktioner for de svageste. Programmet specificerer ikke de svageste ej heller de ressourcer, som skal afhjælpe. I relation til offentlighedens ansvar uddybes yderligere i programmet, at meningen med at udvikle et fællesskab mellem offentlige instanser er, at forske i og yderligere udbrede viden om, hvordan risikofaktorer i livsstil påvirker sundhed og sygdom. Dette med henblik på anvendelse i oplysningsindsatser, patientorganisationer og rehabilitering (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

I folkesundhedsprogrammet fra 2014 formuleres også en ansvarsfordeling, og denne er ligesom programmet fra 2002 også fokuseret på fællesskabet, men med en antagelse om, at individets ansvar er en forudsætning, idet de rammer som offentlige, civile og private aktører skal være med til at opsætte ikke er nok *”hvis vi skal øge middellevetiden og sikre bedre leveår for alle, kræver det også, at den enkelte selv tager ansvar og er opmærksom på egen sundhed og har lyst og vilje til at ændre vaner”* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 21). Her fremhæves borgerens egen indsats, som en vigtig prioritet i forhold til at skabe bedre vilkår for den samlede befolkning.

Et gennemgående træk i alle tre programmer er en livsstilsdiskurs, hvori der gøres opmærksom på individets ansvar. Der er en vekselvirkning mellem det individuelle og det offentlige ansvar, hvor individets ansvar er statisk i alle tre programmer og hvor det offentlige ansvar defineres mere sporadisk.

Hvilken institution eller organisation er diskursen forankret i?

En tekst er præget af det samfund, som teksten kommunikerer til, hvorfor elementer i teksten kan forklares ved dens sammenhæng til samfundet. Sammenhængen handler om interaktionen mellem institutionen og samfundet (L. B. Jensen, 2011).

Institutionen forstås her i bred forstand som den pågældende regering og dertilhørende ministerier, og samfundet i øvrigt. Livsstils-, og ansvarsdiskursen i programmerne er derfor forankret i regeringen og dens ministerier som institutionel afsender. Regeringen er en politisk aktør og beslutningstager, som ved hjælp fra embedsmænd i ministerierne udarbejder et folkesundhedsprogram.

Foruden at være forankret i den politik der føres i Danmark, så er folkesundhedsprogrammerne også præget af hændelser i samfundet, og der refereres eksempelvis til at *"i 1990'erne kom der fokus på danskernes middelleveetid. Fra 1970'erne var den stagneret, så den danske middelleveetid fra at ligge i toppen var faldet til bunden i forhold til de lande, som vi normalt sammenligner os med. På den baggrund blev der i 1992 igangsat et omfattende udredningsarbejde i Middelleveetidsudvalgets regi. Udvalgets hovedkonklusion var, at først og fremmest rygning var årsagen til udviklingen"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 5). I gennem alle programmerne er der et fokus på denne type af information om middelleveetid, som fortæller om befolkningens antal af leveår og den udvikling der er sket i forhold til, at danskernes middelleveetid ikke er steget som i øvrige lande *"danskernes middelleveetid har været stigende, men den ligger stadig lavt sammenlignet med de øvrige OECD-lande"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 4). I 1990'erne bliver det muligt at tilgå information, som beskriver hvor længe danskerne lever i gennemsnit og beskriver sundhedstilstanden i en sammenligning med andre lande. Mulighed for at lave disse beskrivende målinger for sundhedstilstande udvider og breder viden om, hvordan disse udfald opstår og det bliver anledning til viden om rygningens rolle for sundhed, hvorfor opmærksomhed på risikofaktorer i livsstil skærpes. Middelleveetid er senere blevet kvantitativt mål for vurdering af befolkningens gennemsnitlige antal leveår, som en del af det tostrengede mål for danskernes sundhedstilstand i det tre folkesundhedsprogrammer som eksempel på, at samfundet præger folkesundhedsprogrammerne. Det er også i forlængelse af stigende opmærksomhed på middelleveetid i samfundet, at tidligere sundhedsminister Carsten Koch i programmet fra 1999 retter opmærksomhed på ulighed i sundhed *"baggrunden for regeringsinitiativet [folkesundhedsprogrammet] er, dels danskernes stagnerede middelleveetid, dels '80/20 problemet'"* (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 4). Her fremlægges ulighed i sundhed som en to-delt problematik, der opdeler befolkningen som sund og usund. På den måde kan mulighed for at monitorere danskernes middelleveetid have været anledning til bevidsthed om ulighed i sundhed *"den sociale ulighed i middelleveetid er steget gennem de sidste 25 år... Andelen af personer, der har et usundt kostmønster, ryger, har stillesiddende fritidsaktiviteter, er overvægtige eller ofte er stressede/nervøse er størst blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau"* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 6). På den måde har samfundet præget de forskellige regeringer i forhold til, hvilke problemer de identificerer i et samfund, og deraf hvilke mål, der stilles for folkesundhedspolitik. Indførslen af undersøgelser som dokumenterer sammenhæng mellem middelleveetid og risikofaktorer i livsstil kan have haft

betydning for, at det er en livsstilsdiskurs, der dominerer i de analyserede danske folkesundhedsprogrammer.

6.6 Dokumentanalysen i en oversigt

En oversigt over det analyserede materiale kan hjælpe til at give overblik over en dokumentanalyse (Lynggaard, 2015). Derfor illustreres analysen i dens hovedtræk i en oversigt over forskelle og ligheder i folkesundhedsprogrammerne i den nedenstående tabel 4.

Folkesundhedsprogrammet 1999	Folkesundhedsprogrammet 2002	Folkesundhedsprogrammet 2014
Genre Sagstekst, offentlig	Genre Sagstekst, offentlig	Genre Sagstekst, offentlig
Diskurs Livsstilsdiskurs	Diskurs Livsstilsdiskurs	Diskurs Livsstilsdiskurs
Institutionel afsender SR-regering	Institutionel afsender VK-regering	Institutionel afsender SRSF-regering
Emne Status for folkesundheden og hvordan den kan forbedres	Emne Status for folkesundheden og hvordan den kan forbedres	Emne Status for folkesundheden og hvordan den kan forbedres
Målsætning Todelt 1. Øge antallet af leveår med livskvalitet (middellevetid) 2. Reducere social ulighed i sundhed	Målsætning Todelt 1. Øge antallet af leveår med livskvalitet (middellevetid) 2. Reducere social ulighed i sundhed	Målsætning Todelt 1- Øge antallet af leveår med livskvalitet (middellevetid) 2. Reducere social ulighed i sundhed
Tema <u>Livsstil</u> Livsstilsrelaterede risikofaktorer som årsag til sygdom <u>Ansvarsfordeling</u> Ansvaret for sundhed placeres hos individet. Det offentliges ansvar er at sikre behandling til alle	Tema <u>Livsstil</u> Livsstilsrelaterede risikofaktorer som årsag til sygdom <u>Ansvarsfordeling</u> Mere helhedsorienteret Opmærksomhed på det offentliges ansvar øges. Partnerskaber mellem institutioner skal skabe sunde rammer og informere individer. Støttefunktion for de svageste. Ansvaret for sundhed placeres hovedsagligt hos individet.	Tema <u>Livsstil</u> Livsstilsrelaterede risikofaktorer som årsag til sygdom <u>Ansvarsfordeling</u> Mere helhedsorienteret. Øger fokus på private aktører til at skabe sunde rammer. Ansvaret for sundhed placeres hovedsagligt hos individet.
Argumentation Autoritetsargument Selektionskneb Implicit argumentation Sjælden brug af rygdækning og ingen gendrivelse Ekspertargument	Argumentation Autoritetsargument Selektionskneb Implicit argumentation Sjælden brug af rygdækning og ingen gendrivelse	Argumentation Autoritetsargument Selektionskneb Implicit argumentation Sjælden brug af rygdækning og ingen gendrivelse

Tabel 4: Illustration over folkesundhedsprogrammernes ligheder og forskelle

6.7 Fortolkning og vurdering

Af alle tre folkesundhedsprogrammer fremgår det, at livsstil og risici forbundet hermed, er den største årsag til de sygdomme, der medfører en reduktion i antal gode leveår og social ulighed i

sundhed. Således tillægges sundhed betydning i sin relation til forebyggelse af sygdom, hvorfor sundhed bliver et middel til at holde sygdom væk (Otto, 2009).

Folkesundhedsprogrammerne afspejler en livsstilsdiskurs, hvori de politiske aktører begrunder og legitimerer den sundhedspolitik de fører, både over for hinanden internt i institutionen og for offentligheden. Jævnfør Jensen (2011) er en diskurs udtryk for det sprog, der anvendes til at italesætte verden i en social kontekst. I programmerne henføres opmærksomhed til kendte risikofaktorer, som mennesker eksponeres for i livsstil. Sammenhængende hermed argumenterer Vallgård (2009) for, at der i danske sundhedspolitikker er en tendens til at udelade alternative forklaringsmåder eksempelvis levekår fordi, at det forudsætter et større politisk ansvar, end når fokus rettes mod livsstilsfaktorer. Når bestemte faktorer fremhæves, som årsager til sygdom, så vil andre markante årsager, såsom sociale- og økonomiske vilkår og deres betydning, automatisk få et mindre fokus (Vallgård et al., 2014). Når en forklaring dominerer, har den hegemoni (Lupton, 1993). Programmerne fremhæver i mindre grad sociale, psykologiske, økonomiske og miljømæssige omstændigheders indflydelse på sundhed og sygdom. Disse faktorer kontrolleres i mindre grad af individet, men ligesom livsstil kan disse faktorer også være årsag til sygdom (Lupton, 1993). Når en diskurs har opnået hegemoni, og i en tidsmæssig udstrækning også bevarer hegemoni er den konstituerende for hvad, der anerkendes for værende sandhed. Hvad der regnes for sandhed udpeges af vidensregimer. Således afspejler en diskurs viden (Villadsen, 2013). Livsstilsdiskursen i de tre programmer er udtryk for biomedicinsk viden. Biomedicinsk viden fordi at sundhed opfattes som noget, der skabes i menneskets hverdagsliv og umiddelbare fysiske omgivelser (Elstad, 2000). Disse kaldes også proksimale faktorer og skaber fysiologiske reaktioner og giver udslag i sygdom (Link & Phelan, 1995). Biomedicin kan beskrive, forklare og afgrænse levevaner, der skaber fysiologiske reaktioner, som viser sig ved sygdom. Livsstil udfolder sig i nogle valg – en adfærd – om at spise, ryge, drikke alkohol, være stillesiddende eller aktiv. Derudfra kan der drages sammenhænge og årsagsforklaringer fordi, at disse former for adfærd udsætter kroppen for fysiske og kemiske substanser, der har effekt på kroppens udvikling og modtagelighed for sygdom (Elstad, 2000). I en biomedicinsk forståelsesramme er en antagelse om, at ethvert menneske har mulighed for at til- og fravælge eksponering for risici, og deraf ændre adfærd. Sundhed og sygdom bliver på den måde adfærdsbestemt og kilden til forandring foreligger individets viden og overbevisninger (Elstad, 2000). På den måde hænger folkesundhedsprogrammernes sin forståelse op på, at der er lige sammenhæng mellem viden og

adfærd. Som læser af programmerne er det vanskeligt at gennemskue, hvad der giver gyldighed til argumentationen om, at viden og sunde rammer giver bedre sundhed. Med den sjældne brug af rygdækning og lejlighedsvis brug af argumentationskneb til at erstatte hjemmelen falder kvaliteten af argumentationen, idet det bliver mindre synligt, hvad der gør den gyldig. Både i forhold til at være normativ i relation til det ideal som påstanden er funderet i og hvordan det kan give gyldighed trods eventuelle modsigelser, nuancer eller perspektiver som gendrivelse kan give indsigt i. En fuldbyrdet argumentationskæde indeholder rygdækning og gendrivelse, fordi det kan argumentere for, at en påstand er gyldig trods alternative argumenter eller nuancer (K. Frederiksen & Beedholm, 2011a). På den måde kommer livsstil og adfærd til at stå alene i programmerne, hvilket gør det svært som læser at vurdere, hvorfor det netop er de aspekter, der skal give mere sundhed. Der er ikke noget til at forklare, hvordan det forandrer adfærd og ulighed heri. I relation til at forstå, hvordan social ulighed i sundhed kan reduceres, kan det da være en fordel at udvide argumentationen til at fortælle, hvordan viden forventes at løse det problem – hvad det er for mekanismer, der må være til stede. Samtidig med at viden har en relation til adfærdsændring, eksisterer der også forklaringer, som antyder, at det er en forsimplet antagelse, at viden medfører adfærdsændring. Der er i litteraturen nogen betingelser for, hvad der skal til for, at mennesker lever et liv der resulterer i sundhed.

Commission on Social Determinants of Health argumenterer for, at livsstil og adfærd er sociale determinanter. Determinanter der eksisterer side om side med levekår. De bestemmes ikke af viden, men af de makrostrukturer, der forudsætter menneskers mulighed for at tilegne sig viden og anvende den i livsudfoldelse (Commission on Social Determinants of Health, 2010). Disse sociale determinanter indgår i en kæde af virkningsmekanismer, som skal medføre, at mennesker kan tilegne sig materielle goder og tage del i et socialt netværk. I de sociale netværk kan opbygges sociale relationer og undgåelse af de biologiske faktorer, der er sygdomsskabende. Betingelser herfor er forskellige, fordi de varierer med de strukturer, som varierer og udgør forskellige mulighedsbetingelser for forskellige sociale positioner (Bharmal et al., 2015). Hvad programmerne kan fremhæve i deres argumentation er, at adfærd er determineret af strukturer, som forandres med politiske beslutninger. Strukturer i den politiske kontekst, som er makroøkonomiske politikker, socialpolitikker, offentlige politikker, kulturelle samfundsnormer, social klasse, køn, etnicitet, uddannelse, indkomst og arbejde (Commission on Social Determinants of Health, 2010). Det er

strukturer, som ikke kun varierer mellem lande, men også internt mellem regioner inde i ét land (Bharmal et al., 2015).

Livsstil kan ikke ses, som en isoleret faktor for sygdomsudvikling men som noget, der står relativt i forhold til de specifikke muligheder et menneske er indlejret i. På trods af lige muligheder kan de specifikke muligheder variere i de varierende strukturer, som udgør forskellige forudsætninger. Et isoleret fokus på livsstilsfaktorer ændrer ikke på de strukturer, som forudsætter adfærd, hvorfor de samme adfærdsmønstre principielt opretholdes. Dette varige fokus på adfærd og livsstil er sammenfaldende med, at den sociale ulighed i sundhed har været stigende (Brønnum-Hansen, 2017; Brønnum-Hansen & Baadsgaard, 2012; Mackenbach et al., 2003). Hvad det i mange tilfælde betyder for sundhed at have tilknytning til en social position i den lave ende af ulighedsspektret er, at sundhed forværres fordi, at der er tale om en gruppe mennesker med færre midler og færre muligheder (Marmot, 2003). Færre muligheder kommer af at have færre økonomiske midler, dårligt arbejdsmiljø, familiære- og relationelle udfordringer og lokalmiljøer med mindre sikkerhed og oplevet tryghed, som gør mennesker sårbare og stressede. Stress forringer menneskers overskud og medfører kontroltab, og kommer ofte i forlængelse af, at mennesket ikke føler at have tilstrækkelige midler til at modstå udfordringer – nedsat sammenhængskraft (Elstad, 2000). Det kan være anledning til mestringsstrategier, som ikke er hensigtsmæssige for sundhed i situationer, hvor oplevelsen af at kunne mestre i forvejen er mindre end i sociale grupper med flere ressourcer (Diderichsen, 2011). Det er blandt andet disse forhold, som er kontekst for de valg mennesker træffer i adfærd, som et hele og i livsstil. Derfor ses det også ofte, at forekomst af sundhedsskadelige livsstilsvaner er højere i sociale grupper, som ikke har de samme økonomiske, kulturelle og sociale fordele i forhold til de sociale grupper, som har bedre sundhed (Sund & Krokstad, 2011).

I en rapport udarbejdet til Commission on Social Determinants of Health fremhæves af Bharmal et al. (2015), at en global evidensbase har påvist, at der er en association mellem politikker og sundhed. Et forhold som antyder, at sociale determinanter formes af offentlig politik, og at der ved politiske forbedringer af sociale forhold ofte også ses en effekt på sundhed. Dog fremhæves også, at der er generel mangel på forskningslitteratur, som undersøger sammenhængen mellem de politikker en regering fører og sundhedstilstanden. Med folkesundhedsprogrammerne fra 2002 og 2014 kom et øget fokus på, hvad partnerskaber på tværs af sektorer kan bidrage med i skabelsen af sundhed – et fællesskab til at skabe rammer og viden, som forbedrer livsstil og adfærd. Af programmerne

afledes derfor også, at der er et uudnyttet potentiale for at udnytte det samarbejde til at undersøge og udbrede kendskab til, hvilke politiske og socio-strukturelle faktorer som influerer på sundhed. Det vil ikke udelukke biomedicinske forklaringer, men det kan henhøre den politiske opmærksomhed på, hvad det er for forudsætninger, som samfundet er medskabere af, og hvordan de varierer. Med et skærpet fokus på de levekår, som gør sig gældende for forskellige sociale gruppers livsudfoldelse, skabes bedre mulighed for at udnytte de velfærdstilbud, som staten stiller til rådighed og deraf opnå mere og lige sundhed. Denne forestilling står i modsætning til de forståelser, som fremhæves i folkesundhedsprogrammerne, hvor sundhed rationaliseres til at være et individuelt valg – en forestilling, der umiddelbart står i relation til rational choice teori.

Rational choice teori anser mennesker som rationelle, hvorfor antagelsen er, at mennesket i forsøget på at nyttemaksimere, bevidst træffer valg, som kan maksimere sundhed. Rational choice er et ideal for, hvordan beslutninger bør træffes med et minimum af statens indblanding, hvorfor ansvaret ofte påligger individer. Et tegn på at folkesundhedspolitikker opbygges af denne forståelse er brugen af informativ forebyggelse (Vallgård, 2013), hvilken folkesundhedsprogrammerne ofte refererer til. Folkesundhedsprogrammerne fremhæver forebyggelsesstrategier, som giver mennesker frihed til at handle inden for en forståelse af, hvad sundhed er. Forebyggelsesinitiativer og tværsektorielt samarbejde har fokus på sunde rammer og information (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014; Sundhedsstyrelsen, 1999). Rammer og information som lægger op til, at den enkelte selv har frihed til, at træffe valg om adfærdsændring.

I folkesundhedsprogrammerne kan forståelser af sundhed og sygdom være præget af det samfund, som den politiske diskurs er indlejret i og beslutninger om forebyggelse ligeså være baseret herpå. Livsstilsdiskursen har vundet indpas i forlængelse af epidemiologien, som udspringer af en biomedicinsk tilgang til at forudsige adfærd i et samfund (Kickbusch, 2007). Ved fortsat at ræsonnere sygdom, som noget der opstår biologisk, forstås livsstil også fortsat som noget adfærdsbestemt. Inden for teorien om rational choice beskrives af Vallgård (2013), at de forestillinger, der hersker i den politiske kontekst er selvforstærkende for hvilken information, der tages ind og bruges i beslutningstagning. Dette er oftest information, der passer ind i disse forestillinger mere end det er informationer, som modsiger dem. Der må være noget med forståelsen af sundhed og hvordan sygdom opstår idet, at de samme epidemiologiske beskrivelser går igen i argumentationen i programmerne og opretholder livsstilsdiskursen i formuleringen af,

hvordan sundhed skal forebygge sygdom. Men epidemiologien handler også om, hvad den bruges til at se og hvilke spørgsmål, der stilles fra forskningsmæssig side. Hvis der tages højde for, at epidemiologien også er anvendt af epidemiologiske forskere til at nuancere den biomedicinske forståelse af sundhed, sygdom og ulighed i sundhed, som det eksempelvis er gjort af Whitehead, Marmot, Mackenbach, Mechanic, Elstad og Link & Phelan (Dahlgren & Whitehead, 2007; Elstad, 2000; Link & Phelan, 1995; Mackenbach et al., 2017; Marmot, 2017; Mechanic, 2007). Hvad epidemiologien kan bidrage med afhænger også af det perspektiv, hvorudfra et problem undersøges, hvorfor epidemiologien må kunne anvendes til at undersøge andre aspekter af sundhed og sygdom, end det biologiske perspektiv, hvor fokus er på livsstilsrelaterede risikofaktorer.

Når de samme antagelser opretholdes og gentagende gange gøres til grundlag for intervention, kan der være tale om stiafhængighed jævnfør Pedersens (2012) definition, så betyder stigafhængighed, at nuværende beslutninger beror på tidligere beslutninger, influeret af etablerede normer. Stiafhængighed er baseret på paradigmatænkning om, hvordan et problem løses, her en livsstilsdiskurs om, at livsstilsændring gennem individets frie valg er løsning på et problem. Paradigmatænkning er en grundlæggende teoretisk antagelse, som af Merton (1936) beskrives for at begrænse handlemuligheder. På baggrund heraf kan det være behæftet med udfordringer at foretage radikale ændringer i forebyggelse idet, at der ofte er andre aspekter af sagen som underkendes, og med tiden kan det blive sværere at ændre. Dette er en faldgrube for intervention med risiko for utilsigtede konsekvenser til følge, fordi at beslutningstager underkender, at de aktiviteter og antagelser, som har været hensigtsmæssige i ét tilfælde ikke nødvendigvis er det under andre, hvorfor eventuelle negative udfald for en beslutning ikke overvejes (Merton, 1936). Derfor ses indikation for, at hvis forebyggelsen skal forandres foreskriver det et brud med stiafhængighed, som afspejler en paradigmatænkning i forebyggelsen.

Interventioner som stiller tiltro til individets rationalitet og har en forventning om, at individet forandrer sin livsstil har utilsigtede konsekvenser. Forebyggende interventioner som har til formål at forbedre livsstil appellerer til følelser, skyld samt moral og kan virke gennemtvingende og manipulerende, og deraf kan der være tale om ineffektive interventioner (Lupton, 1993). At livsstilsforebyggelse kan forstås som gennemtvingende forekommer modsætningsfyldt, idet at rational choice tænkningen har til hensigt at frigive magt, som et virkemiddel der skal frigøre

individet i retning af dets ønsker, som det forstås antagelsen også er med folkesundhedsprogrammerne.

Et eksempel på at forebyggelse kan være frigørende og gennemtvungende på samme tid, er risikovurdering på arbejdspladsen i folkesundhedsprogrammet fra 1999 (Sundhedsstyrelsen, 1999). Ved risikovurdering på arbejdspladsen er det fra arbejdsgivers side muligt at opretholde kontrol over medarbejdere, og således styre dem både i og uden for arbejdstiden. Her er ikke tale om fysisk underkastelse men et virkemiddel som gør, at medarbejderne styrer sig selv, gennem en stemplingsproces ved synliggørelse af det liv medarbejderen lever. Medarbejdernes spisevaner dokumenteres og tages op til evaluering, imens at arbejdspladsen forsyner medarbejderne med information om kost og motion (Sundhedsstyrelsen, 1999). På den måde gøres medarbejdernes livsstil til genstand for en offentlig vurdering om, hvorvidt den er acceptabel eller ej (Lupton, 1993). Herfra kan drages parallel til Foucaults begreber biopolitik og guvernementalitet. Biopolitik er den kontrollerende mekanisme, der overvåger og vurderer, og guvernementalitet handler om hvordan mennesker styres til selv-styring med henblik på at internalisere normer (I. K. Pedersen, 2010). Arbejdspladsen intervenserer forebyggende i medarbejderes spisevaner og gennem information forsøger at motivere dem til livsstilsforandring. Gennem intervention er arbejdspladsen en styrende instans for medarbejderens selv-styring, som ved at være blevet ansvarliggjort på frivillig vis, kan internalisere en livsstilsnorm. Adfærd som ikke harmonerer med normen kan være genstand for stempling. Dette er en strategi, som har til formål at være normaliserende, og som i litteraturen anerkendes for at være stigmatiserende, fordi den udpeger de, som falder uden for en norm (Link & Phelan, 2001; Scocozza, 2009). Som følge af normaliseringsprocesser er stigmatisering en utilsigtet konsekvens, som i mange tilfælde ses i forbindelse med sociale grupper i den lave ende af ulighedsspektret, og som derfor også kan forbindes med social ulighed i sundhed. Højere dødelighed og dårligere livskvalitet blandt socioøkonomisk udsatte grupper kan til dels forklares ved den sociale eksklusion, der følger af stigmatisering (Benoit, Shumka, & Barlee, 2010). Et konkret eksempel er, hvordan tobaksforebyggelse har forværret social ulighed i sundhed. Prævalens af rygere har været faldende over en årrække parallelt med denormaliserende forebyggelsesinitiativer, men det er en forandring, som har domineret i grupper karakteriseret ved højere socioøkonomisk status. Derfor er prævalens af rygning højest i lave socioøkonomiske grupper og det skærper fokus på disse grupper (Bell, Salmon, Bowers, Bell, & McCullough, 2010). Et aspekt som forebyggelsesprogrammerne også inddrager ved at kendetegne samtlige livsstilsfaktorer og adfærdsmønstre i deres relation til socioøkonomisk status, hvorfor

opmærksomhed henføres på de, som falder uden for de normer, der hersker for livsstil og adfærd. Denne stempling af enkeltstående karakteristika medfører kategorisering af hele befolkningsgrupper og medfører social distance mellem grupper. I og med at internaliseringsproces er udøvelse af magt gennem styring til selvstyring er det menneskets ressourcer, der afgør evnen til at modsætte sig et stigma (Link & Phelan, 2001). Derfor anbefales også, at forskere og politiske beslutningstagere må henvende mere opmærksomhed på stigma, og hvordan ressourcer kan bidrage til at gøre mennesker mere modstandsdygtige for stigma (Benoit et al., 2010).

Med udgangspunkt i de fortolkninger som specialet udleder i analysen af de forståelser af sundhed og sygdom, som fremgår af pågældende folkesundhedsprogrammer, ses ikke at folkesundhedsprogrammerne har tilstrækkeligt potentiale for at reducere social ulighed i sundhed. Konstituerende forståelser er funderet i en livsstilsdiskurs, hvor livsstil og adfærd er to sider af samme sag, hvis ophav er biomedicinsk. Dette til trods for, at der er argumentation for, at livsstil og adfærd er sygdomsskabende, idet de kan være symptomer på sociale omstændigheder, der forringer menneskers livsmuligheder. Derfor er et isoleret fokus på livsstil utilstrækkeligt i forhold til at afdække de årsager, der er til social ulighed i sundhed, fordi de byder på større variation i social kontekst, end traditionel epidemiologisk forskning med fokus på livsstilsrelaterede risikofaktorer (Dahlgren & Whitehead, 2007; Elstad, 2000; Link & Phelan, 1995; Mackenbach, 2017; Mackenbach et al., 2017; Marmot, 2005). Dette medfører et fortsat individualiseret fokus, hvor utilsigtede konsekvenser er en risiko (Lupton, 1993).

Stigmatisering er en konsekvens, som ofte er aktuel for sociale positioner, fordi ressourcer formodes at udgøre afgørende forhold for, hvorvidt mennesker kan frigøre sig et stigma. Her identificeres stiafhængighed, som en barriere for forandring, fordi den indikerer, at interventioner gentagne gange indrettes efter antagelser, som ikke tilpasses konteksten for hvor der intervenseres, hvilket kan være årsag til utilsigtede konsekvenser (Merton, 1936).

Det kan være en udfordring, hvordan forebyggelse kan forandres på en måde, hvor det adresserer social ulighed i sundhed og hertil, hvordan det er muligt at bryde med den kontinuitet i forebyggelse, som stiafhængighed indikerer, hvor forebyggelsen har været og er præget af en livsstilsdiskurs.

7. Problembearbejdning af andet delspørgsmål

I det forestående fremlægges problembearbejdningen af andet delspørgsmål, som indbefatter operationalisering af søgespørgsmål, metodiske aspekter og overvejelser i relation til litteratursøgning og udvælgelse af artikler med tilhørende kvalitetsvurdering. Artiklerne præsenteres i et integrativt litteraturreview og analyseres i en sammenkobling med årsagsteori om social ulighed i sundhed. Valgene redegøres og argumenteres for undervejs, som de præsenteres.

7.1 Indledende litteratursøgning

Ved projektets begyndelse udføres indledende litteratursøgninger. Formålet med disse er at søge bredt med henblik på at afdække social ulighed i sundhed som problemfelt. Efterhånden som kendskabet til problemfeltet øges, bliver søgningen mere fokuseret. Fordelen ved en indledende og bred søgning er, at den kan give kendskab til hvilke forfattere, som har skrevet om det givne problem (Hørmann, 2011). Et andet formål med en indledende søgning er, at placere et projekt i den faglige kontekst, som omgiver problemfeltet (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen, 2008). Ligeledes anvendes kædesøgning, som søgestrategi i den indledende del af projektet. Kædesøgning indebærer, at de referencer der angives i en artikel anvendes i en videre søgning efter øvrige referencer. Kædesøgningen er anvendelig, når der ønskes indsigt i et nyt felt, og kan desuden give indsigt i, hvilke søgeord de forskellige studier bruger. En svaghed ved kædesøgningen er, at der er mulighed for, at litteratursøgningen går i ring, fordi de samme studier dukker op igen og igen (Hørmann, 2011). Derfor anvendes kædesøgningen kun i projektets indledende fase. I problemanalysen har kædesøgningen kunnet give indsigt i problemfeltet forebyggelse af social ulighed i sundhed samt hvilke søgeord, der kan være centrale at inkludere i en senere systematisk litteratursøgning.

7.2 Operationalisering af andet delspørgsmål i problemformuleringen

Den systematiske litteratursøgning er et hjælpemiddel til at besvare specialets andet delspørgsmål i problemformuleringen *”hvilke forebyggelsesstrategier foreslås i litteraturen at kunne forebygge social ulighed i sundhed?”* Her efterspørges indsigt i og argumentation for hvilke forebyggelsesstrategier, som kan reducere social ulighed i sundhed.

7.2.1 Kvantitativ og kvalitativ litteratur i en søgning

I design af en undersøgelse kan det være vigtigt på forhånd at eksplicitere, hvilken type af viden, der kan dække det behov, som en problemstilling identificerer (Buus, Rossen, Tingleff, & Rostgård, 2009). Inden for blandt andet politisk beslutningstagning og den forskning som beslutningstagning kan være baseret på, er der et behov for at styre et samfund på baggrund af sikker viden, her relateret til evidensbaseret viden om, hvad der virker og ikke virker. Her lægges vægt på objektiv og sikker viden, oftest baseret på den positivistiske videnskabsteori. Den positivistiske videnskabsteori kan placeres under det empirisk-analytiske forskningsparadigme, hvorunder der hører beskrivende og forklarende forskningsmetoder. Med disse forskningsmetoder er målet at producere værdifri viden, der er uafhængig af kontekst, som kan forudsige forhold om virkeligheden. Denne viden defineres på den måde for at være sikker og objektiv, hvilket står i modsætning til subjektive erfaringsbærede fortolkninger (Launsø et al., 2011). Sikker viden bygger ikke på tilfældige og subjektive værdidomme (Søren Juul, 2012). Den beskrivende forskningstype indebærer, hvordan noget fordeler sig i befolkningen og er dermed en beskrivende statistik, hvor forskningsdesign eksempelvis kan være tværsnitsundersøgelser. Den forklarende forskningstype indebærer en forklaring af forholdet mellem indsatsen og effekten også kaldet kausalitet, og hvor forskningsdesignen eksempelvis kan være RCT (Launsø et al., 2011). Dog tages forbehold for, med reference tilbage til nærværende problemanalyse, at der hidtil er begrænsning for hvorvidt, det har været muligt at producere forskning af denne type jævnfør Whitehead & Popay (2010) som argumenterer for, at det ikke er tiltrækkeligt at udføre eksperimentelle design som RCT, som grundlag for beslutningstagen, da interventioner som har et potentiale for at reducere social ulighed i sundhed er komplekse og må forstås i forhold til konteksten. En systematisk litteratursøgning er en metode til dataindsamling og kan anvendes med både kvalitativt og kvantitativt sigte og deraf afsøge viden inden for flere forskningstyper (Rienecker & Jørgensen, 2012). Derfor stiller specialet sig med sit andet delspørgsmål i problemformuleringen åbent for, at en litteratursøgning vil kunne resultere i både kvantitativ samt kvalitativ forskningslitteratur, som kan give indsigt i allerede eksisterende empirisk viden om både kontekst og effekt.

7.3 Systematisk litteratursøgning

I problemanalysen fremanalyseres det, at et nuværende fokus på livsstil i dansk forebyggelse, ikke har været tilstrækkeligt i forhold til at kunne forebygge og reducere social ulighed i sundhed. Overordnet er dette grund for, at projektet identificerer et behov for at få indsigt i hvilke

forebyggelsesstrategier, der kan være anvendelige i forebyggelse af social ulighed i sundhed. En måde hvorpå en problemstilling kan udfoldes, er ved en systematisk litteratursøgning (Buus et al., 2008). En systematisk litteratursøgning kan være med til at nuancere et problem eller finde ny viden om et uundersøgt felt eller problem (Hørmann, 2011). En systematisk litteratursøgning bygges op om et klart formuleret spørgsmål, og gennem systematiske metoder bliver den fundne litteratur identificeret, udvalgt og kritisk vurderet (Frandsen, Dyrvig, Christensen, Fasterholdt, & Oelholm, 2014). Søgestrategier kan anvendes, som en systematisk metode til identificering, udvælgelse og vurdering af litteratur. Det kan være relevant at benytte en søgestrategi, således at det sikres, at der er konsistens i søgningen med henblik på, at andre kan reproducere søgningen på et senere tidspunkt (Frandsen et al., 2014). Således anvendes en systematisk litteratursøgning, som støttepind i besvarelsen af andet delspørgsmål.

Andet delspørgsmål i problemformuleringens nedbrydes til facetter med henblik på at kombinere relevante søgeord i søgningen. De to facetter kan ses i tabel 5. Den systematiske søgning er illustreret og dokumenteret i bilag 2, hvor det er muligt at se, hvordan søgningerne i de enkelte databaser ser ud.

Facet 1	Facet 2
Forebyggelsesstrategier	Social ulighed i sundhed

Tabel 5: Oversigt over de to facetter

7.4 Udvalgelse af databaser

Der er forskel på hvilke fagområder, der kan afdækkes i forskellige databaser (Hørmann, 2011). Med interesse for både kvalitativ og kvantitativ litteratur kan det være hensigtsmæssigt at søge i flere forskellige databaser med henblik på at afdække mest muligt relevant litteratur (Hørmann, 2011). Den systematiske litteratursøgning udføres i følgende databaser: Embase, Cinahl og Sociological Abstracts. Databaserne her udvælges med et formål om en flervidenskabelig problembearbejdning. Derfor udvælges databaser, der kan afdække både det naturvidenskabelige og sociologiske fagområde. Databasen Embase indeholder en stor mængde af europæiske studier indenfor det biomedicinske område (Hørmann, 2011). Netop på grund af en større mængde af europæiske studier er dette en database, som kan være med til at afdække det ønskede problemfelt i en kontekst, som kan minde om eller relateres til en dansk kontekst. Med sit naturvidenskabelige

afsæt er der mulighed for at finde evidensbaseret litteratur, som eventuelt forholder sig til klare effektmål for eventuelle interventioner eller strategier i forebyggelsen af social ulighed i sundhed. Cinahl er en sygeplejefaglig database, der er særlig god til at identificere kvalitative studier, hvormed erfaringer og oplevelser kan komme frem (Hørmann, 2011). Her formodes at kunne finde studier, der forholder sig til et læggerspektiv i relation til forebyggelsesstrategier. I Sociological Abstracts findes internationale sociologiske studier, hvorunder studier af social og adfærdsmæssig karakter kan findes (Aalborg Universitet - Universitetsbiblioteket, n.d.). Med sit social videnskabelige afsæt kan databasen give indsigt i social ulighed i sundhed og den sociale og samfundsmæssige kontekst herfor.

7.5 Kontrollerede emneord, trunkering og frasesøgning

Initierende for den systematiske søgning gennemgår projektet de udvalgte databaser for forskellige og mulige kontrollerede emneord og hvordan de indekseres i databaserne. Databasernes forskellighed gør blandt andet, at et kontrolleret emneord indekseres forskelligt. Det vil sige, at der kan være varians i indholdet af et kontrolleret emneord afhængig af databasen. Bevidsthed om det faglige indhold for et kontrolleret emneord kan medvirke til præcision, idet sammenhængen mellem problemformulering og resultater øges ved relevansen af indholdet (Buus et al., 2008).

Det betyder også, at én søgning ikke uden videre kan flyttes til en anden database og resultere i samme faglige indhold (Buus et al., 2008). Det betyder, at det kan være nødvendigt at justere på søgestrategien alt afhængig af, hvilken database der søges i og hvilke kontrollerede emneord, der er tilgængelig i den pågældende database (Hørmann, 2011). For søgningen betyder dette, at de kontrollerede emneord, der søges på i databaserne fremgår som forskellige. Variationer i den systematiske søgning kan ses illustreret i bilag 2. I praksis betyder det, at et kontrolleret emneord kan hedde noget forskelligt og fremgå som sådan, eksempelvis med social ulighed i sundhed – 'health disparity', så hedder det kontrollerede emneord noget forskelligt i databaserne. I Embase hedder det kontrollerede emneord 'health disparity', mens et lignende kontrollerede emneord i Cinahl hedder 'health status disparities'.

Yderligere er der også forskel på hvilke kontrollerede emneord projektet slutteligt udvælger at søge på – eksempelvis er ordet 'social inequality' ikke at finde som et kontrolleret emneord i Cinahl, hvorfor det ikke er muligt at søge på det som et kontrolleret emneord. Derfor søges i stedet på det som fritekst. Derimod er det muligt at søge på det som et kontrolleret emneord i Embase. Alligevel søges også i fritekst i Embase, da en søgning på 'social inequality' som kontrolleret emneord giver

få hits. Fritekst søgningen giver, som regel flere hits end søgning med kontrollerede emneord, der som udgangspunkt vil give færre hits, men som nævnt vil være mere præcis. Det er anvendeligt at søge i fritekst, når et ord ikke er blevet indekseret endnu og derfor ikke er at finde som kontrolleret emneord (Hørmann, 2011).

Når der inddrages kontrollerede emneord i søgningen, så er der mulighed for at benytte explode funktionen. Når det er valgt at explode et kontrolleret emneord så fremgår det af søgningen som 'søgeord/exp' se bilag 2. Explode funktionen betyder, at alle de underliggende emneord, som er at finde under det kontrolleret emneord er inkluderet i søgningen. Ved tilfælde med kontrollerede emneord, hvor de underliggende emneord ikke er relevante for søgningen, fravælges explode funktionen. Udvalgte kontrollerede emneord fremgår af bilag 2. Vurderingen af hvorvidt explode funktionen skal anvendes er en vurdering, som gruppen foretager i den enkelte situation i forhold til den problemstilling, der ønskes belyst i relation til, hvorvidt de underliggende emneord er relevante at få medtaget i søgningen, samt deres relevans for andet delspørgsmål i problemformuleringen og de opstillede in- og eksklusionskriterier.

Der er også forskel på hvilke ord, der giver resultater i de forskellige databaser. Et eksempel herpå er at fritekst søgning på "prevention strateg*" i Embase giver ikke umiddelbar nogle relevante hits, hvorfor en søgning på dette emneord udelades i Embase. Derimod giver samme søgning i Cinahl langt flere relevante hits, hvorfor søgningen på dette ord udføres i Cinahl. Databasen Sociological Abstracts har ikke i samme grad, som de fornævnte databaser ligeså mange kontrollerede emneord, hvorfor behovet for at søge i fritekst heri, kan være større.

Der er forsøgt forskellige kombinationer i databaserne, hvor målet har været ikke at få for meget støj. Der er det eksempelvis fravalgt at kombinere søgningen i Sociological Abstracts, med fritekst søgningen "social inequalit*", fordi det giver irrelevante resultater med megen støj. Et andet eksempel der viser forskellighederne mellem databaserne er, at det ikke har været muligt at søge på 'social inequality' som kontrolleret emneord i Cinahl. Omvendt har det været at finde i både Embase og Sociological Abstracts, hvorfor der søges på det kontrollerede emneordet i disse databaser.

Der findes forskellige teknikker til at indskrænke og udvide den systematiske litteratursøgning. Trunkering som angives med (*), angiver udvidelse af det ord, der søges på, og betyder at forskellige variationer af ordet bliver medtaget i søgningen (Buus et al., 2008). Trunkering bruges blandt andet ved søgning på 'prevention strateg*'. Ved at trunkere, medtages alle mulige endelser, der kan være på ordet. Ud over trunkering kan udføres frasesøgning. Frasesøgning angives ved (" ")

og er en indskrænkning, som kan anvendes, hvis søgeordet indeholder flere ord. Det vil sige, at søgningen indskrænkes til resultater, der anvender ordene i frasen i dens angivne rækkefølge. Denne funktion anvendes, når det ønskes at søge på ordet på en bestemt måde i den række følge, det er skrevet i (Fredericia Bibliotek, n.d.). Denne funktion anvendes ved alle fritekst søgninger, da disse alle består af to ord. Frasesøgning er eksempelvis anvendt ved søgning på *”health intervention”*. Både trunkering og frasesøgning anvendes ved alle fritekstsøgninger i projektet, med et ønske om at få alle mulige endelser samtidig med en bestemt rækkefølge af emneordet.

7.6 Boolske operatorer i søgningen

Til kombineret af de forskellige søgeord i facetterne anvendes boolske operatorer. Inden for den samme facet anvendes den boolske operator ”OR”. Når der i facetten er flere søgeord for det samme, så benyttes OR imellem dem. Ved brug af OR udvides søgningen, da det åbner for inklusion af flere forskellige udgaver af ordet for samme søgeord, hvormed at flere hits kan fremkomme. Omvendt anvendes ”AND” til at indsnævre søgningen og kombinere facetterne på tværs (Buus et al., 2008).

7.7 In- og eksklusionskriterier

Forud for udvælgelse af litteratur, opsættes nogen in- og eksklusionskriterier. Kriterierne er ens for søgningen i de tre databaser, som er udvalgt til den systematiske litteratursøgning. Et af inklusionskriterierne er, at studierne skal være på et sprog, som kan læses og forstås af gruppens medlemmer. Det er derfor valgt at inkludere studier på dansk, svensk, norsk og engelsk. Derudover inkluderes studier, der handler om strategier til forebyggelse af social ulighed i sundhed i relation til at kunne besvare andet delspørgsmål i problemformuleringen. Derudover vælges et inklusionskriterie om, at studierne skal være baseret på vestlige lande, da de i litteraturen fremhæves for at have adskillige ligheder i forhold til en ulighedsproblematik (Graham, 2004; Lee, 2016). Et sidste inklusionskriterie har været kun at inkludere studier, der er peer reviewed. Peer-reviewed materiale er kvalitetsbedømt af fagfæller med henblik på at sikre kvaliteten af det udgivende materiale (Elsevier, 2016). Op mod 99 % af materialet i Embase er peer reviewed. I Sociological Abstracts findes dog studier, som ikke er peer reviewed, hvorfor en funktion om tilvalg af peer-reviewed materiale tilvælges. Da der i projektet ikke er fokus på forebyggelse af specifikke sygdomme, er sygdomsspecifikke studier ekskluderet. Med udgangspunkt i projektets problemanalyse ekskluderes desuden studier, som har til formål at forandre livsstil. Herudover er

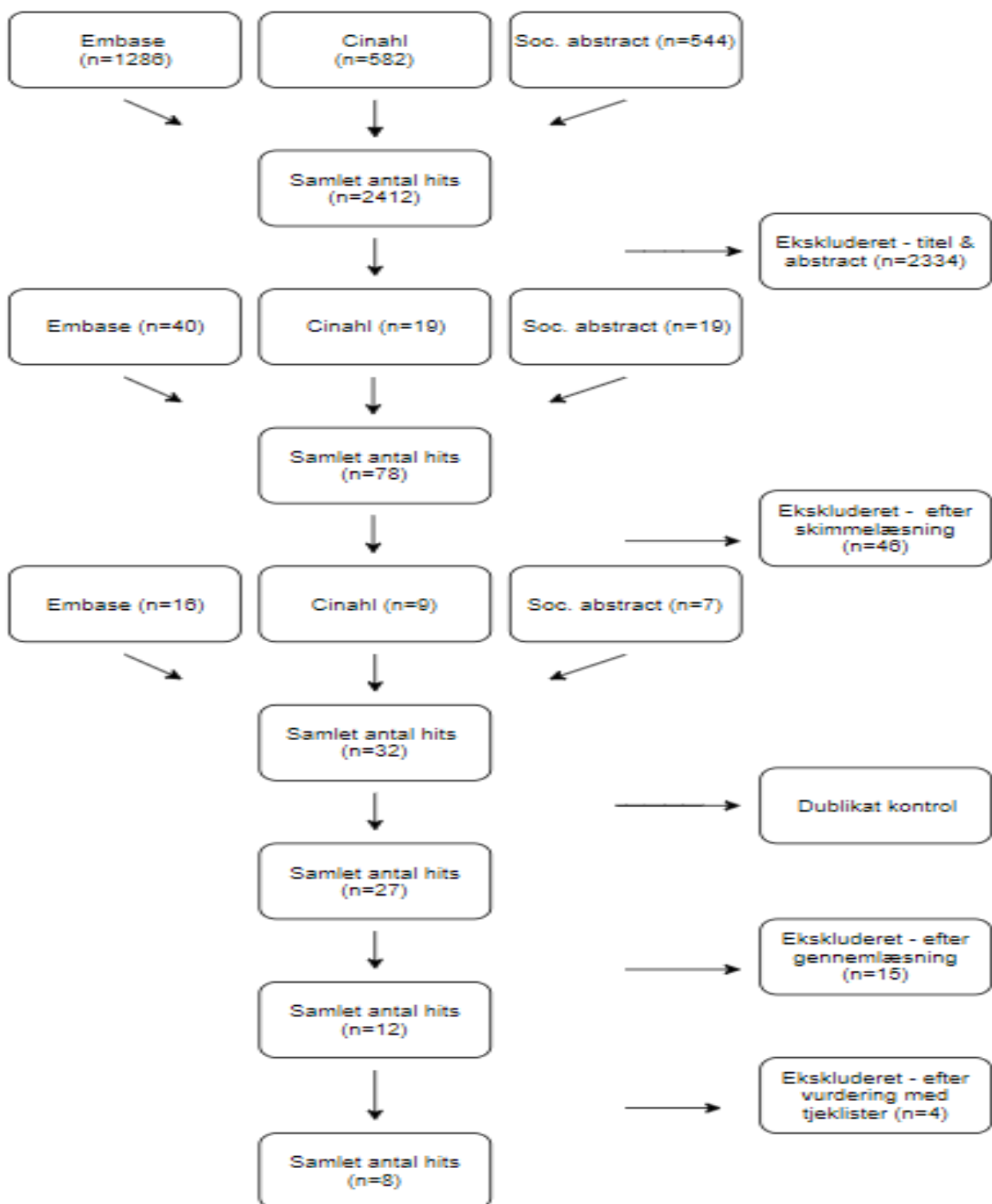
studier, som udelukkende har fokus på ulighed i køn og race ekskluderet, da disse som adskilt område er komplekse, kontekstuelle, sociologiske problemområder i sig selv. Hvis fokus i studierne ikke er på forebyggelse af social ulighed i sundhed, så er studierne ligeledes ekskluderet. Yderligere er studier, som er anvendt i projektets problemanalyse ekskluderet, da deres indhold allerede er blevet fremlagt tidligere. Oversigt over in- og eksklusionskriterier ses i tabel 6.

Inklusionskriterier	Ekslusionskriterier
Studier på dansk, svensk, norsk og engelsk	Sygdomsspecifikke studier
Studier omhandlende strategier til løsning af social ulighed i sundhed	Studier med formål om at forandre livsstil
Studier baseret på vestlige lande	Studier udelukkende om ulighed i race og køn
Studier der er peer reviewed	Studier som ikke vedrører social ulighed i sundhed
	Studier anvendt i projektets problemanalyse

Tabel 6: In- og eksklusionskriterier

7.8 Hvordan har vi udvalgt studier – forklaring og flowdiagram

Efter endt søgning foregår en udvælgelsesproces gennem forskellige trin. Denne proces illustreres ved nedenstående figur 3, der viser udvælgelsen illustreret i et flowdiagram.



Figur 3: Udvalgelsesproces i et flowdiagram

Første udvælgelse sker ved at se på studierne titel og abstract med udgangspunkt i de opstillede in- og eksklusionskriterierne samt relevans for specialets andet delspørgsmål i problemformuleringen.

Disse forbehold tages ved alle processens trin. Tilbageværende studier skimmes, hvorunder duplikater fjernes. Hernæst gennemlæses litteraturen mere dybdegående, med en usystematisk kvalitetsvurdering baseret på, hvad litteraturen kan bidrage med i relation til andet delspørgsmål i problemformuleringen. Her kan det også være vigtigt at være opmærksom på, at blot fordi at litteraturen er peer reviewed, så er det ikke en garanti for et højt kvalitetsniveau. Derfor er det vigtigt, altid at læse studierne kritisk (Buus et al., 2008). Med henblik på at kunne vurdere relevante forebyggelsesstrategier, skal den viden der anvendes så vidt muligt underkastes kritisk vurdering. Dette kan gøres ved en vurdering af evidensen – det aktuelt bedste vidensgrundlag for handling (Kamper-Jørgensen & Almind, 2011). Derfor gøres den resterende litteratur til genstand for en systematisk kvalitetsvurdering ved brug af relevante tjeklister. Tjeklisterne skal være behjælpelige i at fravælge studier og gøre opmærksom på faldgruber.

7.9 Vurdering af litteraturens kvalitet

Til vurdering af litteraturens kvalitet anvendes forskellige tjeklister. Afhængig af forskningstype og eventuelt design udvælges hvilken tjekliste, der er egnet til at kvalitetsvurdere. Tjeklisterne kan skærpe opmærksomhed på, hvilke styrker og svagheder de enkelte studier har, med henblik på at vurdere hvorvidt det er muligt at generalisere resultater til den pågældende kontekst, der undersøges (Gallo et al., 2011; Hørmann, 2011). I det følgende fremkommer en præsentation af, hvorledes de otte udvalgte artiklers kvalitet er vurderet.

Meta-analysen af O'Mara-Eves et al. (2015) vurderes ud fra en tjekliste, der er beregnet til meta-analyser. Tjeklisten er udarbejdet af Higgins et al. (2013) og har særligt fokus på risiko for bias. Dette fokus kommer af, at en meta-analyse er en sammenfattende statistisk analyse af multiple tidligere gennemførte undersøgelser. De fejlkilder som oftest kan være tilfældet i en meta-analyse, er publikationsbias. Publikationsbias vedrører, at de studier der lokaliseres, som regel er publiceret og publiceres oftere, fordi at de viser en effekt, hvor studier som ikke viser en effekt er sværere at lokalisere, fordi at de udgives sjældnere. Det kan medføre fejl i selektionen af studier i en meta-analyse, hvormed der er risiko for overvurdering af den samlede effekt der findes (Svend Juul, 2013). For kohortestudiet af Stafford (2014) vurderes den metodiske kvalitet ud fra rapporteringstjeklisten STROBE, som er velegnet til observationelle studier, herunder kohortestudier (EQUATOR Network, 2017). Tjeklisten er primært udviklet til rapportering af observationelle studier, om end den også er anvendelig for læsere til vurdering af, hvorvidt

forfatterne inddrager nødvendige aspekter i studiet (Gallo et al., 2011). Her er fokus blandt andet på at vurdere om, der er risici for henholdsvis confounding og selektionsbias, da det kan få indflydelse på studiets interne validitet og deraf muligheden for at generalisere (Svend Juul, 2013).

De tre kvalitative studier, henholdsvis Carlisle (2010), Shareck et al. (2013) og Strand & Fosse (2011) kvalitetsvurderes ud fra CASP, hvor fokus er på explicit, stringent og transparent afrapportering af resultater (Critical Appraisal Skills Program, 2017). Resterende tre artikler, henholdsvis Broom (2014), Joyce & Bamba (2010) og McLaren (2010), er diskussionsartikler, hvortil der ikke eksisterer nogen tjeklister. Derfor kvalitetsvurderes disse ud fra seks HV-spørgsmål, udfærdiget i en guide til kritisk læsning (Oxford Brookes University, 2011).

I alt otte ud af udvalgte 12 fundne artikler vurderet til at kunne anvendes se figur 3, der viser udvælgelsen i et flowdiagram. Resterende fire er fravalgt på baggrund af samme kvalitetsvurdering. Fravælgelse af pågældende artikler er baseret på, at det metodiske fundament er uigennemskueligt, hvormed det er vanskeligt at vurdere, hvilken baggrund der konkluderes på, og deraf vanskeligt at relatere artiklens resultater til nærværende kontekst. Metodiske begrænsninger i tilbageværende litteratur, menes ikke at være afgørende for, hvorvidt studierne resultater kan bruges. Studierne kvalitet som præmis for specialets resultater vil blive diskuteret i en senere metodediskussion.

I udvælgelsen af litteratur og i den efterfølgende gennemlæsning, forekommer en relativt lille mængde af litteratur med et højt evidensniveau, såsom systematiske reviews, metaanalyser og evaluerende studier, i modsætning til mængden af kvalitativ eller ekspertbaseret litteratur. Det evidensbaseret litteratur forventes at kunne bidrage med er sikker viden om, hvordan forebyggelsespraksis kan udvikles på konsistent grundlag (Svend Juul, 2013). Derfor foretages en supplerende systematisk søgning i Cochrane, med udgangspunkt i den foregående søgefascet. Cochrane udvælges i denne situation, fordi det er en database, som indeholder studier som metaanalyser og systematiske reviews, der ligger højt i evidenshierakiet (Svend Juul, 2013). Dog er en kategorisering af evidens klassificeret efter studietype ikke en garanti for, at det i alle tilfælde er et studie af bedre kvalitet end et der er lavere rangeret. Imidlertid betragtes et studie som rangerer højere i evidenshierakiet, som mere sikker viden end viden fra lavere rangerede studier (Svend Juul, 2013). Omtalte søgning foretages med kontrollerede emneord og fritext søgninger i Cochrane og

resultater i 85 hits. Med udgangspunkt i titel og abstract vurderes ingen af disse for relevante. Se bilag 2 for dokumentation af denne søgning i Cochrane.

7.10 Litteraturreview af systematisk litteratursøgning

I det følgende præsenteres og sammenfattes udledte resultater af den fundne litteratur. Når eksisterende viden undersøges i litteraturen, er det muligt at udarbejde et litteraturreview med formål om at kortlægge, hvad der hidtil er undersøgt. At udføre et litteraturreview, hvor litteratur præsenteres og sammenfattes kan bidrage til at øge viden på det undersøgte område, ved at det sættes i kontekst til det spørgsmål, som litteraturen skal bidrage til at besvare (Christmalls & Gross, 2017; K. Frederiksen & Beedholm, 2011b). Her refereres til specialets andet delspørgsmål i problemformuleringen, som blandt andet vedrører et overblik over de forskellige strategier, der fremhæves i litteraturen til at kunne reducere social ulighed i sundhed. I det næste præsenteres først den første del af analysefasen i et litteraturreview. Denne fase vedrører en skematisk oversigt, en matrice, som giver et resumé af inkluderet litteratur i forhold til dets indhold og kvalitet (K. Frederiksen & Beedholm, 2011b). Matricen ses i tabel 7. Dernæst følger anden analysefase, hvor temaer udledes på baggrund af at være meningsfulde for en problemstilling, og hvor andet indhold fra litteraturen ikke inddrages. På den måde kan indholdet gives en sigende overskrift, som afspejler det indhold et tema er bygget op om (Cooper, 1982; K. Frederiksen & Beedholm, 2011b).

7.11 Centrale fund i et litteraturreview

Herunder illustreres den inkluderede litteratur i en matrice, med efterfølgende analyse af andet delspørgsmål.

Artikelinformation og formål	Metode	Fund	Styrker og svagheder
Artikel: 'The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups' – engelsk meta-analyse af O'Mara-Eves et al. (2015) Formål: At evaluere effekten af forebyggende interventioner som intervenser i lokalsamfund.	Initierende systematisk litteratursøgning. Udleder 131 systematiske reviews. Til udvælgelsen opstilles systematiske in- og eksklusionskriterier og litteraturen vurderes ud fra gældende tjeklister. Data om deltager karakteristika, geografiske og kontekstuelle detaljer, omkostninger og ressourcer og processer. En proces som foretages af forskere inddelt i par med henblik på at minimere fejl og sikre stringens i fortolkninger. Statistisk analyse: ANOVA inkl. homogenitetsanalyse mellem grupper til sammenligning af effektestimater – dette i forhold til at vurdere om effekter kan sammenlignes. Effektmål måles for outcomemål for sundhedsadfærd, sundhedskonsekvenser (konsekvenser af adfærd), self-efficacy og social støtte	Det er ikke muligt at fremhæve én bestemt model for lokalsamfundsinterventioner. Der er primært signifikans for diverse effektmål, når der måles på udfaldet sundhedsadfærd. Dog findes tendenser i effektmål for en stigning i self-efficacy, social støtte, og sundhedskonsekvenser. Der er antydning af, at inddragelse af lægpersoner har en effekt, når der ses på effektestimater herfor og der er statistisk signifikans på fire outcomes: social støtte, helbredskonsekvenser, sundhedsadfærd og self-efficacy. Når der måles for effekt af længden af interventionen <6 måneder til > 2 år er der signifikant effekt på self-efficacy.	<u>Styrker:</u> De studier der inddrages er fra andre sammenlignelige, vestlige og industrialiserede lande, hvilket gør det lettere at generalisere til en dansk kontekst. EksPLICIT vurdering af risiko for bias i inddragede af studier (høj risiko i 47,3 % af studierne og lav risiko i de resterende studier). Forsker triangulering i dataanalyse. Homogenitetsanalyse undersøger effektmodifikation: Teoretisk homogenitet gør, at analysen struktureres efter teoretisk fundament og deraf muligheden for teoretisk generaliserbarhed Kontekstuel heterogenitet giver nedsat validitet og deraf sværere at generalisere Anvender funnel-plot til at afdække risiko for publikationsbias (øger validitet, minimerer risiko for overfortolkning). <u>Svagheder:</u> Uvished om potentielle effektmodifikatorer afhængig af kontekst og deraf uvished om størrelsen af risiko for bias.

Artikel: ‘Evaluating the health inequalities impact of area-based initiatives across the socioeconomic spectrum’ – engelsk kohortestudie af Stafford et al. (2014) Formål: At evaluere virkningen af en lokalsamfundsintervention på social ulighed i sundhed målt på tværs af socioøkonomisk status. Interventionen der undersøges har til hensigt at forbedre levevilkår i udsatte boligområder.	Kohortestudie til evaluering af effekt af lokalsamfundsintervention i England. Follow-up over en årrække på 6 år. Data: surveydata (tværsnit) vedrørende demografiske og socioøkonomiske karakteristika, sundhedsadfærd (rygning), selv vurderet helbred og selv vurderet mental helbred. Udsatte boligområder modtager New Deal for Communities intervention (NDC). Interventionsgruppen sammenlignes med forskellige områder. Disse er henholdsvis; udsatte boligområder som ikke modtager intervention, samt områder på tværs af det socioøkonomiske spektrum – fra lav, middel og høj socioøkonomisk status.	Interventionsgruppen har en signifikant stigning i selv vurderet helbred, uddannelse sammenlignet med andre udsatte områder, som ikke får interventionen og i sammenligning med udsatte områder med høj socioøkonomisk status. Derfor er der nogen evidens for, at lokalsamfundsintervention med fokus på levekår, kan reducere social ulighed i sundhed.	Styrker: Data for outcome variable harmoniseres med henblik på sammenligning af outcome i forskellige områder, hvilket øger reliabiliteten i forhold til, at der måles på samme parametre. Måler effekt på social ulighed i sundhed Svagheder: Ikke viden om kausal sammenhæng mellem intervention og outcome. I interventionsgruppen er der store raceforskelle, hvilket kan influere på repræsentativiteten, da der er tale om et socialt karakteristika som kan være en determinant for sundhed, og derfor er der usikkerhed om, hvorvidt der er tale om effektmodifikator eller endda confounder. Mulighed for informationsbias i outcomemål. Risiko for tilfældig misklassifikation af borgere som er flyttet til og fra området. Derfor kan der være risiko for overfortolkning af effektmål og deraf type 2-fejl i fortolkning af resultater. Dog justeres der for demografi. I forhold til at generalisere er det ikke muligt at overføre mål for prævalens for outcome.
--	--	--	--

Artikel: 'Reducing social inequities in health through settings-related interventions – a conceptual framework' – canadisk kvalitativt scoping review af Shareck et al. (2013) Formål: At få indsigt i hvordan interventioner som tilpasses konteksten kan reducere social ulighed i sundhed og hvordan de kan anvendes.	Systematisk litteratursøgning og giver et overblik over søgeprocessen; herunder søgeord og in- og eksklusionskriterier. Udvalgte studier vedrører folkesundhedsproblemer, samt studier af interventioner som intervenserer målrettet, lokalt og på hele befolkninger.	Udstikker konkrete principper og guidelines for forebyggelsespraksis til reduktion af social ulighed i sundhed. Disse lægger op til at adaptere et socio-økologisk perspektiv i interventioner, som tager højde for lægpersoners oplevede verden kombineret med et fokus på socio-politiske forhold og deres indflydelse på sundhed og sygdom	Styrker: EksPLICIT struktur for analyse og teoretiske antagelser. Anvender forsker triangulering -> øger troværdigheden af fortolkninger. EksPLICIT søgning med datamætning (ifølge forfatterne selv. Datamætning i forhold til, at de samme referencer fremkommer ved søgning på nye ord) Svagheder: Tager ikke forbehold for metodiske begrænsninger i de inkluderede studier.
Artikel: 'Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement? A reality check for policy and practice aspirations from a Social Inclusion Partnership in Scotland' – engelsk etnografisk feltstudie af Carlisle (2010) Formål: At undersøge detaljerne i et skotsk initiativ for social inklusion. Et initiativ der er udviklet til at tackle ulighed i sundhed og social udelukkelse ved lokalsamfundsintervention.	Feltarbejde over 20 måneder. 11 semistrukturerede interviews med medlemmer fra organisation for social inklusion. Observationer til møder og events, hvor der er taget feltnoter. Inddrager teori af Bourdieu om social kapital.	Studiet her viser, at det er komplekst at implementere forebyggelse på et lokalt niveau i forhold til politikker med målet om at engagerer lokalsamfundet i sundheds forbedrende indsatser. Der er faktorer, som lav indkomst og usikkerhed samt frygt for kriminalitet, som for borgerne i lokalsamfundet er af større prioritet end sundhed.	Styrker: Der anvendes forskellige kvalitative metoder, som kan supplerer hinanden. Argumenterer for at de problemer som de støder på i dette skotske initiativ ikke er unikke for dette studie, men også vil være at finde i andre byer eller lande. Svagheder: At der ikke fremlægges særlig mange citater, hvilket mindsker gennemsigtigheden i analysen og deraf hvor valide fortolkningerne er i forhold til informanternes fortolkninger.

Artikel: 'Tackling health inequalities in Norway: applying linear and non-linear models in the policy-making process' – norsk casestudie af Strand & Fosse (2011) Formål: At præsentere og forklare udvikling af politikker og tilgange til social ulighed i sundhed med udgangspunkt i en specifik case.	Kvalitativt case-studie med otte semi-strukturerede interviews og dokumentanalyse af policy-dokumenter. Inddrager teori af Margaret Whitehead, hvis forskningsområde er social ulighed i sundhed. Inddrager desuden referencer af Johan Mackenback, som er aktør på området for social ulighed i sundhed.	Finder at policy udvikling på ulighedsområdet må være en kombination af lineære og ikke-lineære tilgange i problematisering og løsning af et problem her social ulighed i sundhed. Her skelnes mellem to forskellige modeller, som beskriver forskellige tidspunkter i den politiske proces for policy-making, hvoraf det konkluderes, at de med fordel kan komplementere hinanden.	<u>Styrker:</u> Acceptabelt antal af interviews i forhold til datatyngde og med inddragelse af relevante informanter. Inddrager citater som styrker afrapporteringen af interviewet (validering). Teoretisk udvælgelse af informanter med henblik på troværdighed og sammenhæng. Triangulering af data med henblik på troværdighed og sammenhæng. <u>Svagheder:</u> Forskeren diskuterer ikke indgående styrker og svagheder ved egen metode og forekommer derfor ikke eksplisit.
Artikel: 'Health Inequalities in Developed Nations' – amerikansk diskussion af Joyce & Bamba (2010) Formål: At undersøge mulige strategier til at tackle den sociale ulighed i sundhed	Der er som sådan ikke nogen konkrete metoder, men diskussionen bygger på argumenter hentet i den teoretiske og empiriske litteratur på ulighedsområdet. Der refereres til Mackenback, Marmot og Commission on Social Determinants of Health, som også er inddraget i specialet til at få indsigt i nuværende viden om social ulighed i sundhed.	Der argumenteres for at den komplekse situation vedrørende social ulighed i sundhed fra politisk side skal håndteres ved at udvikle "upstream" forebyggelsesstrategier på makro niveau, samtidig med mere målrettet interventioner. Advarer mod brugen af adfærdsforklaringen på ulighed i sundhed, da den har ført til stigmatisering af individer og lokalsamfundet. Politikere anbefales i større grad at fokusere på "upstream" forebyggelsesindsatser såsom indsatser med fokus på livsbetingelserne og målrette "downstream" indsatser til fokus på samfundsstøtte.	<u>Styrker:</u> Der fremstilles forskellige tilgange til forebyggelse af ulighed i sundhed, hvorefter der argumenteres for og imod disse. Bygger argumenterne i diskussionen op om store forskere indenfor ulighedsområdet som Marmot, Whitehead, Graham & Kelly. Der trækkes på deres argumenter i fremstillingen af, hvad der skal til for at tackle uligheden i sundhed. Samtidig med trækkes på empiriske eksempler fra England i forhold til at "downstream" tilgangen ikke reducere uligheden. <u>Svagheder:</u> At der ikke fremlægges empiriske eksempler på at "upstream" strategier kan reducere ulighed i sundhed. Dette

			hænger også sammen med, at det til slut pointeres, at der er behov for forskning i virkningen af "upstream" forebyggelsesstrategier i forhold til hvordan og for hvem de virker.
Artikel: 'Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health' – canadisk diskussion af McLaren et al. (2010) Formål: At argumentere for hvorvidt Rose's populationsstrategi er eller ikke er hensigtsmæssig i reduktion af social ulighed i sundhed.	Der er som sådan ikke nogen konkrete metoder, men diskussionen bygger på argumenter hentet i den teoretiske litteratur på ulighedsområdet. Inddrager teori om Rose's forebyggelsesstrategier og refererer desuden til forskning af Frolich & Potvin hvis forskningsområde er social ulighed i sundhed.	Det kan være muligt at kombinere og forene viden om social ulighed i sundhed med populationsstrategier også kaldet befolkningsorienterede strategier. Hvad der er afgørende for om befolkningsorienterede strategier er hensigtsmæssig er hvorvidt den inkluderer strukturelle tiltag eller massestrategier. De strukturelle tiltag griber ind i de bagvedliggende faktorer og er en type af befolkningsorienterede strategier som er hensigtsmæssig til reduktion af ulighed i sundhed.	<u>Styrker:</u> Fremstiller argumenter som nuancerer en antagelse om at en populationsstrategi ikke er anvendelig til reduktion af social ulighed i sundhed. Er eksplicitte om hvilke forståelser de argumenterer for og mod. Er anledning til hvilke overvejelser og forbehold der kan være relevante ved en populationsstrategi. <u>Svagheder:</u> Forfatternes bagvedliggende antagelser er ikke kendte.

Artikel: 'Hazardous good intentions? Unintended consequences of the project prevention' – australsk diskussion af Broom (2014) Formål: At argumenterer for udfordringer ved den nuværende tilgang til forebyggelse med fokus på individet og risikofaktorer. Samtidig med at den nuværende forebyggelse er kendetegnet ved et øget fokus på evidens baseret forebyggelse. Yderligere er formålet at argumentere for hensigtsmæssige perspektiver til forebyggelse af ulighed i sundhed.	Der er ikke nogen konkrete metoder, men diskussionen bygger på argumenter hentet i teorier og forskningslitteraturen om ulighed i sundhed. Forfatterens eget fokusområde er forskning i utilsigtede konsekvenser af forebyggelse. Inddrager blandt andre referencer af Rose, Marmot, Mackenback, Graham og andre forskere i social ulighed i sundhed.	Fremlægger utilsigtede konsekvenser ved at forebygge med fokus på individet. Stigmatisering, øget overvågning og usynlig struktur – indebærer at elementerne i strukturen ignoreres i dag. Selvom at sociologiske analyser viser, at der er nogle faktorer i miljøet, som er afgørende for sundhed og sygdom. I relation til at politikere ofte vælger interventioner, som har været underlagt en evaluering, er det svært med sådanne forebyggende interventioner, hvor både problemer og løsninger er komplekse. Her kan RCT studier være problematiske at udføre. Der er behov for et kritisk perspektiv på forebyggelse, for at undgå de utilsigtede konsekvenser. Hvis der fortsættes med at forebygge som hidtil, så vil det med stor sandsynlighed forværre uligheden i sundhed. Der er behov for at politikere og forskere får en mere informeret forståelse for den sociale struktur, politisk økonomi og kultur, da disse kontekstuelle elementer former den nuværende forebyggelse.	Styrker: Argumenter for hvorfor at den nuværende tilgang til forebyggelse med fokus på individet ikke er hensigtsmæssig, da der er utilsigtede konsekvenser forbundet der med samtidig med, at det ikke medfører en reduktion af ulighed i sundhed. Svagheder: Inddrager ikke empiriske eksempler til at underbygge de teoretiske fremstillinger.
---	--	--	---

Tabel 7: Matrice til overblik over inddraget litteratur

7.11.1 Kontekstuel forebyggelse

Et grundprincip for forebyggelse af social ulighed i sundhed, må være at tage højde for konteksten (McLaren et al., 2010; Shareck et al., 2013). Ifølge McLaren et al. (2010) handler det om, at de forebyggelsesstrategier, der anvendes i dag, henvender sig til den brede befolkning uden forbehold for de forskellige i strukturer, som befolkningen lever under. Forskelligheden indebærer blandt andet forskellige ressourcer, såsom viden, penge og fordele skabt som følge af sociale relationer. Hertil supplerer Shareck (2013) ved at argumentere for, at det er i den enkelte kontekst, at mennesker engagerer sig i daglige aktiviteter, hvori både miljømæssige, organisatoriske og personlige faktorer influerer og disse varierer med konteksten. Ifølge Elstad (2000) er konteksten de sammenhænge mennesker indgår i, i en social position. Sociale positioner defineres af alder, køn, etnicitet, erhvervmæssig tilknytning, familiære forhold, social baggrund, geografi, erhvervsliv, politik samt økonomi. Enhver social position er defineret af førnævnte faktorer i en unik kombination, som giver adgang til forskellige ressourcer, som disponerer menneskers livsmuligheder. Livsmuligheder bruges til at opnå kontrol over egen livssituation og helbred, samt til forhandling af kapital, eksempelvis gennem læring og det at have adgang til viden, til at kunne forstå og anvende viden. Denne kan senere bruges til at gennemføre en uddannelse, som giver bedre mulighed for at få tilknytning til arbejdsmarkedet og deraf adgang til yderligere økonomiske og sociale ressourcer, som kan anvendes i konvertering af kapital. Kapitalen har igen indflydelse på, hvorvidt mennesker udvikler stress og hvilke eksponeringer de udsættes for, men som også er forudsat af deres unikke kontekst i form af, hvilken social position de har fra fødslen og de fysiske, materielle og psykologiske og sociale forudsætninger heri.

Sammenhængende hermed beskriver Link & Phelan (1995) et behov for at indkredse de kontekster, der omgiver de sociale positioner, som er udsatte i forhold til sundhed, sygdom og dødelighed og at kunne opnå forståelse af, hvordan social ulighed i sundhed kan forebygges.

Ved at undersøge de kontekster hvori sociale positioner eksisterer, kan tilegnes indsigt de eksponeringer mennesker udsættes for i en given kontekst.

7.11.2 Strukturel populationsstrategi som kontekstuel strategi

I diskussion af McLaren et al. (2010) foreslås en strukturel populationsstrategi orienteret mod de strukturer, som influerer på hele befolkningens livsmuligheder. Den strukturelle populationsstrategi

skal forebygge social ulighed i sundhed ved at forbedre de sociale og økonomiske forhold, der normalt kan være anledning til sygdomsudvikling i sociale grupper i den lave ende af ulighedsspektret. Strukturelle populationsstrategier kan ved at forbedre sociale og økonomiske strukturer, øge menneskers sammenhængskraft. Ifølge Elstad (2000) har dårligt stillede grupper ofte færre økonomiske og sociale ressourcer, hvilket medfører kontroltab og stress, fordi de ikke har ressourcerne til at mestre og tilpasse sig potentielt skadelige omgivelser eller omstændigheder. Det giver mindre social sammenhængskraft, som tillige gør det svært at mestre, hvorfor social og økonomisk velfærd kan være sværere at opnå. Ud over stress kan det medføre andre psykosociale reaktioner, som angst og destruktiv adfærd, som kan få betydning for børns vilkår for opvækst, og deraf få betydning for hele familiens sundhed. Tanken med en strukturel populationsstrategi er ifølge McLaren et al. (2010), at den kan forebygge at uligheden forøges eller stagnerer, som den ses at gøre ved aktørbaserede populationsstrategier. Aktørbaserede populationsstrategier er strategier, som har til formål at forandre adfærd ved at motivere individet, og som de mest ressourcestærke får størst gavn af, hvor de med højere socioøkonomisk status oftest efterkommer forebyggelse med en stigning af uligheden til følge.

7.11.3 Målrettet strategi som kontekstuel strategi

McLaren et al. (2010) foreslår også en målrettet strategi. En målrettet strategi rettes socialt og økonomisk sårbare grupper i samfundet, som er i høj risiko for marginalisering og deraf sygdom. Ligesom en høj-risiko strategi er den målrettede strategi tiltænkt individer i høj risiko. Forskellen er dog, at den gængse høj-risiko strategi er rettet mod individer, som fordeler sig homogent på eksponering for en række kendte, biologiske risikofaktorer, modsat den målrettede strategi, som ifølge McLaren (2010) forholder sig til socio-økonomiske og socialt strukturelle aspekter, som årsag til sygdom.

Fordelen ved målrettede interventioner er ifølge Rose (1985), at de er mere omkostningseffektive i forhold til brugen af begrænsede ressourcer, fordi begrænsede ressourcer målrettes til de, som har brug for det, med større sandsynlighed for at interventionen har en forebyggende effekt.

Shareck et al. (2013) fremhæver lokalsamfundsinterventioner som eksempel på en målrettet strategi. Målrettede lokalsamfundsinterventioner har fokus på sociale determinanter, eksempelvis miljø, boligforhold, uddannelse og sociale netværk – sociale og biologiske determinanter. Ifølge Elstad (2000) er der tale om ressourcer, som kan være en 'buffer' – en beskyttende faktor – mod stress med betydning for menneskers personlighedsstruktur. Alle ovennævnte faktorer er ressourcer,

som bruges til at opnå social støtte, som kan beskytte mod stress. Ifølge Carlisle (2010) kan det dog være svært at gennemføre en effektiv lokalsamfundsintervention, fordi at borgere i det berørte område netop kan have forringede sociale forudsætninger, for at deltage i et socialt netværk og udnytte tilgængelige muligheder.

7.11.4 Eksempler på forebyggelse – lokalsamfundsinterventioner

I meta-analysen af O'Mara-Eves et al. (2015) sammenlignes lokalsamfundsinterventioner, som leverer henholdsvis uddannelse, social støtte, forbedret adgang til ressourcer, kognitiv træning og incitament, i forhold til om det har forbedrende effekt på fire forskellige outcome for sundhed – sundhedsadfærd og sundhedskonsekvenser heraf, self-efficacy og social støtte. I meta-analysen findes positiv effekt på samtlige outcome. Den positive effekt ses at skyldes inddragelse af lægpersoner i interventionen, da effektmålet her er højere i forhold til effektmål for interventioner, hvor lægpersoner ikke inddrages. Den positive effekt på self-efficacy forbedres også ved årelang intervention. Et kohortestudie af Stafford et al. (2014) evaluerer effekten af en lokalsamfundsintervention i udsatte områder i England. Interventionen har til formål at forbedre strukturelle bagvedliggende determinanter for social ulighed i sundhed. Her er der tale om boligforhold, arbejdsløshed, uddannelse og det fysiske og sociale miljø. Når outcome i interventionsgruppen sammenlignes med udsatte områder, som ikke modtager interventionen, så er der større sandsynlighed for, at interventionsgruppe deltagerne er i arbejde, tager højere uddannelse og har højere selv vurderet helbred end ved baseline. Selv om den pågældende lokalsamfundsintervention har vist nogen effekt, er det stadig de borgere med højst socioøkonomisk status i samme område, som drager mest nytte af interventionen. Det kan være belæg for, at målrettede lokalsamfundsinterventioner ikke formår at påvirke hele gradienten og uligheden i sundhed.

Der er ikke statistisk belæg for at vurdere, om en strategi er bedre end en anden. I meta-analysen af O'Mara (2015) er der nogen heterogenitet i konteksten for de sammenlignede studier, hvorfor det er vanskeligt at vurdere den reelle effekt af de lokalsamfundsinterventioner de sammenligner, da det er utydeligt om der kan være effektmodifikatorer i konteksten, som influerer på resultatet. Derfor er det svært at generalisere resultaterne. Heterogenitet i kontekst og det at det medfører usikkerhed i resultater kan også indikere, at konteksten er et vigtigt aspekt i forhold til at kunne forklare, hvad der virker i intervention mod social ulighed i sundhed. En anden udfordring i forhold til at anvende resultaterne af O'Mara-Eves er, at der i studiet er usikkerhed om effekt på adskillige outcomemål

undtaget ved effekter på sundhedsadfærd, som har statistisk signifikans. I kohortestudiet af Stafford et al. (2014) kan der også være nogen usikkerhed af resultaterne. For det første er det et kohortestudie, som ved tværsnitdata måler på en association og ikke en kausalitet. Derfor er det svært at sige, hvorvidt de effekter der findes reelt set skyldes interventionen, eller om det der ses er en association. Desuden angiver studiet, at der kan være problemer med misplacering af beboere i interventionsområdet. Dette skyldes, at der har været en stigning i beboere, som under follow-up perioden har skiftet bopælsstatus. Dette kan medføre usikkerhed i fortolkning af en effekt, som kan misfortolkes ved en overvurdering.

7.11.5 Kontekstuelle strategier og deres utilsigtede konsekvenser

En målrettet strategi udpeger og synliggør marginaliserede grupper i samfundet og sætter ind på sociale karakteristika, som kan være anledning til stigmatisering. Her fremlægger Broom (2014), at stigmatisering er den mest veldokumenterede utilsigtede konsekvens af målrettet forebyggelse. Denne konsekvens handler ifølge Shareck et al. (2013) om, at ansvaret pålægges de sårbare befolkningsgrupper, der er i området for intervention. I stedet for at rette opmærksomhed på de underliggende determinanter i sociale strukturer i samfundet, som driver den magtfordeling, der kan opretholde den sociale ulighed i sundhed og medvirke til at målrettede interventioner ikke får den tilsigtede effekt. Med magtfordeling kan der refereres til, at magt er noget, der udøves via adgang til ressourcer (Benoit et al., 2010). Ved at de samme strukturer og disposition for ressourcer opretholdes, opretholdes den samme magtfordeling. Ifølge Link & Phelan (2001) opstår stigmatisering via magtstrukturer. Magtstrukturer som ofte tages for givet i forhold til stigmatisering. Fokus er ofte på de som fejler i relation til at opnå mål for forebyggelse, frem for på de magtstrukturer der leder til stigmatisering. På den måde er der risiko for, at de sårbare grupper ansvarliggøres lige så vel, som individet ansvarliggøres ved den kritiserede aktørbaserede populationsstrategi. Ifølge Elstad (2000) vedrører det at ansvarliggøre en bebrejdelse såfremt en effekt på sundheden ikke opnås. På den måde forbindes pågældende sociale grupper til uønskede karakteristika. Et eksempel er lokalmiljøer, fordi de i sig selv karakteriseret ved deres sociale miljø, socioøkonomiske komposition og dets sundhedstilstand. Elementer der ifølge Link & Phelan (2001) er anledning til stigmatisering. Ved at målrette sådanne karakteristika er det en måde at stigmatisere på, og det bliver rationale for eksklusion, hvilket de mener, er konsistent med, at stigmatiserede grupper oftest er dårligere stillet, hvad angår socioøkonomiske karakteristika, levekår og psykosocial sundhed.

I forlængelse af at McLaren et al. (2010) foreslår strukturelle populationsstrategier, forklarer Joyce & Bambra (2010) at denne strategi kan angribe hele den sociale gradient, og deraf minimere de utilsigtede konsekvenser, som af modsat kan være ved en målrettet strategi, hvor kun de mest udsatte grupper modtager intervention. Her argumenteres af samme forfattere for, at der må handles på samfundets egne determinanter med henblik på at påvirke størstedelen af befolkningens sundhed uafhængig af motivation, viljestyrke og magtstrukturer. Dette begrundes ved en bagvedliggende antagelse om, at social ulighed i sundhed er et resultat af ulighed i samfundet ligesom at Elstad (2000) argumenterer for, at forskellige samfundsstrukturer holder sociale strukturer, som medfører ulighed.

7.11.6 Bagvedliggende årsagsforklaringer i den politiske problematisering af uligheden

I et norsk kvalitativt casestudie af Strand & Fosse (2011) gives indsigt i, hvad der har bidraget til en udvikling af norske politikker til adressering af social ulighed i sundhed. Studiet definerer og giver indsigt i policy udvikling. Pointen er, at politiske problemer og hvordan de defineres, baseres på både implicitte og eksplicitte antagelser. Det er sværere at sætte retning på de implicitte antagelser i forhold til, hvordan problemet kan forandres. Hvad der kan være en udfordring er, at udvikling af politikker også er en delvist tilfældig proces, afhængig af adskillige dynamiske strømme. Det angives eksempelvis, at der ikke findes én målestok for, hvad der definerer et problem, hvorfor problematisering kræver skærpet opmærksomhed. Denne afhænger af, at nogen ser potentialet for at ændre retning, men også andre politiske hændelser, som kan være svære at forudsige og deraf ændre.

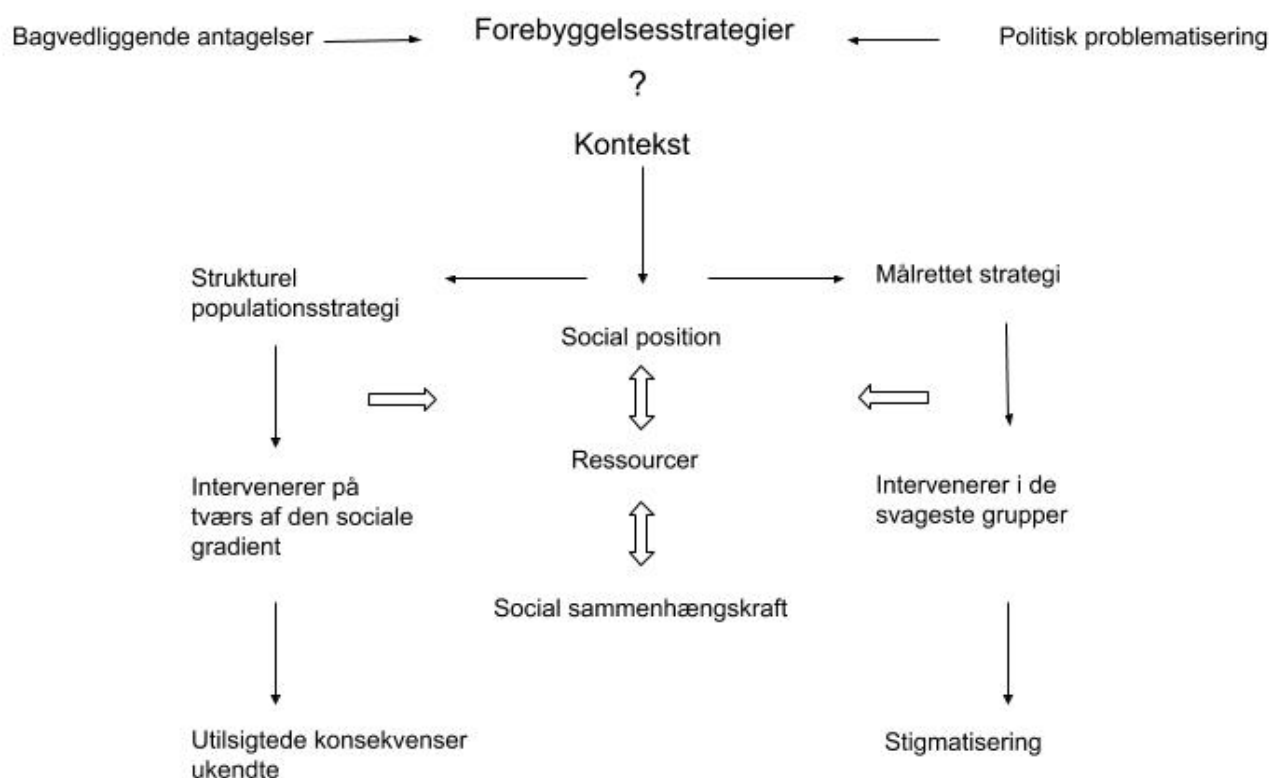
I diskussion af Joyce & Bambra (2010) angives i overensstemmelse med ovenstående, at det er afgørende at eksplicitere og udfolde de antagelser og ræsonnementer, der ligger bag en forebyggelsespolitik fordi, at de har afgørende betydning for, hvordan social ulighed i sundhed adresseres. En forståelse af sociale determinanter og deres indflydelse på social ulighed i sundhed er ikke en del af ræsonnementet for nutidige forebyggelsespolitikker. Dette ses som et resultat af en kombination af den globalisering og liberalpolitik jævner deres påstand om, at den værdi social ulighed i sundhed tillægges, primært afhænger af politiske ideologier. Politiske ideologier kan derfor være en barriere for at udvikle politikker, der formår at adressere social ulighed i sundhed. I relation hertil diskuterer Broom (2014), at særligt globalisering og økonomiske interesser i

kombination med liberalisme, har den konsekvens at sundhed, sygdom og forebyggelse heraf, bliver gjort til en vare styret af markedet, og kan samtidig modarbejde offentlige og politiske intentioner for forebyggelse. En måde at modarbejde en sådan barriere på foreslås af Joyce & Bambra (2010) at kunne brydes gennem fortsat bevidstgørelse om sociale determinanter, deres ulige fordeling og de ubalancer de medfører i forhold til at opnå resultatlighed i eksempelvis uddannelse. Dette forventes, at kunne eksekveres gennem løbende demokratisk dialog mellem politiske beslutningstagere og lægpersoner og kan betyde, at social ulighed i sundhed skal sættes på den politiske dagsorden med de forståelser, der er i dag. En pointe der også støttes af Broom (2014), som lægger vægt på, at det både kræver empiriske og teoretiske belæg at belyse forskelle i sociale strukturer samt politisk økonomi. Dette med henblik på at få indblik i, hvad det er for politiske og sociale strukturer, som medfører ulighed. Politiske beslutningstagere allokerer på baggrund af de beskrivende og forklarende fakta, som evalueringer kan levere. Et modsvar på dette er, at den viden der drages af evalueringer er lånt i en klinisk-medicinsk kontekst, hvorfor den praktiske værdi kan være tvivlsom, hvis ikke der tages højde for, at social ulighed i sundhed er kontekstafhængigt og multifaktorielt. Et problem af den art lader sig ikke forklare ved simple, lineære årsagskæder og derfor er det en udfordring at forudsige en effekt, som beslutningsgrundlag for politiske ændringer.

Elstad (2000) diskuterer ligeledes, at det ikke må underkendes, at trods der er kendskab til en lang række risikofaktorer i forbindelse med årelange observationsstudier af risikofaktorer, kan det stadig ikke forklare en social variation i sygdomsforekomst og dødelighed. Hertil foreslår Link & Phelan (1995), at en strategi må være at undersøge de mekanismer, hvorigennem sociale årsager virker og giver udslag i ulighed i sundhed. På den måde at nå frem til, hvad der er af proksimale faktorer, som kan handles på. En implikation herfor er at undersøge, hvad det er for determinanter, som en social gruppe eksponeres for afhængig af deres ressourcer. Mere konkret kan det ifølge Elstad (2000), være en undersøgelse af de sociale strukturer som køn, alder, etnicitet, familiære og sociale relationer, psykosociale og økonomiske forhold, der udgør dispositioner i sociale positioner, og hvordan politikker har indflydelse herpå. En forståelse som ifølge Link & Phelan (1995) er nødvendig for at kunne influere på den måde, som politiske beslutningstagere problematiserer social ulighed i sundhed. Det skal bevirke en politisk re-problematisering af social ulighed i sundhed.

7.11.7 Opsamling

Herunder i figur 4 illustreres en sammenfatning af foreslåede strategier til reduktion af social ulighed i sundhed.



Figur 4: Illustreret overblik af litteraturreview

Der er i litteraturen konsensus om, at en strategi til forebyggelse af social ulighed i sundhed, må være kontekstuel. Der foreslås i litteraturen to mulige overordnede strategier, som har potentiale for at være kontekstuelle, fordi de har et formål om at ændre i nogen sociale og samfundslige omstændigheder; henholdsvis en strukturel populationsstrategi og en målrettet strategi. Der findes eksempler på målrettede interventioner, her refereres til lokalsamfundsintervention, om end evidensen er tvetydig i det, der er potentielle fejkilder – misklassifikation, publikationsbias, heterogenitet i kontekst og deraf manglende statistisk signifikans. Der findes med litteratursøgningen ikke eksempler, som vurderer en effekt af strukturelle populationsstrategier, hvilket gør det vanskeligere at vurdere dens relevans i forhold til at kunne forudsige en potentiel effekt. Målrettede interventioner forventes at kunne forbedre sundheden i den lave ende af spektret for uligheden og strukturelle, mens at populationsstrategier forventes derimod at kunne ændre sundheden over hele spektret – på tværs af den sociale gradient i sundhed.

I forhold til utilsigtede konsekvenser, findes i litteraturen argumentation for, at en strukturel populationsstrategi i mindre grad udpeger og stempler bestemte sociale grupper i samfundet, og deraf med mindre risiko for stigmatisering end ved den målrettede strategi. I forhold til at forandre nuværende forebyggelse, ligger potentialet i de politiske strømme relateret til problematisering af og processerne for forandring i politikker, som forudsætning for at inddrage nye strategier.

8. Metodediskussion

8.1 Analytisk generaliserbarhed med inddragelse af teori

Teorien af Link & Phelan (1995) og Elstad (2000) om bagvedliggende årsagsforklaringer på social ulighed i sundhed har bidraget til analytisk generaliserbarhed gennem kohærens. At drage sammenhæng, kohærens, bidrager til teoretisk genkendelighed – analytisk generaliserbarhed – hvilket vil sige, at de overvejelser der gøres i relation til en teori kan være vejledende for, hvad der kan ses i en anden situation (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Teorierne kan være vejledende for en anden situation gennem forståelse af, hvordan uligheden er et komplekst forhold af multiple faktorer og hvordan disse skal håndteres i relation til forebyggelse. Viden om hvordan bagvedliggende forhold har betydning for menneskers ressourcer og sammenhængskraft har øget forståelsen for, hvad det er mennesket har brug for i skabelsen af sundhed.

Forståelsen vedrørende livsstil er ligeledes blevet udvidet i form af ikke at være noget biologisk men socialt bestemt. Der er således også tale om viden, som kan stå i relation til de strategier, der foreslås, med udgangspunkt i en teoretisk forståelse om, at det da er nødvendigt at gribe ind i nogle af de sociale faktorer, som ifølge teorien er afgørende for menneskers mulighed for sundhed. Teori som er anderledes og kan give indsigt i noget nyt set i forhold til forebyggelsens herskende forståelse af sundhed, sygdom og social ulighed i sundhed. Deraf er opnået kohærens mellem teorien og empirien – også i forhold til at sige noget om, hvordan nuværende forebyggelse i Danmark har relation til ulighedsteori.

De forskellige forklaringer udelukker ikke hinanden (Elstad, 2000). I det nærværende betyder det, at ontologien her i specialet er mere flydende i den forstand, at sundhed og uligheden ikke defineres i forhold til repræsentative teorier. Repræsentative teorier er ifølge Høyer (2012) ofte de

biomedicinske, og som betragter sygdom med en fastlagt og realistisk ontologi, men teorier som også forstår det, som noget der skabes i menneskets sociale kontekst og deraf er foranderligt. Repræsentative teorier er ofte biomedicinske.

8.2 Kvalitetsvurdering af dokumentanalysen

Kvaliteten af kvalitativ forskning kan vurderes ud fra et sæt af kvalitetskriterier (Tanggard & Brinkmann, 2015). Malterud (2001) har formuleret et sæt af kvalitetskriterier baseret på alment gyldige kriterier for kvalitativ forskning. Kriterierne kan øge gyldigheden i et kvalitativt studie. Kriterierne indbefatter refleksivitet, en detaljering af metoden og analysen samt triangulering.

8.2.1 Refleksivitet og forforståelse

Refleksivitet omhandler en erkendelse af, at en forskers baggrund og erfaring influerer på en undersøgelses fortolkninger (Kitto et al., 2008; Malterud, 2001). Som kriterie indebærer refleksivitet, at der reflekteres over, hvordan forskeren selv er med til at påvirke en undersøgelse (Malterud, 2001). Baggrund og erfaring er her relateret til den forforståelse forskeren tilgår en undersøgelse med. I forhold til specialets hermeneutiske position diskuteres i det efterfølgende, hvordan forforståelsen har influeret på fortolkning. Specialets forforståelse er forsøgt beskrevet i afsnit 6.2.1. Den er funderet inden for en folkesundhedsvidenskabelig ramme og i de referencer, der er anvendt til at udfolde ulighedsproblematikken. Foruden er forforståelsen dannet af gruppens egne erfaringer, oplevelser og fordomme relateret til social ulighed. Formålet med at inddrage forforståelsen er at udforske den med henblik på at se meningsstrukturer i forebyggelsesprogrammerne, som kan sige noget om de forståelser af sundhed og sygdom, som har været konstituerende i de nationale strategier for forebyggelse af social ulighed i sundhed. Det er derfor også forudindtaget, at folkesundhedsprogrammerne handler om sundhed og sygdom. Fordomme der ikke kan opretholdes i mødet med det undersøgte materiale må udfases, men de må også kompletteres, nuanceres og specificeres. Forforståelsen skal på den måde være et bidrag til at forstå, hvad teksten fortæller uden et krav om, at de skal modbevises eller udfases (Søren Juul, 2012).

Det er forsøgt at holde et spejl op, og udlægge programmerne så det korresponderer med det teksten fortæller, hvilket hjælpes af citater. Analysestrategien har været en neutral strategi til at arbejde med forskellige dele af teksten, med mulighed for at vise nye vinkler idet de spørgsmål den stiller ikke er

forudindtaget om dokumenternes indhold. Det er en hjælp til at gå til materialet med en hvis åbenhed i modsætning til, hvis gruppen formulerede sine egne spørgsmål præget af fordomme. Analysestrategien bidrager til systematik så dokumenterne analyseres på et fælles og stringent grundlag. Først analyseres et dokument isoleret fra de andre, hvor delforståelsen af det enkelte dokument udvikles. I en tværgående syntese i fortolkningen opnås en ny helhedsforståelse, hvor forforståelsen aktivt sættes i spil med faglitteraturen med henblik på at nuancere delforståelserne. I arbejdet med analysestrategien har forforståelsen været udgangspunkt for at observere og udvælge, hvad der af gruppen kan opfattes som noget, der afspejler folkesundhedsprogrammernes forståelse af sundhed og sygdom. Med fokus på at nuancere udvælges også eksempler, hvor programmerne er forskellige fra hinanden eller fokuserer på sociale aspekter eller er fællesskabsorienterede, da dette er modsat specialets forforståelse. På den måde har hensigten ikke været at bekræfte eller forkaste en hypotese, men at udforske. Analysestrategien har i kombination med de tre dokumenter været en støttepind i at veksle mellem dele og helhed og deraf at sætte forforståelsen i spil.

Alligevel kan fortolkning være svær at omdanne til sikker viden. Mening lader sig ikke umiddelbart observere, og fænomener som sundhed og sygdom kan opfattes forskelligt, og uanset strategi kan det reducere sensitiviteten for at se noget helt nyt, når forforståelsen inddrages (Olsen, 2001).

Det er forsøgt at løfte argumentationen for fortolkningerne til nærværende kontekst ved at inddrage folkesundhedsvidenskabelig litteratur. Dog kan ingen fortolkning gøre krav på at være absolut sand eller sikker (Søren Juul, 2012). For nærværende betyder dette, at de fortolkninger der drages kan være behæftet med en vis grad af usikkerhed. Det betyder ikke, at der ikke er tale om viden, om end ikke i dens sande form, hvis sand forstås som noget observerbart, sikkert og forudsigeligt. I stedet betyder det, at andre fortolkninger også er mulige, afhængig af den forforståelse, som sættes i spil (Birkler, 2010). Forforståelse må ifølge Malterud (2001) ikke forveksles for at være en fejlkilde, medmindre den ikke fremgår eksplicit. Det er forsøgt at udlægge forforståelsen tidligt i processen, det vil sige forud for analyseprocessen for at tydeliggøre, hvordan den har været præmis for nærværende fortolkninger med henblik på at være eksplicit, og dermed undgå at forforståelsen bliver en fejlkilde. Dog er forforståelse også baseret på en grad af tavs viden, som kan være svær at bevidstgøre og verbalisere, hvorfor det kan være svært at give en udtømmende fuldbåret beskrivelse af den og hvordan den influerer på specialets fortolkningsarbejde. Som forforståelsen er

nedskrevet i projektet er den løbende revideret i forbindelse med at gruppen er blevet mere bevidst om den.

8.2.2 Detaljering af metode og analyse

Andet kriterie for validitet er, at metoden der udvælges må fremgå detaljeret af undersøgelsen. Ved at udføre en detaljeret metode, så øges validiteten fordi det er muligt at følge de valg, der træffes (Malterud, 2001). Dette er i overensstemmelse med Kittos (2008) kvalitetskriterie om stringens i procedure, som indebærer, at der er en stringens og transparens i den måde, som den kvalitative undersøgelse er udført og fremlagt på. Det er forsøgt at fremskrive metoden og analysestrategien situationsnært i forhold til det der undersøges og de valg der træffes undervejs og argumentere for, hvordan de valg hænger sammen med problemformulering og forskningsparadigmer. Valgene søges begrundet i den faglitteratur som gruppen under uddannelsen er introduceret til, med henblik på at træffe valg som kan relateres til udviklede og formulerede systematikker som er anerkendte i forhold til at kunne udfolde og besvare bestemte typer af problemstillinger. Eksplicit udfoldelse af metode øger transparens og eksplicite forestillinger om, hvorfor en metode er oplagt øger stringens (Kitto et al., 2008). Dette frasiger dog ikke muligheden for, at andre metoder kan være sigende for en problemformulering, med potentiale for at styrke konklusioner yderligere. Adskillige metoder kan være relevante for belysning af et forskningsspørgsmål og en kombination kan være gunstig i forhold til at validere en undersøgelses resultater fra flere vinkler (M. Frederiksen, 2015). Forskellige metoder kan ligeledes give indsigt i forskellige aspekter af en problemformulering (Launsø et al., 2011). I relation til det nærværende kunne deltagerobservation være interessant i relation til at få uddybet indsigt i hvad det er for nogen bagvedliggende antagelser som udtrykkes i de sociale situationer hvor en regerings aktører træffer de beslutningerne som nedføres i folkesundhedsprogrammerne. Ét sidste element til detaljering er relateret til analysen, hvormed en detaljeret analyse øger validiteten (Malterud, 2001). Ydermere er det afgørende at analysen er fæstnet i teksten, således at konklusionerne har relation til empiriren (K. Frederiksen & Beedholm, 2011a). I specialet fæstnes analysen gennem inddragelse af citater hvorudfra de analytiske udsagn der indgår i analysen er uddraget fra. Anvendelse af citater kan afspejle den analytiske procedure samtidig med, at det bliver muligt for læseren at vurdere, om der er sammenhæng mellem forskerens forståelse og data, således at analytiske pointer kan følges af læseren (Tanggard & Brinkmann, 2015). På den måde bliver det også muligt at vurdere om der er tale om analytiske pointe som afspejler dokumentet.

8.2.3 Triangulering

Sidste kriterium for øget validitet er triangulering. Formålet med triangulering er at øge den forståelse der opnås ved, at den forholdes til flere vinkler og øge forståelsen af komplekse fænomener (Malterud, 2001). Triangulering kan foretages ved forskertriangulering, hvor flere forskere deltager i den analytiske proces således, at en forståelse bestemmes på et mere nuanceret grundlag og deraf bliver mere troværdig med henblik på at øge validiteten (Kitto et al., 2008). Begge medlemmer i specialegruppen har deltaget i dokumentanalysen gennem verbal og skriftlig dialog med henblik på at tydeliggøre nuancer for hinanden. Det er forsøgt at sammenholde fortolkning i analysen med teoretiske perspektiver med henblik på teoretisk triangulering således, at dokumentanalysen ikke står alene, men sammenholdes med teoretiske perspektiver på uligheden så de fund, der udledes bliver sat i sammenhæng med den faglige kontekst.

En anden måde at validere på gennem triangulering er ved metodetriangulering. Metodetriangulering kan bidrage til at øge forståelsen af et kompleks fænomen. Det kan både være i forhold til andre kvalitative metoder eller i relation til kvantitative metoder, hvilket er andre måder hvorpå at validiteten kan øges (Malterud, 2001). Rent konkret kunne en anvendelse af metodetriangulering have været brugbar i forhold til eksempelvis at anvende andre kvalitative metoder såsom interviews til at få yderligere indsigt i de forståelser og deraf validere dem fra flere vinkler.

For at vurdere om de dokumenter der inddrages er relevante og tilstrækkelige i forhold til at kunne give righoldige beskrivelser, kan de vurderes med udgangspunkt i deres autenticitet, troværdighed, repræsentativitet og mening (Lynggaard, 2015). Autenticitet handler om, hvorvidt at oprindelsen og afsenderen af et dokument kan identificeres (Lynggaard, 2015). Information om dokumenternes afsendere har været tilgængelig og fremgår af tabel 1. Troværdighed indebærer overvejelser om usikkerhed eller bias i relation til et sæt af dokumenter, eksempelvis hvis der er uvished om, hvorvidt alle relevante dokumenter til belysning af problemet er fremsøgt (Lynggaard, 2015). Som der er argumenteret for tidligere i afsnit 6.3.3, er tre ud af fire programmer inddraget, om end der kan være usikkerhed om, hvorvidt der eksisterer relaterede dokumenter til belysning af problemet fra en anden vinkel, eksempelvis med en anden afsender. Det kan ikke udelukkes, at det første forebyggelsesprogram fra 1989 kan indeholde relevante perspektiver såsom antagelser, der har været afgørende for de efterfølgende folkesundhedsprogrammer. Repræsentativitet inkluderer overvejelser om, hvorvidt dokumenterne præsenterer et typisk fænomen eller om det blot er en

afvigelse fra en diskurs (Lynggaard, 2015). Policy-dokumenterne kan være repræsentative i den forstand, at de er offentligt tilgængelige sagstekster, som skal definere hvordan sundhed, sygdom og social ulighed tænkes i et nationalt perspektiv og hvordan disse skal være grundlæggende for forebyggelsesinitiativer. Den sidste overvejelse vedrører mening, som rummer om meningen i dokumentet fremstår klart, hvilket kan indebære, at sproget ikke forstås af analytikeren (Lynggaard, 2015). Specialegruppen har ikke haft problemer med at forstå fagtermerne i programmerne, hvorfor at sproget ikke fremstår som uklart. Dette er et vigtigt aspekt, da det ellers ville have været svært at analysere dokumenterne.

Dokumentanalyse benyttes til at besvare et spørgsmål hvormed, at det der analyseres frem til afhænger af det spørgsmål, der bliver stillet (L. B. Jensen, 2011). Ved at anvende Jensens analyseprocedure er det muligt at gå systematisk frem. De analytiske niveauer kan bidrage til, at specialet kan begrunde de forståelser der udledes gennem spørgsmål, der giver indsigt i, hvordan forfatterne opfatter det problem der skrives om, hvordan det argumenteres for og hvilke diskurser det er udtryk for.

Derfor er spørgsmål, som relaterer sig til andre analytiske tilgange ubesvarede, hvilket igen kan betyde, at alternative fortolkninger kan være gældende. Bacchi (2009) har en analysestrategi til analyse af policy dokumenter, hvor fokus er centreret på de problemer, der fremstilles i et dokument. Tilgangen har fokus på at sundhedspolitikker indeholder nogle underliggende problemforståelser, og at disse er italesat på en bestemt måde. Bacchis spørgsmål er fokuseret på et politisk og deraf makrologisk niveau, som kan bidrage til yderligere forståelser om, hvordan samfundet influerer på sundhed og sygdom. Denne anden tilgang til dokumentanalyse kunne have bidraget med yderligere vinkler i analysen i relation til det samfundsanalytiske niveau, hvad der accepteres som sandhed og hvordan det kan hæmme udvikling.

8.3 Kvalitetsvurdering af den systematiske litteratursøgning

Kvaliteten af en litteratursøgning kan vurderes i relation til dens afrapportering. Afrapportering af en søgning medfører grundighed og reproducerbarhed. Formålet er til dels også at gøre det muligt for andre at gentage søgningen med opnåelse af samme resultat (Rienecker & Jørgensen, 2012). På den måde er det muligt at øge troværdigheden af en søgning og dens resultater. Dette er dog med forbehold for, at nye studier kan være publiceret eller indekseret i databasen, hvorfor de ikke findes i den første dokumenterede søgning (Frandsen et al., 2014; Socialforskningsinstituttet, 2011). Specialet afrapporterer samtlige dele af den søgestrategi, der anvendes i søgeprocessen for den

udførte systematiske litteratursøgning. Dette gøres ved at illustrere og argumentere for de valg, der løbende tages med henblik på at øge transparensen. I forhold til de fravalg der tages undervejs i søgningen, kunne det dog have forbedret transparensen at eksplicitere disse. Fordi at der findes multiple termer for ulighed i sundhed forsøges søgt på samtlige af dem som identificeres i den litteratur, som udvindes i specialets initierende fase ved hjælp af kædesøgning. Et ord som ikke indgår i den endelige søgning er 'equity' som af nogen epidemiologer beskrives, som den term som reelt beskriver ulighed (Arcaya et al., 2015). Fravalget er dog ikke beskrevet og illustreret, og dette kan være et eksempel på steder, hvor søgningen ikke er transparent.

Grundighed afsøges ydermere ved at søge i adskillige fagrelevante databaser. At opnå ensartethed i søgning i flere databaser kan være en udfordring, idet at fagområderne er forskellige med variation i kontrollerede emneord samtidig med, at det ikke er alle databaser, der har samme muligheder for at søge på kontrollerede emneord. En måde at afsøge og blive bevidst om dette på er at undersøge hver enkelt databases indeksering af deres kontrollerede emneord. Hvis et ord ikke findes som kontrolleret i databasen søges på ordet som fritext med henblik på at opnå en indholdsmæssigt ensartet søgning på tværs af databaserne. Ved at undersøge relevante kontrollere emneord i en søgning øges troværdigheden, fordi kontrollen kan gøre opmærksom på, hvorvidt en søgning afdækker den kontekst, som problemstillingen skal undersøge. Deraf øges chancen for at søgningen undersøger det, der ønskes undersøgt (Buus et al., 2008). Når det efterstræbes at måle på det tiltænkte, forbedres den interne validitet (Svend Juul, 2013). I den praktiske udførsel og udvælgelse af litteratur, trianguleres mellem specialets gruppemedlemmer for at reducere tilfældig og subjektiv udvælgelse af søgningens resultater.

Facetinddeling kan bidrage til en præcis søgning, her henvises eksempelvis til modellen PICO eller lignende. Modeller som PICO er ofte udarbejdet til strukturering af søgninger, som skal bidrage til viden om en specifik behandlingseffekt i en specifik patient- eller behandlingsgruppe (Buus et al., 2008). Dog er der heller ikke entydig evidens for PICO og lignende modeller, fordi formålet er behandlingsvurderende, og giver ikke nødvendigvis genfindning og præcision, som kvalitetsvurdering for en søgning (Buus et al., 2008; Frandsen et al., 2014). Hvad der har været udfordrende for nærværende søgning har været, at den i sin form er bred og derved mindre specifik, idet der kun inddrages to facetter i søgningen. Søgningen har været mindre specifik ved kun at have to facetter og hertil søgeord, der rammer bredt, hvilket kan være problematisk i forhold til få afdækket konkrete strategier til forebyggelse af social ulighed i sundhed. Specialet ønsker med

søgningen bred indsigt i strategier til forebyggelse af social ulighed i sundhed, om end søgningen kunne have været mere præcis, eksempelvis ved at inddrage en tredje facet om strukturer og/eller en facet om social kapital som mekanisme for de strategier, hvorigennem social ulighed i sundhed kan reduceres. Præcisionen kan øges ved brug af kontrollerede emneord og meget konkrete søgninger på ord i fritext (Buus et al., 2008). Kvaliteten af en søgning kan altid diskuteres i forhold til dens præcision og genfinding.

Præcision er høj ved lille mængde støj og tilsvarende lav ved en stor mængde støj. Præcision handler om forholdet mellem antallet af fundne relevante hits og antallet af fundne hits i alt. I forhold til genfinding, så handler det om, hvorvidt en søgning resulterer i al relevant litteratur i den pågældende database. Det kan være svært at sige, hvorvidt alle referencer er fundet, men en bred søgning giver som udgangspunkt en højere genfinding. Forholdet mellem de to teoretiske begreber præcision og genfinding er således, at det ikke er muligt at efterstræbe begge elementer lige meget, da præcision i søgningen vil medføre, at genfinding falder og ligeledes omvendt vil efterstræben efter genfinding føre til mere støj (Buus et al., 2008). I forhold til specialets brede søgestrategi er det forsøgt at opnå høj genfinding med henblik på at afdække al relevant litteratur i de valgte databaser. I forhold til at mængden af funden litteratur, som dokumenterer en effekt af forebyggende strategier er overvejende lille med den pågældende søgning, kan det tænkes, at en supplerende søgning med fokus på præcision kunne have været relevant at overveje. Her kunne søgningen specificeres i forhold til de specifikke strategier, der omtales i litteraturen ved den første søgning.

Med henblik på at øge muligheden for at generalisere litteraturen til nærværende kontekst i argumentation for forandring, må tages højde for hvorvidt, litteraturen kan give resultater, som er sammenlignelige med Danmark. Litteraturen der inddrages er fra andre vestlige samfund som USA, England, Norge, Canada og Australien. Lande som kan være forskellige i måden hvorpå deres sundhedsvæsen styres, men som også kan være lande Danmark sammenligner sig med og kan være relevante i dansk kontekst (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2010). Beskrivende resultater som prævalens kan ikke overføres til andre kontekster, om end analytiske resultater om sammenhænge godt kan række ud over den kontekst, som er undersøgt (Svend Juul, 2013). Meget af den litteratur som har været anvendt til at indkredse problemstillingen og øge indsigten i social ulighed i sundhed som folkesundhedsproblem, har udtrykt at de problemstillinger der gør sig

gældende for uligheden ofte går igen og er kendetegnende for samtlige vestlige samfund og at der kan være tale om de samme betydningsfulde parametre og mekanismer. Hvad litteraturen dog ikke kan fortælle er den unikke danske kontekst og hvad det er for strukturer heri som har været bidragende til den ulighed i Danmark, hvorfor disse ikke kan forklares ved udenlandsk litteratur. Dette er da stadig et forbehold som må tages når interventioner foreslås af udenlandske forskere.

9. Diskussion

Problembearbejdning af de to delspørgsmål i problemformuleringen har bidraget med indsigt i, hvilke strategier der i forskningslitteraturen menes at kunne reducere uligheden, samt viden om de forståelser, som er konstituerende i de nationale strategier for forebyggelse.

I den næste del af specialet diskuteres, hvordan et forslag til forandring af strategien kan stilles, med henblik på at opnå forbedret indsats målrettet social ulighed i sundhed og minimere potentielle utilsigtede konsekvenser. Diskussionen vil indeholde elementerne 'politik', 'praksis' og 'forskning'. Folkesundhed er en kombination af disse tre elementer og samspillet imellem dem er ifølge Jansen et al. (2010) nødvendigt for at kunne opnå solid evidens for folkesundhedsinterventioner, tilgange, strategier med mere. Politik vedrører de politikker, der føres og hvordan de udspiller sig i relation til ressourceallokering. Praksis vedrører den påvirkning, der skal ske af praksis. Forskning vedrører forskning og evaluering, som kan bidrage til forbedret intervention. En kombination af disse elementer skal bidrage til at forebyggelse informeres af viden om social ulighed i sundhed, så problematiseringen og dens løsningsforslag har rod i disse forklaringer.

I diskussionen inddrages pointer i forhold til politiske ideologier, stiafhængighed og forandringer af politiske dagsordener fremsat af Signild Vallgård (2013), som i mange år har forsket indenfor folkesundhedsområdet. Disse pointer skal anvendes til at understøtte, hvordan forebyggelsen kan forandres. I afslutningen af hvert afsnit om henholdsvis 'politik', 'praksis' og 'forskning' fremstilles anbefalinger til forandring. Anbefalingerne skal bidrage til at efterkomme WHO's mål om at reducere social ulighed i sundhed, som Danmark har tilsluttet sig.

9.1 Forslag til forandring af politik

9.1.1 Implikationer for forandring af politik

Beslutningsprocesser tilrettelægges, som udgangspunkt så politiske beslutningstagere kan afsøge alternativ viden med henblik på at træffe oplyste og evidensbaserede valg, men politisk beslutningstagning er også baseret på ideologier og pet solutions. Pet solutions er nærliggende løsninger, som ikke nødvendigvis tilpasses problemet (Vallgård, 2013). I tråd hermed beskriver Joyce & Bambra (2010), at en af grundene til, at forståelse for sociale determinanter og deres indflydelse på social ulighed i sundhed ofte er fraværende i forebyggelsesstrategierne på grund af globalisering, liberalpolitik og politiske ideologier. Broom (2014) fremhæver, at sundhed og sygdom gøres til en vare styret af markedet. Det kan modarbejde politiske intentioner for forebyggelse. Vallgård (2013) beskriver, at sundhed bliver en vare for markedet, fordi at nytteetiske principper fra markedet har inspireret til rational choice tænkningen inden for sundhedspolitik. Rational choice teorien har liberalistisk afstamning og reducerer alt til individet, hvoraf staten skal intervenere mindst muligt. Statens rolle er mindre i relation til at sikre sociale forhold. På den måde ses, at politiske ideologier til dels er styrende for politiske beslutninger om forebyggelse og de forebyggelsesstrategier, der anvendes. Vallgård (2013) beskriver med udgangspunkt i Kingdons model for politisk beslutningstagning, at politiske ideologier ikke er så deterministiske, at de alene er bestemmende for forandring. Kingdons model udformedes, som en reaktion mod rational choice tilgangen og forklarer imidlertid at andet end ideologier har indflydelse. Det der ifølge modellen skal til for at ændre en politik, er blandt andet en kombination af evidens, landesammenligning, forandring i politisk stemning, som eksempelvis indsættelse af ny regering, nye sygdomsklassifikation og at vigtige værdier udfordres. I tråd med sidstnævnte argumenterer Strand & Fosse (2011) for, at problematisering af et politisk problem er forudsat af grundig argumentation, som skal give åbenhed for forandring. I mellem folkesundhedsprogrammerne fra 1999 til 2002 og frem ses eksempelvis at etablerede handlemåder er mulige at ændre. Selv om rational choice tilgangen er gennemgående i de analyserede folkesundhedsprogrammer, sker et skifte i hvad staten skal sikre. Programmet fra 1999 viser, at statens ansvar er at sikre behandling. I 2002 sker et skifte til, at staten skal tilbyde social- og økonomisk støtte til udsatte grupper. Selv om rational choice tænkningen er i lighed med den moderne liberalisme, er der i den moderne liberalisme en dobbelthed i ideologiens menneskesyn, som til dels ses i programmet fra 2002. At mennesket er rationelt, men også skal behandles lige.

Derfor er der inden for den velfærdsorienterede moderne liberalisme en mening om, at nogle goder skal sikres i fællesskab (Vallgård, 2013). Ovenstående viser, at der er en politisk åbenhed for at ændre dagsorden.

9.1.2 Reduktion af social ulighed i sundhed skal være en selvstændig målsætning

Som vist i dokumentanalysen opbygges forebyggelsen af social ulighed i sundhed ud fra en to delte målsætning, hvor social ulighed i sundhed hænger sammen med målet om flere leveår. Denne to delte målsætning har til hensigt at forebygge under en årsagsforklaring, hvor forklaringer på social ulighed i sundhed er fraværende. Middellevetid fortæller om dødelighed ved forskellige sygdomstilstande og deres effekt på den gennemsnitlige levetid (Vallgård, 2009). Derimod fortæller social ulighed i sundhed om ulige livsmuligheder og deraf en ulige fordeling af sundhed. En potentiel konsekvens af at samle uligheden og antal af leveår under en målsætning er, at uligheden stiger. Som det fremhæves af Brønnum-Hansen & Baadsgaard (2012), så bliver den sociale gradient større, når uligheden stiger. Den sociale gradient indikerer, at der er en systematisk ulige fordeling af sundhed i forhold til at blive syg, have lavere selv vurderet helbred, have sværere ved at være syg og dø for tidligt i sammenligning med borgerens sociale position målt på uddannelsesniveau (Vallgård, 2009). Derfor må differentieres mellem social ulighed i sundhed og antal leveår målt på middellevetid. For at forebygge en stigning af den sociale gradient i sundhed og reducere social ulighed i sundhed, kan en anbefaling til udvikling af fremtidige folkesundhedsprogrammer være, at sætte to selvstændige målsætninger. Én for social ulighed i sundhed og én for antal leveår, herunder middellevetid.

Et fund i dokumentanalysen, er at en biomedicinsk forståelse af sundhed og sygdom ikke favner om de vigtige forhold, som driver social ulighed i sundhed. Hvis der er et politisk mål om at reducere social ulighed i sundhed, er det afgørende at udfordre det nuværende perspektiv for, at der på et politisk niveau kan ske en erkendelse af, at politiske og sociale strukturer er vigtige forudsætninger. Forudsætninger som kan omdannes til ressourcer, som giver mennesker mulighed for at beskytte sig mod eksterne stressorer, som skaber sygdom. Det er på det politiske niveau, at dagsordenen sættes, hvorfor folkesundhedsprogrammerne er en vigtig forudsætning for, hvordan forebyggelsen formår at favne om de aspekter, der gør sig gældende i forskellige sociale grupper. Der er andre årsagskæder, som influerer på sundhed (Elstad, 2000). Dette er viden, som kan udfordre og

nuancere de konstituerende forståelser af sundhed og sygdom, med henblik på at formulere en selvstændig målsætning til den sociale ulighed i sundhed og deraf strategierne for forebyggelse.

Der er årelang teoretisk og forskningsmæssig evidens, som foreslår, at social ulighed i sundhed er et socialt problem, som opstår i sociale- og strukturelle kontekster (Elstad, 2000; Link & Phelan, 1995; Mackenbach et al., 2017; Marmot, 2003, 2005, 2017; Mechanic, 2007; Whitehead & Popay, 2010). Forebyggelse af livsstil er vigtigt, men ikke tilstrækkeligt i et ulighedsperspektiv. Det betyder imidlertid ikke, at livsstilsperspektivet skal fornægtes. Proximale faktorer, biologiske risikofaktorer i det fysiske miljø ligger i en årsagskæde tættere på et sygdomsudfald end distale, socio-strukturelle determinanter (Link & Phelan, 1995). Ligesom alle folkesundhedsprogrammerne fremhæver, er der også en højere forekomst af personer med livsstilssygdomme i grupper karakteriseret ved lav socioøkonomisk status. Der er også flere som ryger, er overvægtige, inaktive og har et overforbrug af alkohol, hvilket er problematisk for sygdomsforekomsten, livskvaliteten og middellevetiden (Sundhedsstyrelsen, 2016). Folkesundhedsprogrammerne lægger vægt på, at det er motivation, der skal skabe forandring af sundhedstilstanden blandt grupper med lav socioøkonomisk status. Dog er det kendt, at de sundhedsproblemer som skaber den sociale ulighed i sundhed, ikke handler om motivation men muligheder og ressourcer. Carlisle (2010) argumenterer for, at sundhed er en mindre bekymring for mindre ressourcestærke sociale grupper, fordi at bekymringer om økonomisk og social sikkerhed vægter større. Der ses potentiale for, at nuancere disse fakta i forhold til, hvad det er for problemer, som går forud for adfærd og livsstil. Det kan være ved at inddrage dybdegående beskrivelser af, hvad for omstændigheder der er særegne for at nogle sociale grupper udvikler en særlig adfærd. Beskrivelser der uddyber de forudsætninger og ressourcer, som bruges til forhandling af livsmuligheder og som forklarer, hvorfor der er social ulighed i sundhed. Ifølge Elstad (2000) og Link & Phelan (1995) er rygning og andre typer af livsstil synlige symptomer på en mental tilpasningsreaktion, hvor mennesket ikke har nødvendige ressourcer til at mestre anderledes. Således kan livsstil og sundhedsadfærd ikke isoleres til biomedicinske fænomener, men må forstås, som et symptom på, at der i politiske strukturer og sociale institutioner udspiller sig mekanismer, som influerer på menneskers livsmuligheder og deraf fortsat skaber og fastholder social ulighed i sundhed.

Det er tydeligt, at vigtige aspekter som kan adressere uligheden bliver overset i folkesundhedsprogrammernes kombinerede målsætning, fordi at forventningen er, at løsningen er den samme. At nuancere og re-problematisere social ulighed i sundhed, så det kan opsættes, som en

selvstændig målsætning handler om, at formulere og rette politisk bevidsthed over på de strukturelle og sociale determinanter, som er mulighedsskabende. Det er det, som er medvirkende til at udfordre nuværende forståelser og skabe fundament for forandring.

9.1.3 Udvid argumentationskæden

Strand og Fosse (2011) argumenterer for, at definitioner af politiske problemer kan være eksplicitte men også implicitte. Studiet er taget ud fra en norsk politisk kontekst, som kan variere fra den danske, hvorfor det kan være svært at generalisere. Dog er Norge et land, som Danmark tidligere har sammenlignet sig med i relation til sundhedspolitiske spørgsmål (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2010). Ved implicit argumentation er det sværere at se, hvordan et problem kan forandres. Påstanden af Strand og Fosse (2011) er sammenhængende med, at argumentationen i folkesundhedsprogrammerne er implicit, når det kommer til argumentation for, hvilke bagvedliggende antagelser der er præmis for deres budskaber, idet brug af rygdækning er sjældent og der er et fravær af gendrivelser – se afsnit 6.4 og 6.7. Fordi der kan være tale om paradigmatænkning udfordres forståelserne ikke, men går i stedet igen i hvert program. Jævnfør sundhedsøkonomen Pedersen (2012) er der, som regel tale om stiafhængighed, når de samme antagelser opretholdes og fortsat gøres til genstand for intervention. Stiafhængighed forklares ved begrebet paradigmatænkning, hvor grundlæggende antagelser opretholdes og begrænser handlemuligheder. Vallgård (2013) sidestiller stiafhængighed med manglende forandringstilbøjelighed, fordi at sporet præger tænkning så stærkt, at alternativer bliver mindre synlige. Her kan igen drages reference til Mertons teori (1936) om utilsigtede konsekvenser. Paradigmatænkning medfører utilsigtede konsekvenser både kendte og ukendte, når en antagelse ikke er tilpasset konteksten for en formålsbestemt aktivitet. I analysen af folkesundhedsprogrammerne bliver det tydeligt, at et isoleret fokus på livsstil har den utilsigtede konsekvens, at det øger den sociale ulighed i sundhed. Det viser sig fortsat, at sundheden for mindre ressourcestærke sociale grupper ikke forbedres. Samtidig anvendes fortsat de samme livsstilsforebyggende strategier, som afhænger af motivation og adfærd.

Pointen er, at paradigmatænkning bærer på en risiko om utilsigtede konsekvenser. Nogen kan være synlig og kendte og deraf tilgængelige at handle på, mens at andre kan være ukendte og deraf have negative konsekvenser uden at de kendes. Dette er et forhold, som kan være vigtigt at undersøge, når forebyggende interventioner afprøves og implementeres. Derfor kræves det ifølge Merton

(1936) også, at beslutningstagere vedkender sig hvilke omstændigheder, der gør sig gældende for et problem. I relation hertil argumenterer Joyce & Bamba (2010) for, at de bagvedliggende antagelser og forståelser, som er ræsonnement for en forebyggelsespolitik må udfoldes i tråd. Denne argumentation skal støttes af empiriske og teoretiske belæg (Broom, 2014). En anbefaling for hvordan folkesundhedsprogrammerne fremover kan udbygge deres argumentation, er at anvende de argumentationselementer, som støtter og retfærdiggør budskaberne. Her anbefales at anvende argumentationselementer, som rygdækning, hjemmel og gendrivelse, idet disse elementer både kan gøre opmærksom på dele af et budskab, som er uholdbare eller ugyldige, og samtidig øge troværdigheden til det der påstås (K. Frederiksen & Beedholm, 2011a; L. B. Jensen, 2011). Det formodes, at det vil kunne afkræfte dele af den paradigmatænkning, som har utilsigtede konsekvenser gennem de fortsatte antagelser, som gøres til genstand for forebyggelse. I formuleringen af mål og de budskaber, som skal begrunde dem, kan forebyggelsen forandres ved en udvidelse af argumentationskæden. Udvidelse af argumentationskæden skal eksplicitere og udfordre bagvedliggende antagelser, for således at ændre den paradigmatænkning der hersker, i den politiske problematisering og beslutningstagning vedrørende den sociale ulighed i sundhed.

9.1.4 Anbefalinger

- Det anbefales, at social ulighed i sundhed i fremtidige folkesundhedsprogrammer er en selvstændig målsætning
- Det forslås, at målsætningen tager udgangspunkt i, hvad det er for socio-strukturelle determinanter, som er vigtige for reduktion af den sociale ulighed i sundhed
- Det anbefales, at politik forandres gennem nuancering af forståelsen af sundhed og sygdom, da der foreligger mange års evidens for alternative forklaringsmåder på social ulighed i sundhed
- Politikkerne kan forandres gennem udvidelse af argumentationskæden med henblik på at eksplicitere bagvedliggende forståelser og udfordre paradigmatænkning

9.2 Forslag til forandring af praksis

9.2.1 Kontekstbaserede strategier i praksis

Seks ud af otte artikler inkluderet i litteraturreviewet argumenterer i én eller anden grad for, at konteksten skal være overskrift for forebyggende praksis, når det vedrører social ulighed i sundhed

(Carlisle, 2010; Joyce & Bamba, 2010; McLaren et al., 2010; O'Mara-Eves et al., 2015; Shareck et al., 2013; Stafford et al., 2014). Elstad (2000) fremhæver, at konteksten er de sammenhænge, som mennesker er en del af i en social position, disponeret af etnicitet, erhvervsmæssig tilknytning, familiære forhold, social baggrund, geografi, erhvervsliv, politik samt økonomi. Med andre ord er konteksten de socio-strukturelle sammenhænge, som den enkelte indgår i. Pointen med kontekstuelle strategier i praksis er at tage højde for, hvad det er for forudsætninger, der er forskellige og varierer socialt, strukturelt og geografisk. McLaren et al. (2010) understreger, at gennem kontekstuel forebyggende praksis kan det blive muligt at støtte til mere lige vilkår, og deraf reducere uligheden. At fremme lige vilkår, støtter menneskers individuelle livsmuligheder (Graham, 2004). Analyse af folkesundhedsprogrammerne viser, at kontekstuel praksis ikke er på dagsordenen. Som følge af fokus på livsstil er der i mindre grad fokus på sociale og økonomiske parametres indflydelse på sundhed. Dette udelukker dog ikke, at der forebygges i relation til kontekst, men fra social- og indenrigsministeriets side, som i 2015 udgav en rapport for satspuljer til forbedring af forskellige sociale vilkår. Satspuljen er motiveret af en sammenligning med Sverige (Social- og indenrigsministeriet, 2015). Dette påviser til dels en allerede igangsat forandring, som tager fat om nogle af de sociale problemer, som kan influere på uligheden, eksempelvis svangre omsorg i udsatte familier. I Vallgårdas (2013) udlægning af Kingdons forandringsmodel er det fremhævet, at sammenligninger med andre lande er en måde at motivere til politisk forandring.

Sammenlignes med Sverige kan der være incitament til at forandre praksis i retning af mere levkårs orienterede strategier, som de målrettede lokalsamfundsinterventioner og strukturelle strategier der foreslås i litteraturen. Sverige satte fra 1990'erne fokus på social ulighed i sundhed som et politisk problem. Her flyttedes fokus fra livsstil til ressourcefordelingen. Sidenhen er middelevetiden steget på tværs af den sociale gradient (Vallgård, 2001, 2009). Sverige har kombineret strukturelle, universelle-, og målrettede lokalsamfundsinterventioner (Graham, 2004). The Swedish Commission for Equity in Health (2016) fremhæver, at strategier skal fokusere på at adressere ulighed i ressourcer.

9.2.2 En kombineret strategi for fælles vilkår

To typer af kontekstuelle strategier er foreslået i litteraturreviewet – en målrettet levkårs orienteret strategi og en strukturel populationsstrategi. Der er tale om strategier, som har til formål at forbedre

ressourcefordelingen. I lyset af at Sverige har haft god effekt med ovenstående forskellige strategier, så kan praksis forandres ved at kombinere målrettet, strukturelle og universelle strategier.

Både målrettede og strukturelle strategier kan øge den enkeltes ressourcer. Forskellen er, at målrettede strategier har fokus på at forbedre det sociale netværk og øge sammenhængskraften i den enkelte kontekst, hvor strukturelle strategier mere indirekte forbedrer disse mekanismer gennem politisk, økonomisk og social støtte og kan påvirke hele den sociale gradient (Elstad, 2000; McLaren et al., 2010). Kommunerne har hovedansvaret for de forebyggende indsatser (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013). Det betyder, at det er kommunerne, der i praksis skal implementere de strategier, der gives fra politisk side. Hertil har Sundhedsstyrelsen (2018) udarbejdet forebyggelsespakker, med praksisanbefalinger. Det betyder, at en forandring i de nationale strategier også vil medføre en forandring i de anbefalinger, der gives til kommunerne og deraf kommunernes forebyggelse. I kommunerne kan fokus være på at lave lokalsamfundsinterventioner, for eksempel til forbedring af sociale netværk, hvormed den enkeltes sociale ressourcer kan øges. Som det fremhæves i rapporten om strukturel forebyggelse af Rambøll (2009), så kan den strukturelle forebyggelse i praksis på det kommunale niveau være indføring af politikker og lovgivninger, optimering af skadelige miljøer eller geografiske placeringer af sociale institutioner. Mens at der henvises til, at et andet oplagt sted at sætte ind er på skoleområdet i forhold til madordninger, dog tages der i de nuværende forslag til strukturel forebyggelse på dette område ikke hensyn til børnenes forskellige ressourcer. Derfor er der behov for, at den strukturelle forebyggelse i praksis er mere opmærksom på, at adressere ulighed i ressourcer.

9.2.3 Samarbejde på tværs

Det anbefales, at den målrettede strategi med eksempelvis lokalsamfundsinterventioner og den strukturelle strategi kombineres i praksis. Kombinationen forventes at give en 'nøddeknækker'-effekt, ved at ulighedsproblematikken angribes fra flere vinkler (Lee, 2016). I Sverige er effekten skabt gennem tværsektorielt samarbejde, hvor en kombinationsstrategi har formået at reducere den sociale ulighed i sundhed i praksis (Graham, 2004; Vallgård, 2009). Det vil sige, at der samarbejdes eksempelvis mellem det private og civilsamfundet.

Folkesundhedsprogrammet fra 2002 fremhæver vigtigheden af, at det tværsektorielle samarbejde fortsætter, og programmet fra 2014 efterkommer dette (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Dette er en forandring efter

folkesundhedsprogrammet fra 1999. Vallgård (2013) fremhæver, at politiske forandringer ofte er baseret på mindre ændringer, da større ændringer kan være associeret af modstand fra indblandede aktører, og at én enkelt aktørs villighed til forandring ikke er tilstrækkelig. Derfor er der brug for at udnytte de eksisterende fællesskaber som samarbejder. I programmet fra 2014 fremhæves en række aktører; civilsamfundet, herunder frivillige og interesseorganisationer og den private sektor herunder brancheorganisationer og erhvervslivet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014). Der eksisterer allerede et samarbejde i en dansk politisk kontekst, hvorfor risikoen for modstand kan være mindre. Samarbejde om en målrettet strategi kan med fordel gøre brug af samarbejde mellem frivillige og erhvervslivet i samspil med kommuner. I lyset af at kommunen er ansvarlig for forebyggelse, har de ansvar for at initiere samarbejde. I dag initierer flere kommuner nytænkende strategier for forebyggelse. Et eksempel er projekt for bekæmpelse af ensomhed, baseret på en målrettet strategi, i Aarhus Kommune (Lasgaard, Bang, Reese, & Nielsen, 2017). Her er fokus på tværgående samarbejde mellem det kommunale og civile område. Gennem en samarbejdsmodel inviteres forskellige aktører til dialog ved workshops og projektgruppemøder, hvor også borgere inddrages. Hensigten med samarbejdsmodellen er at understøtte relationer (Lasgaard et al., 2017). Det betyder, at der allerede eksisterer tværsektorielle indsatser med mulighed for udvikling. Initiativet er med sit fokus på sociale relationer, i tråd med Link & Phelan (1995) som forklarer, at grundlæggende sociale faktorer som relationer, er afgørende ressourcer for beskyttelse mod risici i både miljø og livsstil.

Ved forandringer på et højt niveau som det politiske, vil det formentlig være en forudsætning, at der i praksis oprettes en kommission, med formål om at forebygge og reducere social ulighed i sundhed. Akkurat som det skete med The Swedish Commission for Equity in Health (2016), hvor det er lykkedes at reducere den sociale ulighed i sundhed og med WHO's Commission on Social Determinants of Health, som med Marmot (2010) som medskaber fik nedsat en kommission, som satte social ulighed i sundhed på dagsordenen. Kommissionen kan ligesom den svenske og WHO's, være baseret på tværfaglighed. Udover at folkesundhedsprogrammerne fra 2002 og 2014 lægger vægt på vigtigheden af tværfaglighed og ser dets potentiale, fremhæver Marmot, som medskaber af WHO's kommission i en af deres store rapporter vigtigheden af, at regeringen aktivt må indblende tværfaglige og private aktører, da det kun er med indsigter fra flere videnskabsområder, at opmærksomheden kan flyttes til socio-strukturelle og politiske determinanter (Marmot, 2010). Tværfagligheden kan således efterkomme, at befolkningssundheden i en

folkesundhedsvidenskabelig forståelsesramme, må baseres på flervidenskabelig viden, som forstår medicinske, sociale, økonomiske og politiske aspekter af sundhed (Krejsler, 2009; Otto, 2009).

9.2.4 anbefalinger

- Det anbefales, at der er fokus på konteksten i forebyggelsespraksis og i udviklingen heraf
- Det anbefales, at kombinerer universelle, målrettede og strukturelle populationsstrategier med henblik på at bidrage til reducere af social ulighed i sundhed
- Det foreslås at, forebyggelsesindsatserne fortsat inkluderer tværsektorielt samarbejde
- Det anbefales, at der nedsættes en kommission, der skal danne ramme for at reducere den sociale ulighed i sundhed.

9.3 Forslag til forandring af forskning

9.3.1 Evidens skal støtte politisk forandring

Der er et behov for mere viden og empiriske studier, som undersøger sammenhængen mellem politik og sundhed og hvad det vil betyde at ændre strategi. Forskning skal give næring til den politiske beslutningstagning og den praksis, som den skal udmønte sig i (Jansen et al., 2010). Her skal det bidrage til videnskabeligt at understøtte den politiske beslutningstagning og valg af strategier. I dokumentanalysen ses et uudnyttet potentiale for at udvide vidensbasen om, hvordan politik og sundhed hænger sammen, da der af nutidige folkesundhedsprogrammer ikke fremgår forslag til, hvordan uligheden kan forandres ved andet end livsstil. I tråd med dette skriver Bharmal et al. (2015), at politiske variationers indflydelse på sundhed, ikke er tilstrækkelig kendt endnu. Ifølge Joyce & Bambra (2010) og Broom (2014) skal empirisk og teoretisk forskning bidrage med indsigt i, hvad det er for socio-strukturelle determinanter, som har indflydelse på uligheden. Politik er en strukturel determinant og udgør en socioøkonomisk kontekst, som har betydning for socioøkonomisk status og sociale determinanter. Socio-strukturelle determinanter er en samlet betegnelse for disse strukturelle og sociale determinanter. Associationen herimellem udgør menneskers sociale sammenhængskraft, hvilket giver udslag i adfærd, eksponering for biologiske faktorer og psykosociale faktorer (Commission on Social Determinants of Health, 2010).

Observationsstudier og interventionsstudier skal bidrage til viden om, hvordan de forskellige determinanter er associeret med og har indflydelse på sundhed. Associationen mellem

determinanterne er multidimensionel og det gør det vanskeligt om end nødvendigt at producere interventionsforskning for at kunne vurdere, hvad det er for strategier der virker (Bharmal et al., 2015). I Vallgårdas (2013) udlægning af Kingdon beskrives, at muligheden for at forandre politikker ligger i den kvantitative forskning, som har mere gennemslagskraft end kvalitativ forskning, fordi at tilliden til tal er stor. Ideologier og evidens fungerer i et samspil i den politiske beslutningstagning, hvorfor evidens også kan medvirke til forandring af politik. Forskning er et væsentligt element i problematiseringsprocessen.

Forskning som underbygger relationen mellem politik og social ulighed i sundhed skal gøre politikere opmærksomme på de politiske forhold, som influerer på uligheden. Forskningen skal således være en forudsætning for at definere uligheden, som et aktuelt politisk problem. Da effekten på social ulighed i sundhed ofte er langsigtet er der brug for forskning, som dokumenterer mekanismerne over tid samt dokumentation af, hvad det er for faktorer, som indgår i forskellige årsagskæder. Dette vil kunne bidrage til at øge evidensbasen af deskriptive studier, som monitorerer distributionen af socio-strukturelle determinanter og hvordan de forandrer sig over tid, på tværs af sociale grupper.

9.3.2 Forskning skal komplimentere ideologiske værdisæt

Det kan være fordelagtigt i den politiske beslutningstagning, hvis forskningsresultater kan komplimentere ideologiske værdier. Det vil sige, at forskning skal give indsigt i, hvorvidt viden er eller kan være i tråd med politiske værdier. Broom (2014) beskriver, at ideologiske værdisæt i samspil med evidens fungerer, som et filter for beslutningstagning, hvorudfra beslutninger legitimeres og gives indhold. Liberale politikker tager afstand fra strategier som kan virke paternalistisk. Inden for paternalisme gribes ind over for den enkelte uden inddragelse af individet hvorfor, der ikke lægges så stor vægt på individets handlefrihed og selvbestemmelse, som der gør i liberalismen (Vallgård, 2013). I et magtperspektiv er handlefrihed forudsat af de ressourcer, som forbedrer livsmuligheder med en forståelse om, at magt forudsættes af frihed og ikke er en paternalistisk handling (Vallgård, 2004). Dette er en antagelse, som godt kan harmonere med den liberale ideologi i forhold til, at statslige goder kan øge borgerens handlerum og valgfrihed og deraf være meningsfulde at sikre. Dog mangler stadig detaljeret viden om sammenhængen mellem politik og sundhed, som kan give incitament til at sikre pågældende gode. Det er i tråd med Ottersen et al. (2014), der fremhæver, at der mangler viden om, hvordan folkesundheden beskyttes af staten.

Jævnfør et liberalt ideal om handlefrihed og selvbestemmelse, kan forskning undersøge, hvordan staten gennem politikker skaber forskellige livsmuligheder og hvordan de er forudsætning for handlefrihed. Dog kan forskning og evidens ikke løse eller helt erstatte de værdispørgsmål, som er med til at sætte dagsordenen og definere problemer (Vallgård, 2013). Derfor kan evidens og ideologiske værdimæssige antagelser nærmere komplimentere hinanden, og undersøge hvordan viden er kompatibel med eller kan tilpasses gældende værdier. Det vil styrke det forskningsmæssige belæg for, hvordan strukturer kan forandres i overensstemmelse med politiske ideologier, som er delvist styrende for den politiske beslutningstagning.

9.3.3 Forskning om utilsigtede konsekvenser

Litteraturreviewet og dokumentanalysen viser, at stigmatisering er en utilsigtet konsekvens af informative og overvågende forebyggelsesinterventioner, hvis hensigt er at virke denormaliserende. Et eksempel herpå kan findes i folkesundhedsprogrammet fra 1999. Medarbejderne på en arbejdsplads skal i fællesskab vise deres madpakker, til vurdering af medarbejderens kostvaner. Medarbejderne vil modtage information, som skal inspirere til en bedre kost. Det kan være anledning til stempeling og stereotypificering, som klassificerer mennesker ud fra om de er eftergivne for information eller ej, og deraf normale eller ej. Det er ikke en strategi, som belyser, hvad det er der gør i medarbejderens liv at én madpakke er sundere end en andens, i udpegningen af de forskellige medarbejderes spisevaner. Madpakken kan i virkeligheden være et symptom på det mentale overskud, indkøbsmuligheder og økonomiske faktorer, der spiller ind når maden til madpakken købes og laves. Det er en proces, der opretholdes gennem de magtstrukturer, som medfølger af ulige strukturer, ressourcefordelinger og livsmuligheder, hvorfor stigmatisering er et komplekst fænomen (Benoit et al., 2010). Stigmatisering er den mest veldokumenterede utilsigtede konsekvens, og udover at være konsekvens af den livsstilsorienterede forebyggelse er den også en konsekvens af den målrettede forebyggelsesstrategi, idet den udpeger sårbare sociale grupper (Broom, 2014). Utilsigtede konsekvenser kan minimeres ved at forske i, hvad der er for strukturer, der medvirker til stigmatisering. I relation til den strukturelle populationsstrategi er der dog mindre klarhed vedrørende utilsigtede konsekvenser, hvorfor disse må evalueres i tilfælde af dens anvendelse. Umiddelbart har strategien, som tidligere beskrevet potentiale for at reducere uligheden, ved at virke på hele den sociale gradient i sundhed (Joyce & Bambra, 2010; McLaren et al., 2010).

9.3.4 Behov for evaluerende forskning

Der er mange kvalificerede teoretiske overvejelser bag en strategiændring, men det er ønskeligt at opnå et stærkere empirisk grundlag. De determinanter, som kan have indflydelse på uligheden og graden af deres påvirkelighed er komplekse at vise. Dette skyldes, at det er mere indgribende at undersøge effekten af interventioner med fokus på kontekst end livsstilsstils interventioner. Dette underbygges af Juul (2013), der understreger, at der er en naturlig tendens til at simple interventioner bliver mere belyst end komplekse interventioner, såsom kontekstuelle interventioner. Derfor er det ikke nødvendigvis tilstrækkeligt at udføre interventionsstudier eller observationsstudier, som grundlag for beslutningstagning, idet mulige interventioner involverer komplekse systemer (Whitehead & Popay, 2010). Det er da en fordel at beslutningstagere, som sidder med sociale og organisatoriske problemstillinger efterspørger mange typer af evidens (Vallgård, 2013). Processuelle evalueringer er en mulighed for at producere viden, som inkluderer kvalitative forskningsmetoder. Ydermere findes undersøgelsesmodeller, som af forskere anvendes til at undersøge komplekse problemstillinger. Eksempelvis guideline af Medical Research Council til udvikling, implementering og evaluering af kompleks interventioner. Modellen er kontekstorienteret og forudsætter, at de strategier, som implementeres i praksis er baseret på flervidenskabelig evidens (Craig et al., 2008). Således er der mulighed for at providere politikere med evidens, som kan rumme de mere eller mindre komplekse sammenhænge, der er mellem de determinanter, som har indflydelse på den sociale ulighed i sundhed.

Indtil videre mangler evaluerende forskning, som giver indsigt i virkninger og effekter.

Eksisterende forskning på området for strukturel forebyggelse er ofte baseret på tværsnitstudier, hvor det ikke er muligt at afklare konkrete årsager til effekt. En metode til at måle de sundhedsmæssige virkninger derimod, er ved en sundhedskonsekvensvurdering – SKV. En SKV har tværsektorielt fokus og undersøger de sundhedsrelaterede konsekvenser af strukturelle indsatser for arbejds-, miljø-, bolig-, social-, og trafiksektoren (Rambøll, 2009).

Økonomiske konsekvenser eller fordele ved målrettede og strukturelle strategier kendes ikke i den inddragede litteratur. Der er modstridende belæg for, hvilken der er mest omkostningseffektiv i relation til ressourceallokering. I afsnit 2.10 fremgår det, at nationale politikker er de mest omkostningseffektive (Københavns Universitet, 2015). I litteraturreviewets afsnit 7.11.3 fremhæves derimod at målrettede strategier er de mest omkostningseffektive, fordi tildeling af ressourcer

målrettes. Omkostningseffektiviteten er dog kun aktuel, hvis interventionen har effekt, hvilket Carlisle (2010) angiver kan være svært at opnå afhængig af målgruppens sociale forudsætninger for at deltage i lokalsamfundsinterventioner. På grund af denne usikkerhed anbefales, at der foretages økonomiske evalueringer med henblik på, at der inden for politik kan allokeres ressourcer til de strategier, der er mest effektive i praksis. I 2015 blev mellem de politiske partier Venstre, Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance, Alternativet, Det Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti aftalt, hvordan en satspulje på social- og indenrigsområdet skal udmøntes i perioden 2016-2019. Puljen går blandt andet til styrket viden om metoder i og virkning af, lovende social praksis og desuden udvikling af samfundsøkonomiske modeller. Udviklingen af de samfundsøkonomiske modeller skal forbedre dokumentationen af de økonomiske konsekvenser, der kan være af forebyggelsesstrategier til forbedring af sociale forhold (Social- og indenrigsministeriet, 2015). Der er fra forskningsmæssig side et behov for at klarlægge mulige økonomiske konsekvenser af den strukturelle populationsstrategi og den målrettede strategi, således at ressourcer allokeres på baggrund af de mest omkostningseffektive strategier. Alternativt den mest omkostningseffektive kombination.

9.3.5 Forskning om sociale relationers betydning for sundhed

Satspuljen har sat større midler af til at støtte indsatser for forskellige sociale grupper (Social- og indenrigsministeriet, 2015). Derfor kan forskning sættes fokus på, hvordan relationelle aspekter kan virke på uligheden. Her ses også et potentiale for at gå i dybden med de psykosociale mekanismer, som det forventes, at ændringer i sociale og strukturelle forhold skal virke igennem. Et gennemgående aspekt i litteraturreviewet og dokumentanalyse er, at psykosocial sammenhængskraft har stor indflydelse på sundhed. I sociale grupper med færre ressourcer er oplevelsen af sammenhæng ofte mindre, fordi de mangler de økonomiske, sociale og kulturelle elementer, som bruges i forhandling af livsmuligheder. Herunder angives, at det sociale netværk og støttende sociale relationer og trykke opmærksomhed giver forbedrede muligheder for social mestring, som skal medføre forbedret sundhed (Elstad, 2000). Inden for forskning kan det anbefales at sætte fokus på, hvad psykosociale processer og sociale relationer betyder for skabelsen af sundhed.

9.3.6 Anbefalinger

- Det anbefales, at forskning undersøger hvordan politik har indflydelse på sundhed

- Det anbefales, at sammenhængen undersøges ved hjælp af observationelle studier og interventionsstudier, som kan give indblik i sammenhænge, årsager og effekter over tid
- Det anbefales, at forskningsresultater sammenholdes med ideologiske værdier eksempelvis om, hvordan forskellige politikker påvirker borgerens handlemuligheder og deraf handlefrihed
- Det foreslås, at forskning anvender processuelle og flervidenskabelige planlægningsmodeller, til planlægning, udvikling, evaluering og implementering af forskellige forebyggelsesstrategier
- Forskning må undersøge potentielle utilsigtede konsekvenser af strukturelle populationsstrategier, såvel som målrettede strategier. Desuden undersøge magtstrukturer i ressourcefordelinger i forhold til stigmatisering
- Det anbefales, at strukturelle indsatser evalueres gennem sundhedskonsekvensvurdering
- Det anbefales, at klarlægge økonomiske konsekvenser og omkostningseffektivitet af foreslåede strategier gennem økonomisk evaluering
- Det anbefales, at der fra forskningsmæssig side sættes fokus på, hvordan sociale relationer og socialt netværk har indflydelse på sundhed for sociale grupper med færre ressourcer

10. Konklusion

Projektets formål er at klarlægge de underliggende forståelser, som den danske forebyggelse af social ulighed i sundhed bygger på og heraf stille forslag til en forandring af strategien med henblik på at opnå en forbedret indsats målrettet social ulighed i sundhed og samtidig minimere potentielle utilsigtede konsekvenser af forebyggelsen.

Ved dokumentanalyse af folkesundhedsprogrammerne udledes, at forståelsen af sundhed og sygdom udspringer af det biomedicinske sundhedsregime konstituerende for de nationale strategier for forebyggelse. Sundhed skabes gennem livsstil, som middel til at undgå sygdom. Forebyggelsen er karakteriseret af paradigmatænkning, medførende at forebyggelsen ikke er forandret nævneværdigt over programmernes tidsperiode. Paradigmatænkning har utilsigtede konsekvenser, både i form af stigmatisering, men også at uligheden opretholdes. Inddragelsen af årsagsteorier om social ulighed i sundhed bidrager til indsigt i, hvad det er for synspunkter, som er mangelfulde. I

tråd med årsagsteorierne findes i litteraturen forslag til strategier, som kan adressere social ulighed i sundhed. Disse værende strukturelle populationsstrategier og målrettede levestandard strategier. Der lægges vægt på behovet for at forstå de strukturer, der gør sig gældende for forskellige sociale positioner og deres kontekst. Der stilles forslag til, hvordan forebyggelsesstrategierne kan forandres. Forslaget er opbygget om politik, praksis og forskning med henblik på at opnå en forbedret indsats mod uligheden. Forslaget udmunder i anbefalinger, som skal understøtte forandring af forebyggelsesstrategierne.

I politisk regi anbefales, at social ulighed i sundhed gøres til en selvstændig målsætning, hvoraf det er en altafgørende forudsætning, at forståelsen af sundhed og sygdom nuanceres af viden om socio-strukturelle determinanter. Hertil kan argumentationskæden udvides med henblik på at eksplicitere bagvedliggende forståelser i politikkerne. I praksis anbefales, at kontekst er i fokus for forebyggelse og at universelle, målrettede og strukturelle populationsstrategier kombineres så uligheden angribes fra flere vinkler. Udvikling af strategier anbefales at tage udgangspunkt i tværsektorielt samarbejde til at understøtte kombinationsstrategien. Det anbefales at nedsætte en kommission i praksis til at sætte social ulighed i sundhed på dagsordenen. Inden for forskning anbefales at undersøge den politiske indflydelse på sundhed, her foreslås observations- og interventionsstudier med henblik på evidensbaseret beslutningstagning. Ydermere anbefales, at forskningsresultater sammenholdes med ideologiske værdier, betydende for beslutning om ændring. Det anbefales, at processuelle og flervidenskabelige planlægningsmodeller anvendes i relation til forebyggelsesstrategier, så komplekse problemstillinger kan undersøges. Desuden anbefales, at utilsigtede konsekvenser af strukturelle populationsstrategier og målrettede strategier undersøges samt, at strukturelle indsatser evalueres gennem sundhedskonsekvensvurdering. Foruden anbefales, at der udarbejdes økonomisk evaluering af de foreslåede strategier med henblik på ressourceallokering. Tillige anbefales, at forskning sætter fokus på sociale relationers indflydelse på sundhed for grupper med færre ressourcer, da der er indikation for, at dette er en vigtig social determinant for sundhed.

11. Referenceliste

- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(3), 27106.
<https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Atkinson, P. (1995). Some Perils of Paradigms. *Qualitative Health Research*, 5(1).
- Bacchi, C. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* (C. Bacchi, Ed.) (1. edition). Frenchs Forest.: Pearson.
- Bell, K., Salmon, A., Bowers, M., Bell, J., & McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco “denormalization”: Fruther reflections on stigma as a public health tool. *Social Science & Medicine*, 67(3).
- Benoit, C., Shumka, L., & Barlee, D. (2010). *Stigma and the Health of Vulnerable Women*. Vancouver.
- Bharmal, N., Derosé, K. P., Felician, M., & Weden, M. (2015). *Understanding the Upstream Social Determinants of Health*. Santa Monica.
- Birkler, J. (2010). *Videnskabsteori - en grundbog*. (J. Birkler, Ed.) (1. udgave). København.: Munksgaard Danmark.
- Broom, D. (2014). Hazardous good intentions? Unintended consequences of the project of prevention. *Health Sociology Review*, 17(2), 129–140.
<https://doi.org/10.5172/hesr.451.17.2.129>
- Brønnum-Hansen, H. (2017). Socially disparate trends in lifespan variation: A trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. *BMJ Open*, 7(5), 1–8.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014489>
- Brønnum-Hansen, H., & Baadsgaard, M. (2012). Widening social inequality in life expectancy in Denmark. A register-based study on social composition and mortality trends for the Danish population. *BMC Public Health*, 12(994). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-994>
- Buus, N., Kristiansen, H., Tingleff, E., & Rossen, C. (2008). Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, 10, 1–8.
- Buus, N., Rossen, C. B., Tingleff, E. B., & Rostgørd, L. (2009). Valg af data til videnskabelige undersøgelser. *Sygeplejersken*, 22, 48–56.
- Carlisle, S. (2010). Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement? A reality check for policy and practice aspirations from a Social Inclusion Partnership in Scotland. *Critical Public Health*, 20(1), 117–127.

<https://doi.org/10.1080/09581590802277341>

- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316–1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Christmals, C. Dela, & Gross, J. (2017). An integrative literature review framework for postgraduate nursing research reviews. *European Journal of Research in Medical Sciences*, 5(1), 7–15. Retrieved from www.idpublications.org
- Commission on Social Determinants of Health. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva.
- Cooper, H. M. (1982). Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews. *Review of Educational Research*, 52(2), 291–302. <https://doi.org/10.3102/00346543052002291>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 1655(September), a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Critical Appraisal Skills Program. (2017). *CASP, Qualitative research checklist*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb10232.x>
- Dahlager, L., & Fredslund, H. (2012). Hermeneutisk analyse. In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (3. udgave, pp. 157–182). København.: Munksgaard.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. *Institutet for Främtdsstudier* (Vol. 14). Stockholm. <https://doi.org/978-91-85619-18-4>
- Diderichsen, F. (2011). Ulighed i sundhed. In R. Lund, U. Christensen, & L. Iversen (Eds.), *Medicinsk Sociologi* (2. udgave). København.: Munksgaard Danmark.
- Duedahl, P., & Jacobsen, M. H. (2010). *Introduktion til dokumentanalyse*. (P. Duedahl & M. H. Jacobsen, Eds.) (1.). Odense.: Syddansk Universitetsforlag.
- Elsevier. (2016). What is peer review?
- Elstad, J. I. (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo.
- Entman, R. M. (2015). Framing: til afklaring af et spredt paradigme. *MedieKultur*, 58, 115–123.
- EQUATOR Network. (2017). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. Retrieved April 24, 2018, from <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A.-K., Christensen, J. B., Fasterholdt, I., & Oelholm, A. M. (2014). En

guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, 176(7), 647–650.

Fredericia Bibliotek. (n.d.). Søgning og søgeteknik. Retrieved March 22, 2018, from <https://fredericiabib.dk/soegning>

Frederiksen, K., & Beedholm, K. (2011a). Analyse af forskellige former for tekstmateriale. In S. Glasdam (Ed.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (1. udgave). København.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Frederiksen, K., & Beedholm, K. (2011b). Litteraturreview. In S. Glasdam (Ed.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (1. udgave, pp. 47–53). København.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Frederiksen, M. (2015). Mixed methods forskning. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2. udgave). København.: Hans Reitzels Forlag.

Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216–221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>

Gallo, V., Egger, M., McCormack, V., Farmer, P. B., Ioannidis, J. P. A., Kirsch-Volders, M., ... Vineis, P. (2011). Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology - Molecular Epidemiology (STROBE-ME): An extension of the STROBE statement. *Preventive Medicine*, 53(6), 377–387. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.08.007>

Galobardes, B., Lynch, J., & Davey Smith, G. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81, 21–37.

Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x>

Heaney, C. A., & Isreal, B. A. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behaviour and Health Education - Theory, Research, and Practice* (4. edition). San Francisco.: Jossey-Bass.

Higgins, J. P. T., Lane, P. W., Anagnostelis, B., Anzures-Cabrera, J., Baker, N. F., Cappelleri, J. C., ... Whitehead, A. (2013). A tool to assess the quality of a meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 4(4), 351–366. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1092>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review

and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. In S. Glasdam (Ed.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder* (1. udgave, pp. 35–46). København.: Nyt Nordisk Forlag.

Høyer, K. (2012). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode. In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab* (3. udgave). København.: Munksgaard Danmark.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2002). *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København.:

Jansen, M. W. J., van Oers, H. A. M., Kok, G., & de Vries, N. K. (2010). Public health: Disconnections between policy, practice and research. *Health Research Policy and Systems*, 8(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-37>

Jensen, L. B. (2011). *Indføring i tekstanalyse*. (L. B. Jensen, Ed.) (2.). København.: Samfundslitteratur.

Jensen, T. K., & Johnsen, T. J. (2001). Sundhedspædagogik og sund samtale. In T. K. Jensen & T. J. Johnsen (Eds.), *Sundhedsfremme i teori og praksis* (2. udgave, pp. 114–150). Aarhus.: Philosophia.

Joyce, K., & Bambra, C. (2010). Health Inequalities in Developed Nations. *Social Alternatives*, 29(2), 21–27. Retrieved from www.socialalternatives.com

Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. (L. Justesen & N. Mik-Meyer, Eds.) (1. udgave). København.: Hans Reitzels Forlag.

Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative Research Methods in Organisation Studies*. (L. Justesen & N. Mik-Meyer, Eds.) (1. udgave). København.: Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. (2012). Hermeneutik. In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (1. udgave). København.: Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. (2013). *Epidemiologi og evidens*. (S. Juul, Ed.) (2. udgave). København.: Munksgaard.

Kamper-Jørgensen, F. (2004). Nationale folkesundhedsprogrammer i de nordiske lande. *Ugeskrift for Læger*, 166(14), 1301–1305. Retrieved from http://www.ugeskriftet.dk/portal/page?_pageid=33,15418367&_dad=portal&_schema=PORTAL

Kamper-Jørgensen, F. (2010). Analyse af sundhedsproblemer. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind,

- & B. B. Jensen (Eds.), *Forebyggende Sundhedsarbejde* (5. udgave, pp. 157–166). København.: Munksgaard Danmark.
- Kamper-Jørgensen, F. (2011). Det forebyggende sundhedsarbejde - internationale og nationale udviklinger. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. B. Jensen (Eds.), *Forebyggende Sundhedsarbejde* (5. udgave). København.: Munksgaard Danmark.
- Kamper-Jørgensen, F., & Almind, G. (2011). Forebyggelse og dokumentation. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. B. Jensen (Eds.), *Forebyggende Sundhedsarbejde* (5. udgave). København.: Munksgaard Danmark.
- Kickbusch, I. (2007). Health Governance: The Health Society. In D. V. McQueen & I. Kickbusch (Eds.), *Health & Modernity - The Role of Theory in Health Promotion* (1. edition). New York.: Springer Science & Business Media.
- Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality In Qualitative Research. *Medical Journal of Australia*, 4(4), 243–46. <https://doi.org/10.4135/9781848608191>
- Krejsler, J. B. (2009). Epistemologi, evidensbevægelse og folkesundhed. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave). København.: Nyt Nordisk Forlag.
- Københavns Universitet. (2015). *Tackling Health Inequalities Locally: the Scaninavian Experience*. København.
- Larsen, K. (2010). Pierre Bourdieu. In P. Tanggaard Andersen & H. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi* (1. udgave, pp. 51–77). København.: Hans Reitzels Forlag.
- Lasgaard, M., Bang, L., Reese, S., & Nielsen, L. (2017). *Ensomhed i Aarhus - evaluering af et samskabelsesprojekt* (Vol. 5). Aarhus N.
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2011). *Forskning om og med mennesker*. (L. Launsø, O. Rieper, & L. Olsen, Eds.) (6. udgave). København.: Munksgaard.
- Lee, K. (2016). How do we move forward on the social determinants of health: The global governance challenges. *Crit Public Health*, 20(1), 5–14. <https://doi.org/10.1080/09581590903563573>.How
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80–94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–85. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- 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), 1–8.

- Lynggaard, K. (2015). Dokumentanalyse. In L. Tanggaard & S. Brinkmann (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2. udgave, pp. 153–185). København.: Hans Reitzels Forlag.
- Mackenbach, J. P. (2017). Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(2), 113–120.
<https://doi.org/10.1177/1403494816683878>
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., ... Kunst, A. E. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 32, 830–837. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg209>
- Mackenbach, J. P., Looman, C. W. N., Artnik, B., Bopp, M., Deboosere, P., Dikken, C., ... de Gelder, R. (2017). “Fundamental causes” of inequalities in mortality: an empirical test of the theory in 20 European populations. *Sociology of Health and Illness*, 39(7), 1117–1133.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12562>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483–488.
- Marmot, M. (2003). Understanding Social Inequalities in Health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), S9–S23. <https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0070>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099–1104.
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Health, Lives*. London. Retrieved from <https://www.gov.uk/dfid-research-outputs/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review-strategic-review-of-health-inequalities-in-england-post-2010>
- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32(7), 537–546. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0286-3>
- McLaren, L., McIntyre, L., & Kirkpatrick, S. (2010). Rose’s population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *International Journal of Epidemiology*, 39(2), 372–377. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp315>
- McLaren, L., Sumar, N., Barberio, A. M., Trieu, K., Lorenzetti, D. L., Tarasuk, V., ... Campbell, N. R. C. (2016). Population-level interventions in government jurisdictions for dietary sodium reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 46(5), 1551–1563.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010166.pub2>
- Mechanic, D. (2007). Population health: Challenges for science and society. *Milbank Quarterly*, 83(5), 533–559. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-34548134155&partnerID=40&md5=6f69ddfd588f47e274c8c313acce84b0>

- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*, 1(6), 894–904.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2010). *International benchmarking af det danske sygehusvæsen*. København.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2014). *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. København.
- Møller, R. B. (2009). Et forsvar for sundhedsfundamentalismen - til kritik af en tidstypisk tankegang. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave, pp. 67–93). København.: Nyt Nordisk Forlag.
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Olsen, H. (2001). *Kvalitative analysestrategier og kvalitetssikring - Tværgående tendenser i engelsksproget og skandinavisk kvalitativ metodelitteratur sammenholdt med Steinar Kvaales InterView*. Socialforskningsinstituttet. København. Retrieved from http://psy.au.dk/fileadmin/Psykologi/Forskning/Kvalitativ_metodeudvikling/NB31/ARTIKEL_NYHEDSBRV.pdf
- Olsson, U. (2009). Sundhedsoplysning - frigørelse eller manipulation? In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave). Kbh.: Nyt Nordisk Forlag.
- Organization, W. H. (2016). *Shanghai Declaration*. Shanghai.
- Ottersen, O. P., Dasgupta, J., Blouin, C., Buss, P., Chongsuvivatwong, V., Frenk, J., ... Scheel, I. B. (2014). The political origins of health inequity: Prospects for change. *The Lancet*, 383(9917), 630–667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)
- Otto, L. (2009). Sundhed i praksis. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave). København.: Nyt Nordisk Forlag.
- Oxford Brookes University. (2011). *Be More Critical - A practical guide for Health and Social Care students*. Oxford.
- Pedersen, I. K. (2010). Michel Foucault. In P. Tanggaard Andersen & H. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi* (1. udgave, pp. 29–47). København.: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, K. M. (2012). *Sundhedsøkonomi*. (K. M. Pedersen, Ed.) (1. udgave). København.: Munksgaard Danmark.

- Poulsen, J. (1996). Informationskampagner. *MedieKultur: Journal of Media and Communication Research*, 12(24), 15. <https://doi.org/dx.doi.org/10.7146/mediekultur.v12i24.1057>
- Power, C. (1994). Health and social inequality in Europe. *British Medical Journal*, 308, 1153–1156.
- Rambøll. (2009). “Gør det sunde valg let”- muligheder for strukturelle indsatser i kommunerne - afsluttende afrapportering. København. Retrieved from <http://www.sst.dk/publ/Publ2009/CFF/Sundhed/GoerDetSundeValgLet.pdf>
- Raphael, D. (2009). *Social determinants of health - Canadian perspectives*. (D. Raphael, Ed.) (2. udgave.). Toronto: Canadian scholars’ press inc.
- Rienecker, L., & Jørgensen, S. H. (2012). *Den gode opgave: Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. (L. Rienecker & S. H. Jørgensen, Eds.) (4. udgave). København.: Samfundslitteratur.
- Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology* © International Epidemiological Association, 14(1), 427–432. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- Sadana, R., & Blas, E. (2013). What Can Public Health Programs Do to Improve Health Equity ? *Public Health Reports*, 128(0), 12–20. <https://doi.org/10.1177/00333549131286S303>
- Scocozza, L. (2009). Folkesundhed eller moralsk oprustning? In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave, pp. 54–66). København.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Shareck, M., Frohlich, K. L., & Poland, B. (2013). Reducing social inequities in health through settings-related interventions - a conceptual framework. *Global Health Promotion*, 20(2), 39–52. <https://doi.org/10.1177/1757975913486686>
- Shaw, M., Dorling, D., & Mitchell, R. (2002). *Health, Place and Society*. (M. Shaw, D. Dorling, & R. Mitchell, Eds.) (1. edition). London.: Pearson.
- Social- og indenrigsministeriet. (2015). *Udmøntning af satspuljen for 2016-2019. Delaftale for social- og indenrigsområdet*. København.
- Socialforskningsinstituttet. (2011). *På jagt efter det hele - en guide til systematisk litteratursøgning*. København.
- Stafford, M., Badland, H., Nazroo, J., Halliday, E., Walthery, P., Povall, S., ... Popay, J. (2014). Evaluating the health inequalities impact of area-based initiatives across the socioeconomic spectrum: A controlled intervention study of the New Deal for Communities, 2002-2008. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(10), 979–986. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-203902>
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*,

10, 15–17. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>

Statens Institut for Folkesundhed. (2007). *Folkesundhedsrapporten. Folkesundhedsrapporten*.

København. Retrieved from [http://www.si-](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kap_33_sociale_forskelle.pdf)

[folkesundhed.dk/upload/kap_33_sociale_forskelle.pdf](http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kap_33_sociale_forskelle.pdf)

Statens Institut for Folkesundhed. (2017). *Strukturel forebyggelse af hjertesygdomme*. København.

Strand, M., & Fosse, E. (2011). Tackling health inequalities in Norway: Applying linear and non-linear models in the policy-making process. *Critical Public Health*, 21(3), 373–381.

<https://doi.org/10.1080/09581596.2010.492210>

Sund, E. R., & Krokstad, S. (2011). Social Kapital. In R. Lund, U. Christensen, & L. Iversen (Eds.), *Medicinsk Sociologi* (2. udgave). København.: Munksgaard Danmark.

Sundhedsstyrelsen. (1999). *Folkesundhedsprogrammet 1999-2008*. København.

Sundhedsstyrelsen. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. København.

Sundhedsstyrelsen. (2012). *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?*

Sundhedsstyrelsen. København. Retrieved from

<http://www.sst.dk/~media/DC5BEF198B6B4E6B8CE19131A9B25B7C.ashx>

Sundhedsstyrelsen. (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark. Sygdomsbyrden i Danmark*. København.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Kommunens arbejde med forebyggelses-pakkerne*. København S.

Tanggard, L., & Brinkmann, S. (2015). Kvalitet i kvalitative studier. In L. Tanggard & S.

Brinkmann (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2. udgave, pp. 521–532). København.: Hans Reitzels Forlag.

The Swedish Commission for Equity in Health. (2016). *The Swedish Commission for Equity in Health: A summary of the interim report*. Stockholm.

Triantafillou, P. (2016). Analyse af dokumenter og dokumentation. In C. Kristensen Juul & M.

Hussain Azhar (Eds.), *Metoder i samfundsvidenskaberne* (1. udgave). København.:

Samfundslitteratur.

Vallgård, S. (2001). Governing people's lives. *European Journal of Public Health*, 11.

Vallgård, S. (2004). *Folkesundhed som politik - Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. (S.

Vallgård, Ed.) (1. udgave). Aarhus.: Aarhus Universitetsforlag.

Vallgård, S. (2006). When are health inequalities a political problem? *European Journal of Public Health*, 16(6), 615–616. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl047>

Vallgård, S. (2009). Sundhedspolitik i skandinaviske lande. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i*

- et kritisk perspektiv (1. udgave, pp. 166–186). København.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Vallgård, S. (2011). Det danske sundhedsvæsen. In S. Vallgård & A. Krasnik (Eds.), *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* (2. udgave, pp. 139–203). København.: Munksgaard Danmark.
- Vallgård, S. (2013). *Sundhedspolitik - teorier og analyser*. (S. Vallgård, Ed.) (1. udgave). København.: Munksgaard.
- Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse*. (S. Vallgård, F. & Diderichsen, & T. Jørgensen, Eds.) (1. udgave). København.: Munksgaard.
- Villadsen, K. (2013). Michel Foucault. In H. Andersen & L. B. Kaspersen (Eds.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (5. udgave). København.: Hans Reitzels Forlag.
- Watt, R. G. (2007). From victim blaming to upstream actions: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*, 35, 1–11.
- White, K. (2009). *Sociology of Health and Illness*. (K. White, Ed.) (1. edition). London.: Sage Publications Ltd.
- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Whitehead, M., & Popay, J. (2010). Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. *Social Science and Medicine*, 71(7), 1234. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.004>
- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation*. Geneva. Retrieved from <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf>
- Økonomi- og Indenrigsministeriet. (2013). *Evaluering af kommunalreformen Kolofon*. København. Aalborg Universitet - Universitetsbiblioteket. (n.d.). Sociological Abstracts. Retrieved March 22, 2018, from <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/info?id=1271905>

12. Bilag

Bilag 1: Dokumentation for den kvalitative dokumentanalyse

Nedenstående tabel viser en oversigt over dokumentanalysens temaer og hertil de citater, der er anvendt fra de tre folkesundhedsprogrammer. Denne oversigt skal fungerer, som dokumentation for den kvalitative dokumentanalyse.

Dokumentet	Udvalgte temaer i relation til forståelser af sundhed og sygdom	Anvendte citater fra programmerne
Folkesundhedsprogrammet 1999.	Fokus på livsstil hvor livsstil handler om biologiske faktorer som alkohol, rygning og motion og at minimere eksponering herfor Ansvarsfordeling – individet bærer det primære ansvar for at være motiveret og efterkomme forebyggende tilbud Velfærdstænkning er relateret til at alle skal have ret til behandling.	<i>"... at danskernes sundhed ikke nødvendigvis er ligefrem proportional med sygehusafgifterne, men i højere grad afhænger af den enkeltes egen livsstil"</i> (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 4). <i>"det handler om kost, motion og trivsel – ikke blot i arbejdstiden, men som en del af en livsstil. Projektet er i høj grad holdningsbearbejdende og skal virke som en 'eye-opener', der skal få medarbejderne og deres familier til at være mere opmærksomme på deres sundhed"</i> (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 10). <i>"... at det tit kniber med disciplinen"</i> (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 23). <i>"når det alligevel i langt de fleste tilfælde går godt, er det, fordi den gravide trods alt er motiveret"</i> (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 23). <i>"antallet af rygere skal reduceres markant, dels gennem rygestop, dels gennem</i>

		<i>begrænsning af antal nye rygere. Danmark skal gøres røgfrit for ikkerygere, herunder børn” (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 7) og ”antallet af danskere, som spiser sundt og er fysisk aktive, skal øges, dels gennem klar information, del gennem lettilgængelige muligheder for sund levevis” (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 9).</i> <i>”et for stort alkoholforbrug kan medføre store menneskelige omkostninger i form af sygdom og død for den enkelte og ødelagt arbejdsliv, som også går ud over familien” (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 16) Belægget er her ”et langvarigt, stort alkoholforbrug kan føre til helbredsskaber, som fx skrumpelever, betændelse i bugspytkirtlen og forskellige kræfttyper samt sociale problemer, herunder dårlige opvækstvilkår for børn, problemer på arbejdspladsen og lavere arbejdsproduktivitet” (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 16).</i> <i>”undersøgelser viser, at unges forbrug af alkohol i høj grad er præget af den kultur, de omgiver sig med i samfundet – og særligt i familien. De viser også, at børn tidligt bliver introduceret til alkohol i familien, og at de voksne ikke i tilstrækkelig grad markerer deres holdning til de unges alkoholforbrug” (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 18).</i>
--	--	--

		<i>"1/2 times daglig motion" og "højest 14/21 genstande om ugen" (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 5).</i> <i>"disse faktorer [risikofaktorer i livsstil] har det til fælles, at de ofte er den primære årsag til dødsfald, og disse dødsfald kan forebygges ved hjælp af livsstilsændringer" (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 6)</i> <i>"[danskernes sundhed] afhænger af den enkeltes egen livsstil" (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 4).</i> <i>"baggrunden for regeringsinitiativet [folkesundhedsprogrammet] er, dels danskernes stagnerede middellevetid, dels '80/20 problemet'" (Sundhedsstyrelsen, 1999, p. 4)</i>
Folkesundhedsprogrammet 2002	Fokus på livsstil hvor livsstil handler om biologiske faktorer som alkohol, rygning og motion og at minimere eksponering herfor Ansvarsfordeling – mere helhedsorienteret hvor fællesskaber inddrages til at sikre, udvikle og facilitere sunde rammer og den nyeste information så borgere og patienter kan mestre en bedre livsstil, derfor er der også stadig et overhængende fokus på individets motivation og valg relateret til livsstil. Social ulighed i sundhed er livsstilsbestemt men der kommer fokus på hvad staten kan gøre for at støtte socialt	<i>"at forbedre vores sundhed forudsætter, at vi alle vedkender os vores ansvar og påtager os vores del af opgaverne. Dvs. den enkelte, familien, de nære netværk; den frivillige verden; daginstitutioner, uddannelsessteder, sundhedsvæsenet m.v.; arbejdspladser; private og offentlige virksomheder; kommuner, amter og staten" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 4).</i> <i>"sikre et højt informationsniveau om sundhed i relation til fødevarer og måltider" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p.</i>

	udsatte grupper gennem økonomiske og sociale politikker og det afspejler en udvidet velfærdstænkning i forhold til tidligere	20). <i>"oplysning om alkoholens skadelige virkninger, herunder om de anbefalede genstandsgrænser"</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 13). <i>"regeringen vil samtidig understrege det offentliges fortsatte store rolle på forebyggelsesområdet – som hjørnестenen i vores velfærdssamfund"</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 9). <i>"en målrettet indsats i forhold til de vigtigste risikofaktorer kan reducere tidligere dødsfald og tab af livskvalitet"</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 10) <i>"Sundhedsstyrelsens anbefalede grænser er..."</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 2). <i>"kendskab til risikofaktorer er grundlaget for målrettet forebyggelse..."</i> <i>Risikofaktorerne i programmet tager udgangspunkt i de forebyggelige årsager til de store folkesygdomme og dødsårsager"</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 10) <i>"... sundhed skabes af vores levkår og af rammerne for vores liv, fx boligforhold, arbejdsmiljø, det ydre miljø, fødevarer sikkerhed og</i>
--	---	--

		<i>sundhedsvæsenets tilbud”</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 6). <i>”for mange af programmets otte folkesygdomme gør sygdommen det nødvendigt, at patienten lægger sit liv om og ændrer livsstil”</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 34). <i>”det [ansvaret for sunde rammer] sker ved at sikre formidling af viden om sundhed og sygdom, ved at overvåge sundheden i befolkningen...”</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 7) <i>”det offentlige har et særligt ansvar over for de svageste i samfundet, som har behov for professionel bistand og økonomisk støtte. Det er en af velfærdssamfundets kerneopgaver”</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p. 7). <i>”i 1990’erne kom der fokus på danskernes middelevetid. Fra 1970’erne var den stagneret, så den danske middelevetid fra at ligge i toppen var faldet til bunden i forhold til de lande, som vi normalt sammenligner os med. På den baggrund blev der i 1992 igangsat et omfattende udredningsarbejde i Middelevetidsudvalgets regi. Udvalgets hovedkonklusion var, at først og fremmest rygning var årsagen til udviklingen”</i> (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, p.
--	--	---

		5).
Folkesundhedsprogrammet 2014	Fokus på livsstil hvor livsstil handler om biologiske faktorer som alkohol, rygning og motion og at minimere eksponering herfor Ansvarsfordeling – mere helhedsorienteret hvor fællesskaber inddrages til at sikre, udvikle og facilitere sunde rammer og den nyeste information så borgere og patienter kan mestre en bedre livsstil, derfor er der også stadig et overhængende fokus på individets motivation og valg relateret til livsstil. Private aktører får en mere central plads i partnerskaberne Social ulighed i sundhed er livsstilsbestemt	<i>"vi skal gøre en fælles indsats for at skabe sunde rammer og understøtte de mennesker, der ønsker en sund eller sundere livsstil. Det betyder også at den enkelte har et ansvar for at have opmærksomhed på eget helbred"</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 4). <i>"det kan ske gennem lokalt fastsatte alkoholpolitikker"</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 15) <i>"forebyggelsespakke om alkohol"</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 15). <i>"der er mange faktorer der spiller ind på den sociale ulighed i sundhed. De væsentligste er rygning og alkohol, der kan forklare 60-70 pct. af den sociale ulighed i dødelighed blandt danskerne, men også kost og motion har betydning for social ulighed i sundhed"</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 6). <i>"vi skal have en sundere alkoholkultur, der giver flere lyst til at drikke mindre ved samme lejlighed..."</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 14). <i>"Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne er fysisk aktive mindst 30 minutter om"</i>

		<i>dagen... ” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 18).</i> <i>”regelmæssig fysisk aktivitet hos voksne er afgørende for at reducere risikoen for kroniske sygdomme... ” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 18).</i> <i>”målene tager afsæt i KRAM-faktorerne kost [overvægt], rygning, alkohol og motion, der skaber de største sundhedsmæssige udfordringer for middellevetid, gode leveår og social ulighed i sundhed” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 5).</i> <i>”hvis vi skal øge middellevetiden og sikre bedre leveår for alle, kræver det også, at den enkelte selv tager ansvar og er opmærksom på egen sundhed og har lyst og vilje til at ændre vaner” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 21).</i> <i>”danskernes middellevetid har været stigende, men den ligger stadig lavt sammenlignet med de øvrige OECD-lande” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 4).</i> <i>”den sociale ulighed i middellevetid er steget gennem de sidste 25 år... Andelen af personer, der har et usundt kostmønster, ryger, har stillesiddende fritidsaktiviteter, er overvægtige eller ofte er stressede/nervøse er størst blandt personer med grundskole som højest fuldførte</i>
--	--	---

		<i>uddannelsesniveau”</i> (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014, p. 6).
--	--	---

Analysen er udført særskilt for det enkelte dokument med henblik på at danne et helhedsindtryk for hvad der er særskilt ved det enkelte og hvilke temaer der kendetegner det. Dernæst er analysen udført tværgående, som det fremgår af specialet i en samlet analyse af de tre programmer.

Bilag 2: Søgebilag

Søgespørgsmål til litteratursøgningen

Andet delspørgsmål i problemformuleringen anvendes som søgespørgsmål til litteratursøgningen.

”Hvilke forebyggelsesstrategier foreslås i litteraturen at kunne forebygge social ulighed i sundhed?”

Oversigt over facetterne ud fra det fokuserede søgespørgsmål

Facet 1	Facet 2
Forebyggelsesstrategier	Social ulighed

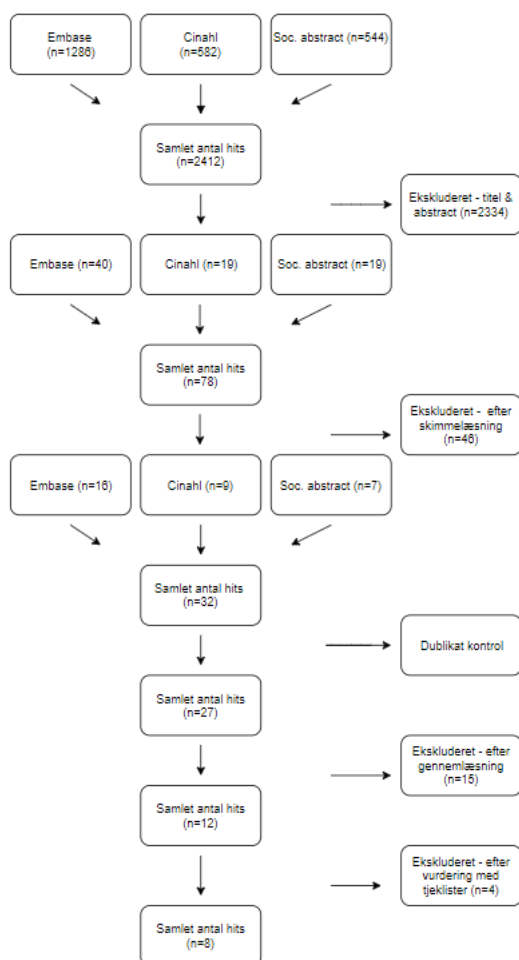
Facetsøgning for de enkelte inkluderede databaser

OR ↓	AND →	
	Facet 1	Facet 2
	Forebyggelsesstrategier	Social ulighed
	Embase	
	Emtree	Emtree
	Health promotion exp	Social inequality exp Health disparity exp
	Fritekst	Fritekst
	“health intervention*”	“Social inequalit*”
	Facet 1: 98.864	Facet 2: 17.233
	Facet 1 & 2: 1.286	
	Cinahl	
	Headings	Headings
	Health promotion	Health status disparities
	Fritekst	Fritekst:
	“Health intervention*” “Prevention strateg*”	“Social inequalit*”
	Facet 1: 46.059	Facet 2: 5.018
	Facet 1 & 2: 582	
	Sociological Abstracts	
	Fritekst	Thesaurus
	“Health promotion*” “Health intervention*” “Prevention strateg*”	Social inequality exp Fritekst “Health disparit*”
	Facet 1: 9.353	Facet 2: 10.554
	Facet 1 & 2: 544	

Inklusions-og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Studier på dansk, svensk, norsk og engelsk	Sygdomsspecifikke studier
Studier omhandlende strategier til løsning af social ulighed i sundhed	Studier med formål om at forandre livsstil
Studier baseret på vestlige lande	Studier udelukkende om ulighed i race og køn
Studier der er peer reviewed	Studier som ikke vedrører social ulighed i sundhed
	Studier anvendt i projektets problemanalyse

Flowdiagram - (viser udvælgelsen af studier)



Screenshots fra de 3 inkluderede databaser

Embase screenshot fra søgning d. 4. april 2018

☐ History	Save	Delete	Print view	Export	Email	Combine >	using ☒ And ☐ Or	^ Collapse
☐ #8	#6 AND #7						1,286	
☐ #7	#3 OR #4 OR #5						17,233	
☐ #6	#1 OR #2						98,864	
☐ #5	'social inequalit'						3,333	
☐ #4	'health disparity'/exp						14,243	
☐ #3	'social inequality'/exp						78	
☐ #2	'health intervention'						12,731	
☐ #1	'health promotion'/exp						87,235	
1,286 results for search #8								
📧 Set email alert 📡 Set RSS feed 🔍 Search details 📊 Index miner								

Sociological Abstracts screenshot fra søgning d. 4. april 2018

☐	Set ▼	Search	Databases	Results	Actions
☐	S9	☐ S6 AND S7 ✓ Limits applied	Sociological Abstracts	544*	Actions ▼
☐	S8	☐ S6 AND S7	Sociological Abstracts	575*	Actions ▼
☐	S7	☐ S4 OR S5	Sociological Abstracts	10,554*	Actions ▼
☐	S6	☐ S1 OR S2 OR S3	Sociological Abstracts	9,353*	Actions ▼
☐	S5	☐ "health disparit"	Sociological Abstracts	3,230*	Actions ▼
☐	S4	☐ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Inequality")	Sociological Abstracts	7,405*	Actions ▼
☐	S3	☐ "prevention strateg"	Sociological Abstracts	2,218*	Actions ▼
☐	S2	☐ "health intervention"	Sociological Abstracts	1,922*	Actions ▼
☐	S1	☐ "health promotion"	Sociological Abstracts	5,849*	Actions ▼

Cinahl screenshot fra søgning d. 4. april 2018

Search History/Alerts			
Print Search History Retrieve Searches Retrieve Alerts Save Searches / Alerts			
☒ Select / deselect all	Search with AND	Search with OR	Delete Searches
			Refresh Search Results
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
☐ S8	☒ S6 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (582) View Details Edit
☐ S7	☒ S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (5,018) View Details Edit
☐ S6	☒ S1 OR S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (46,059) View Details Edit
☐ S5	☒ (MM "Health Status Disparities")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (1,798) View Details Edit
☐ S4	☒ TX "social inequalit"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3,361) View Details Edit
☐ S3	☒ TX "prevention strateg"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (12,341) View Details Edit
☐ S2	☒ TX "health intervention"	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (10,241) View Details Edit
☐ S1	☒ (MM "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	View Results (24,886) View Details Edit

Dato og identifikation

Søgningen er blevet afsluttet 04. april 2018 af Rebecca og Christine

Cochrane screenshot fra søgning d. 16. april 2018

Her ses screenshot fra søgningen i Cochrane. Denne søgning gav ikke noget brugbart hvorfor, at der ikke er inkluderet studier fra denne database i udvælgelsen af studier.

−	+	#1	MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees	m	3262
−	+	#2	"health intervention"" (Word variations have been searched)	s	1859
−	+	#3	"prevention strateg"" (Word variations have been searched)	s	1333
−	Edit	+	#4	#1 or #2 or #3	6311
−	+	#5	"social inequalit"" (Word variations have been searched)	s	69
−	+	#6	MeSH descriptor: [Health Status Disparities] explode all trees	m	157
−	+	#7	"health disparit"" (Word variations have been searched)	s	653
−	Edit	+	#8	#5 or #6 or #7	829
−	+	#9	#4 and #8	85	