



**AALBORG UNIVERSITY**  
DENMARK

Kandidatspeciale i folkesundhedsvidenskab  
4. semester

# EN KRITISK DISKURSANALYSE AF TILGANGEN TIL SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

- MED AFSÆT I DE NATIONALE FOREBYGGELSESPAKKER -

Amalie W. T. Mortensen & Kattie Hostrup

Gruppe: 10319

Dato for aflevering: 7. juni 2018

Vejleder: Lone Jørgensen

Antal anslag: 239.305

Referencesystem: Harvard



## FORORD

Dette er det afsluttende speciale på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet og er udarbejdet i perioden februar til juni 2018.

Specialet tager afsæt i at rette et kritisk blik mod den eksisterende forståelse af social ulighed i sundhed, der fremkommer i de nationale forebyggelsespakker samt at undersøge hvilken betydning denne italesættelse har for håndteringen af social ulighed i sundhed i Danmark. Interessen for at gå i dybden med problemstillingen, om social ulighed i sundhed, er opstået på baggrund af en undren omkring måden, hvorpå social ulighed i sundhed søges reduceret samt hvilken rolle Sundhedsstyrelsens italesættelse af social ulighed i sundhed, gennem forebyggelsespakkerne, har for dette.

Vores fokusområde krævede en kritisk diskursanalytisk tilgang, hvilket har været et spændende arbejdsområde, som har bidraget med mange nye erfaringer. Det har givet et indblik i betydningen af bagvedliggende diskursive forståelser samt deres rolle i problematikken omkring social ulighed i sundhed.

Siden udarbejdelsen af dette speciale, har Sundhedsstyrelsen udgivet nye forebyggelsespakker, hvorfor referencerne henvisende til hjemmesider omhandlende forebyggelsespakkerne har ændret indhold og nu kun beskriver de nye. På tidspunktet for oprettelsen af referencerne var henvisningen til forebyggelsespakkerne, anvendt i dette speciale, retvisende.

Slutteligt ønsker vi at rette en stor tak til vores vejleder, Lone Jørgensen, som har bidraget med værdifuld og konstruktiv faglig sparring og støtte igennem hele processen.

Amalie W. T. Mortensen & Kattie Hostrup

## LÆSEVEJLEDNING

Specialet er udarbejdet som et problemorienteret projekt, hvorfor struktureringen heraf er sket med afsæt i Aalborg-modellen. Følgende læsevejledning er udarbejdet med henblik på at give et kronologisk overblik over de enkelte afsnit i specialet for at lette forståelsen af sammenhængen herimellem.

**Del 1:** Indledningsvist præsenteres specialets *initierende problem*, hvori det identificerede problem klarlægges. Dernæst følger *problemanalysen*, hvor den identificerede problemstilling udfoldes og analyseres. Herefter indsnævres problemfeltet i *problemafgrænsningen*, som fører til en præsentation af specialets *formål* og slutteligt til *problemformuleringen* med tilhørende *forskningsspørgsmål*.

**Del 2:** Her udfoldes og ekspliciteres specialets *videnskabsteoretiske position, metodologi, metodiske fremgangsmåder, teoretiske afsæt* samt *den systematiske litteratursøgning*.

**Del 3:** Her fremgår den *kritiske diskursanalyse* samt den *litterære analyse* på baggrund af den systematiske litteratursøgning.

**Del 4:** Her vil fundene fra den kritiske diskursanalyse samt den litterære analyse inddrages i en *diskussion af de empiriske fund*. Diskussionen af de empiriske fund danner udgangspunkt for specialets *forandringsspektiv* samt udarbejdelse af *forandringsforslag* og teoretiske overvejelser omhandlende *implementering* heraf. Dernæst diskuteres de anvendte metoder i *metodediskussionen*.

**Del 5:** Specialet afrundes med en *konklusion* udarbejdet på baggrund af den kritiske diskursanalyse og den litterære analyse, diskussionen samt forandringsforslagene, for at opnå en besvarelse af problemformuleringen.

## RESUMÉ

**Baggrund:** Social ulighed i sundhed har siden 1980'erne været på den folkesundhedspolitiske dagsorden, både nationalt og globalt. På trods af dette, adskiller forståelsen af begrebet sig i Danmark fra andres lande. I de nationale forebyggelsespakker rettes et fokus på reducere social ulighed i sundhed gennem forbedring af adfærden og livsstilen blandt udsatte grupper. Trods indsatser mod social ulighed i sundhed, som forebyggelsespakkerne, er uligheden stigende, hvilket kan medføre folkesundhedsmæssige problemer, såsom øget dødelighed samt stigmatisering af udsatte befolkningsgrupper.

**Formål:** At opnå indsigt i de diskursive forståelser af social ulighed i sundhed, som er konstituerende i de nationale forebyggelsespakker. Dette skal danne beslutningsgrundlag for en forandring af anbefalingerne på forebyggelsesområdet, således den sociale ulighed i sundhed reduceres samt utilsigtede konsekvenser mindskes.

**Metode:** Til udarbejdelse af beslutningsgrundlag til forandring anvendes Faircloughs kritiske diskursanalyse som metodologi, herunder med inddragelse af hans tredimensionelle model til bearbejdning af empirien. Det teoretiske afsæt udgøres af Faircloughs begreber ideologi og hegemoni samt Foucaults begreber biomagt og governmentality. Til at afdække evidensen indenfor området foretages en systematisk litteratursøgning.

**Resultat:** I forebyggelsespakkerne konstitueres forståelsen af social ulighed i sundhed diskursivt som en dikotomi med fokus på adfærds- og livsstilsændring gennem forebyggelse. Yderligere placeres ansvaret for udarbejdelse af forebyggende indsatser hos kommunen og ansvaret for forbedring af egen sundhed hos individet. De diskursive fremstillinger kan have utilsigtede konsekvenser, i form af stigmatisering og manglende reducere af den sociale ulighed i sundhed, hvilket kan have sundhedsmæssige konsekvenser i befolkningen. Af den litterære analyse fremgik, hvordan prioriteringer, ressourcer samt valg af strategier har betydning for, om der opnås en reducere af social ulighed i sundhed.

**Konklusion:** Det kan konkluderes, at der foreligger et forandringspotentiale i forebyggelsespakkerne, således der kan opnås en reducere af social ulighed i sundhed samt utilsigtede konsekvenser. Denne forandring udgøres af ændring i forståelsen af og tilgangen til forebyggelse af social ulighed i sundhed samt ændring i styringen, så individet pålægges mindre ansvar.

## ABSTRACT

**Background:** Social inequality in health has since the 1980'ies been on the agenda for public health policies, both nationally and internationally. Despite this, the understanding of the concept in Denmark is different than other countries. In the National Health Promotion Packages the focus is aimed at reducing social inequality in health, through improving the behaviors and lifestyles among deprived groups. In spite of efforts aimed at reducing social inequality in health, the inequality is growing. Thus, heightening the possibility of consequences for public health, such as increased mortality and stigmatization of deprived groups.

**Aim:** To gain knowledge of the discursive understandings of social inequality in health constituted in the National Health Promotion Packages. This will form the grounds for decision making in order to change the recommendations in the field of prevention, with the purpose of reducing the social inequality in health and decrease the unintended consequences.

**Methods:** In order to develop a basis for change, Fairclough's critical discourse analysis is used as methodology, including his three-dimensional model for processing empiricism. The theoretical framework is formed by Fairclough's terms; ideology and hegemony, along with Foucault's terms; biopower and governmentality. To uncover the evidence within the area, a systematic literature search is conducted.

**Results:** In the National Health Promotion Packages the understanding of social inequality in health is discursively defined as a dichotomy with a focus on behavior- and lifestyle changes through prevention. Furthermore, the responsibility for drafting the preventive efforts is placed in the municipality, while the responsibility for improving personal health is placed the individuals. The discursive representations can have unintended consequences in the form of stigmatization and lack of reducing social inequality in health, which can lead to health-related consequences in the population. The literary analysis showed how priorities, resources and choice of strategies has an influence on whether a reduction in social inequality in health is gained.

**Conclusion:** Based on the results it can be concluded that to gain a reduction of social inequality in health and unintended consequences, there is an apparent potential for changing the health promotion packages. This change is constituted by an alteration in the comprehension of and the approach to health promotion of social inequality in health along with a change in the government of individuals in order to remove their responsibility.

## Indholdsfortegnelse

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INITIERENDE PROBLEM .....</b>                                       | <b>2</b>  |
| <b>2. PROBLEMANALYSE .....</b>                                            | <b>3</b>  |
| 2.1 SOCIAL ULIGHED I SUNDHED SOM ET KOMPLEKST BEGREB .....                | 3         |
| 2.2 UDVIKLING I SOCIAL ULIGHED I SUNDHED I DANMARK.....                   | 5         |
| 2.3 SUNDHEDSTYRELSENS PERSPEKTIV PÅ FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME.....   | 6         |
| 2.4 SUNDHEDSSYN I DANMARK .....                                           | 8         |
| 2.5 DETERMINANTERS BETYDNING FOR SOCIAL ULIGHED I SUNDHED.....            | 11        |
| 2.5.1 HEALTH LITERACY SOM INDIVIDUEL DETERMINANT.....                     | 12        |
| 2.5.2 SOCIOØKONOMISK POSITION SOM DETERMINANT .....                       | 13        |
| 2.5.3 SOCIALE RELATIONER OG MILJØMÆSSIGE DETERMINANTER .....              | 14        |
| 2.5.4 SUNDHEDSPOLITIK I DANMARK.....                                      | 15        |
| 2.6 LIBERALISTISK TILGANG TIL FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME .....        | 17        |
| 2.7 TILSIGTEDE OG UTILSIGTEDE KONSEKVENSER VED FOREBYGGELSESPAKKERNE..... | 18        |
| 2.8 PROBLEMAFGRÆNSNING .....                                              | 21        |
| <b>3. FORMÅL.....</b>                                                     | <b>22</b> |
| <b>4. PROBLEMFORMULERING.....</b>                                         | <b>22</b> |
| 4.1 FORSKNINGSSPØRGSMÅL .....                                             | 22        |
| 4.2 BEGREBSAFKLARING.....                                                 | 22        |
| <b>5. METODE .....</b>                                                    | <b>24</b> |
| 5.1 SOCIALKONSTRUKTIONISME SOM VIDENSKABSTEORETISK POSITION .....         | 24        |
| <b>5.2 KRITISK DISKURSANALYSE SOM METODOLOGI .....</b>                    | <b>27</b> |
| 5.2.1 FAIRCLOUGHS KRITISKE DISKURSANALYSE.....                            | 28        |
| <b>5.3 METODISK FREMGANGSMÅDE.....</b>                                    | <b>30</b> |
| 5.3.1 EMPIRISK GRUNDLAG FOR DISKURSANALYSEN .....                         | 30        |
| 5.3.2 FAIRCLOUGHS TREDIMENSIONELLE ANALYSEMODEL.....                      | 33        |
| <b>5.5 FOUCAULT SOM TEORETISK AFSÆT .....</b>                             | <b>39</b> |
| 5.5.1 BIOMAGT.....                                                        | 39        |
| 5.5.2 GOVERNMENTALITY .....                                               | 40        |
| <b>5.6 EVIDENSGRUNDLAG GENNEM SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING .....</b>     | <b>41</b> |
| 5.6.1 INDLEDENDE SØGNING .....                                            | 42        |
| 5.6.2 SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING.....                                  | 42        |
| 5.6.3 VALG AF DATABASER.....                                              | 43        |
| 5.6.4 IN- OG EKSKLUSIONSKRITERIER .....                                   | 44        |
| 5.6.5 SØGESTRATEGI.....                                                   | 45        |
| 5.6.6 UDVÆLGELSE OG VURDERING AF STUDIER .....                            | 47        |
| <b>5.7 FORSKNINGSETISKE OVERVEJELSER.....</b>                             | <b>48</b> |

|                                                                                                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>6. KRITISK DISKURSANALYSE AF FOREBYGGELSESPAKKERNE .....</b>                                | <b>51</b>  |
| <b>6.1 TEKSTANALYSE .....</b>                                                                  | <b>51</b>  |
| 6.1.1 ORDVALG .....                                                                            | 51         |
| 6.1.2 MODALITET .....                                                                          | 54         |
| 6.1.3 KOHÆSION .....                                                                           | 55         |
| <b>6.2 ANALYSE AF DEN DISKURSIVE PRAKSIS .....</b>                                             | <b>57</b>  |
| 6.2.1 SUNDHEDSDISKURS .....                                                                    | 58         |
| 6.2.2 ANSVARS- OG LIBERAL DISKURS .....                                                        | 59         |
| 6.2.3 SAMFUNDSØKONOMISK DISKURS .....                                                          | 61         |
| 6.2.4 STIGMATISERINGSDISKURS .....                                                             | 61         |
| <b>6.3 ANALYSE AF DEN SOCIALE PRAKSIS .....</b>                                                | <b>62</b>  |
| 6.3.1 HEGEMONI INDEN FOR FOREBYGGELSE .....                                                    | 62         |
| 6.3.2 DEN DIALEKTISKE BETYDNING FOR SOCIAL ULIGHED I SUNDHED .....                             | 65         |
| 6.3.3 ANSVARET FOR REDUCERING AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED .....                                | 66         |
| <b>6.4 OPSAMLING PÅ DEN KRITISKE DISKURSANALYSE .....</b>                                      | <b>68</b>  |
| <b>7. LITTERÆR ANALYSE .....</b>                                                               | <b>70</b>  |
| <b>7.1 UDVIKLING OG IMPLEMENTERING INDEN FOR SUNDHEDSPOLITIK .....</b>                         | <b>79</b>  |
| <b>7.2 PRIORITERING AF RESSOURCER .....</b>                                                    | <b>79</b>  |
| <b>7.3 FOREBYGGELSE AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED VED BEFOLKNINGSORIENTERDE STRATEGIER .....</b> | <b>80</b>  |
| 7.3.1 ANVENDELSE AF SKATTE- OG TILSKUDSPOLITIKKER .....                                        | 81         |
| 7.3.2 MULTIFACETTEREDE STRATEGIER .....                                                        | 81         |
| <b>7.4 HØJRISIKO STRATEGIER .....</b>                                                          | <b>82</b>  |
| 7.4.1 LOKAL INTERVENTIONER .....                                                               | 82         |
| <b>7.5 OPSAMLING PÅ DEN LITTERÆRE ANALYSE .....</b>                                            | <b>83</b>  |
| <b>8. DISKUSSION AF DE EMPIRISKE FUND .....</b>                                                | <b>86</b>  |
| <b>8.1 MAGTSTRUKTUREN I SAMFUNDET .....</b>                                                    | <b>86</b>  |
| <b>8.2 ANSVARSPLACERINGEN FOR REDUCERING AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED .....</b>                 | <b>88</b>  |
| <b>8.3 PRIORITERINGEN AF FOREBYGGELSEN AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED .....</b>                   | <b>89</b>  |
| <b>8.4 SUNDHEDSSYNET I FOREBYGGELSESPAKKERNE .....</b>                                         | <b>90</b>  |
| <b>8.5 STRATEGIER TIL FOREBYGGELSE AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED .....</b>                       | <b>92</b>  |
| <b>9. FOREBYGGELSESPAKKERNE I ET FORANDRINGSPEPERSPEKTIV .....</b>                             | <b>94</b>  |
| <b>9.1 FORANDRING AF DEN SOCIALE PRAKSIS .....</b>                                             | <b>95</b>  |
| <b>9.2 FORANDRING AF FORSTÅELEN AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED, FORSLAG 1 .....</b>               | <b>95</b>  |
| <b>9.3 FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME, FORSLAG 2 .....</b>                                     | <b>97</b>  |
| <b>9.4 INDIVIDETS ANSVAR FOR EGEN SUNDHED, FORSLAG 3 .....</b>                                 | <b>98</b>  |
| <b>9.5 IMPLEMENTERING AF FORANDRINGSFORSLAGENE .....</b>                                       | <b>99</b>  |
| <b>10. DISKUSSION AF ANVENDTE METODER .....</b>                                                | <b>102</b> |
| <b>10.1 SOCIALKONSTRUKTIONISME .....</b>                                                       | <b>102</b> |
| <b>10.2 KRITISK DISKURSANALYSE SOM METODOLOGI .....</b>                                        | <b>104</b> |

|                                                                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 10.2.1 ANVENDELSE AF FAIRCLOUGHS TREDIMENSIONELLE ANALYSEMODEL.....                                                              | 104        |
| <b>10.3 ANVENDELSE AF TEORETISKE BEGREBER .....</b>                                                                              | <b>105</b> |
| <b>10.4 SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING .....</b>                                                                                  | <b>106</b> |
| 10.4.1 SØGESTRATEGI.....                                                                                                         | 107        |
| 10.4.2 STUDIERNES OVERFØRBARHED OG KVALITET .....                                                                                | 108        |
| <b>10.5 GYLDIGHED, TRANSPARENS OG OVERFØRBARHED .....</b>                                                                        | <b>109</b> |
| 10.5.1 GYLDIGHED .....                                                                                                           | 109        |
| 10.5.2 TRANSPARENS.....                                                                                                          | 110        |
| 10.5.3 OVERFØRBARHED .....                                                                                                       | 111        |
| <b>10. KONKLUSION .....</b>                                                                                                      | <b>113</b> |
| <b>Referencer .....</b>                                                                                                          | <b>115</b> |
| <b>11. BILAGSLISTE .....</b>                                                                                                     | <b>128</b> |
| <i>Towards an understanding of the relationship of functional literacy and numeracy to geographical health inequalities.....</i> | <i>155</i> |
| Moon, G., Aiken, G., Roderick, P, Fraser, S., Rowlands, G.....                                                                   | 155        |



# DEL 1

- BAGGRUND, FORMÅL OG PROBLEMFORMULERING -

# 1. INITIERENDE PROBLEM

Social ulighed i sundhed har siden offentliggørelsen af WHO's rapport i år 1984, *Sundhed for alle i år 2000* (World Health Organization, 1981), været på den folkesundhedspolitiske dagsorden både globalt og nationalt (Kjøller, 2007; Diderichsen, 2011), og senest i 2014 været en del af de nationale mål (The Ministry of Health and Regeringen, 2014). For at skabe en vedvarende reducere i den sociale ulighed i sundhed, kræver det en forståelse af årsagerne til og indsatser rettet mod den sociale ulighed i sundhed (World Health Organization, 2010). Det er dog forskelligt, hvordan begrebet social ulighed i sundhed defineres (Whitehead, 1992; Elstad, 2000; Vallgård, 2008), selv mellem de nordiske lande samt hvordan der menes, at den sociale ulighed kan reduceres, så befolkningens sundhed forbedres (Vallgård, 2008; Diderichsen, Scheele and Little, 2015). Da social ulighed i sundhed er forbundet med øget dødelighed samt øgede udgifter til sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet (World Health Organisation, 2008; Diderichsen, 2011), er en reducere af denne væsentlig.

I det danske samfund eksisterer den sociale ulighed i sundhed i form af en social gradient, hvor sundhedsproblemerne øges i takt med at den sociale position falder (Brønnum-Hansen and Juel, 2004; Diderichsen, 2011). Men i de danske forebyggelsespakker ansues den sociale ulighed i sundhed som dikotomi, med en minoritetsgruppe med store sundhedsproblemer sammenlignet med resten af befolkningen (Vallgård, 2014). Forebyggelsespakkerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i 2012-13 med udgangspunkt i elleve risikofaktorer (Sundhedsstyrelsen, 2012h). Forebyggelsespakkerne fokuserer blandt andet på at øge middellevetiden, blandt eksempelvis udsatte grupper i samfundet samt at forbedre deres adfærd i forhold til livsstil, da adfærden betragtes som årsag til øget syge- og dødelighed (Vallgård, 2008; Sundhedsstyrelsen, 2012h; The Ministry of Health and Regeringen, 2014). På trods af forebyggelsespakkernes anbefalinger ses, ifølge Brønnum-Hansen (2017), en signifikant stigning fra 1986-2014 i forskellen på middellevetid mellem personer med lav og høj indkomst. Desuden kan et fokus udelukkende på udsatte grupper i samfundet, frem for på befolkningen som helhed, ifølge Robert Merton (1936) og Geoffrey Rose (2001), medføre negative utilsigtede konsekvenser, som stigmatisering, hvilket kan betyde, at målet om at reducere den sociale ulighed ikke opnås.

Således findes i Danmark en stadigt eksisterende social ulighed i sundhed, hvilket kan medføre folkesundhedsmæssige problemer, såsom en stigende forskel i middellevetid og øget dødelighed. Derfor findes det væsentligt at undersøge, hvordan social ulighed i sundhed fremstilles i nationale forebyggelsespakker, med det formål at komme med konkrete inputs til, hvordan disse kan forandres og forbedres, så den sociale ulighed i sundhed reduceres og utilsigtede konsekvenser mindskes.

## **2. PROBLEMANALYSE**

I følgende afsnit vil initierende problem, introduceret overfor, udfoldes og analyseres, for at skabe viden om forandringspotentialer indenfor problemstillingen omhandlende social ulighed i sundhed i Danmark. Slutteligt vil problemanalysen danne afsæt for specialiets problemformulering.

### **2.1 SOCIAL ULIGHED I SUNDHED SOM ET KOMPLEKST BEGREB**

Social ulighed i sundhed har været på den sundhedspolitiske dagsorden i Danmark siden 1999. Her blev social ulighed i sundhed italesat som et politisk problem i folkesundhedsrapporten 1999-2008, hvor de overordnede mål var mindre social ulighed i sundhed og et længere liv med bedre livskvalitet (Regeringen, 1999). Ligeledes er social ulighed i sundhed på den sundhedspolitiske dagsorden globalt, hvor WHO i 2006 nedsatte *The Commission on Social Determinants of Health*, med det formål at undersøge, hvordan den sociale ulighed i sundhed kan sænkes (World Health Organisation, 2008). Social ulighed i sundhed er et komplekst begreb, der alt efter valg af effektmål og defineringen af sociale grupper kan give forskellige resultater og forståelser af uligheden (Boström and Rosen, 2003). I litteraturen eksisterer forskellige definitioner af, hvad begrebet social ulighed i sundhed indebærer (Whitehead, 1992; Elstad, 2000; Vallgård, 2008). Signild Vallgård (2008) beskriver blandt andet, hvordan social ulighed i sundhed kan anskues ud fra to definitioner. Den ene, hvor ulighed forstås som en dikotomi mellem en minoritetsgruppe med store sundhedsproblemer sat overfor resten af populationen, hvormed der opstår en afstand mellem disse to grupper. Alternativt kan social ulighed i sundhed anskues som en gradient, hvor sundhedsproblemerne stiger i takt med den sociale klasse eller uddannelsesniveau. I denne definition vedrører uligheden hele populationen (Vallgård, 2008). I Danmark har regeringens fremlægning af det danske folkesundhedsprogram for 2002-2010 sundhedspolitisk antaget et syn, hvor social ulighed i sundhed er en tvedeling af

populationen, med en minoritetsgruppe med store sundhedsproblemer overfor resten af befolkningen. Ligeledes fokuserer folkesundhedsprogrammet på adfærden hos de socialt udsatte (Regeringen, 2002; Vallgård, 2008). Det samme gør sig gældende for Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker (Vallgård, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2018b). Dermed kan det være afgørende for folkesundheden, hvilket perspektiv der anlægges på social ulighed i sundhed. For alt efter perspektiv og definition fremgår forskellige årsagskæder og forskellig placering af ansvaret.

Sundhedstilstanden i befolkningen i Danmark måles oftest gennem middellevetid (Vallgård, 2009a). Middellevetiden er den forventede gennemsnitlige levetid, som en given person vil leve i, såfremt den generelle dødelighed ikke ændres fremover (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014; Danmarks Statistik, 2018). Dødeligheden i befolkningen og blandt specifikke befolkningsgrupper har dermed betydning for, om middellevetiden påvirkes i en positiv eller negativ retning. Men middellevetid er ikke nødvendigvis et dækkende effektmål for sundhedstilstanden i befolkningen, idet andet end sygdom kan føre til død og ikke alle sygdomme fører til død (Vallgård, 2009a). I de nationale mål for sundhed i år 2014 indgår målet om reduktion af social ulighed i sundhed (The Ministry of Health and Regeringen, 2014), men perspektivet om sunde leveår indgår ikke direkte i målene. I de nationale mål, lavet af regeringen i 2016, indgår målet om *flere sunde leveår*, men ikke et mål om reduktion af social ulighed (Regeringen, 2016). Således er middellevetiden ikke alene dækkende for sundhedstilstanden i Danmark, da den kan påvirkes af mange forskellige faktorer, såsom sygdom og dødelighed, men også årsager uafhængigt af dette. Desuden påvirkes opfattelsen af sundhedstilstanden alt efter det politiske fokus, som ændrer sig efter tid og siddende regering.

Social ulighed i sundhed har samfundsmæssige konsekvenser, og en adressering af uligheden kan skabe samfundsøkonomiske gevinster (World Health Organization, 2002). Eksempelvis er type 2 diabetes en af de sygdomme, hvor den sociale ulighed er størst (Sundhedsstyrelsen, 2015), og er samtidig en sygdom forbundet med store økonomiske omkostninger, både for individet og for samfundet. Type 2 diabetes giver en reduktion i arbejdsstyrken og produktiviteten (Seuring, Archangelidi and Suhrcke, 2015) og er forbundet med større dødelighed for personer med lav socioøkonomisk position (SEP) sammenlignet med personer med højere SEP (Sortso *et al.*, 2016). Højeste prævalens af rygere findes ligeledes blandt befolkningsgrupper med lav SEP, og et systematisk review finder eksempelvis, at den rette politiske tilgang til rygning på populationsniveau, som at øge prisen på

tobak, er med til at mindske uligheden i tobaksrelaterede uligheder i sundhed (Thomas *et al.*, 2008). Denne form for forebyggelse betegnes, ifølge Rose (2001), som populationsstrategier, hvor strukturelle ændringer har til hensigt at reducere risikofaktorer for hele befolkningen. Således er social ulighed i sundhed forbundet med konsekvenser, både på samfunds- og individniveau, og en adressering af uligheden kan potentielt skabe gevinster.

På baggrund af de ovenstående afsnit fremgår det, at social ulighed i sundhed har været på den politiske dagsorden i Danmark siden 1999, og fra politisk side anskues som en dikotomi, hvor årsagerne udspringer af adfærden. Men den politiske begrebssættelse ændrer sig, hvorfor udviklingen i social ulighed i sundhed vil blive uddybet i følgende afsnit, med formålet om at få et indblik i det historiske aspekt, der er konstituerende for den sociale ulighed, der findes i dag.

## **2.2 UDVIKLING I SOCIAL ULIGHED I SUNDHED I DANMARK**

I Danmark har der tidligere været, og eksisterer stadig, en social ulighed i dødelighed og middellevetid (Diderichsen, 2011; Brønnum-Hansen and Baadsgaard, 2012; Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014; Brønnum-Hansen, 2017). Middellevetiden har dog ændret sig markant gennem de seneste to århundreder, grundet blandt andet lavere dødstal (Diderichsen, 2011; Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Frem til 1950'erne steg middellevetiden primært grundet lavere børnedødelighed, hvor den i perioden herefter primært steg grundet lavere dødelighed blandt midaldrende (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). På trods af store forandringer i samfundet og i sundhedspolitikken har stigningen i middellevetiden siden 1950'erne været langsom, men stabil (Andersen, Laursen and Petersen, 2005; Brønnum-Hansen and Baadsgaard, 2012; Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Det fremgår dermed, at både samfundsmæssige forandringer samt en forandring af det sundhedspolitiske fokus har haft indvirkning på middellevetiden. Dog er den sociale ulighed stadigt eksisterende, både inden for dødelighed og middellevetid.

Ofte forbindes en god sundhedstilstand med økonomisk velstand (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Danmark har, på trods af at befinde sig på samme økonomiske niveau som andre vesteuropæiske lande samt at have en relativ lav økonomisk ulighed, alligevel en kortere

middellevetid (Juel, Bjerregaard and Madsen, 2000; OECD, 2017). Samtidig har den sociale ulighed i dødelighed været stigende siden 1970'erne (Brønnum-Hansen and Baadsgaard, 2012; Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014; Brønnum-Hansen, 2017), hvor man først begyndte at måle og dokumentere sammenhænge mellem dødelighed og social status (Andersen, Laursen and Petersen, 2005). Middellevetiden i Danmark ses at være lavest blandt befolkningsgrupper med kortere uddannelse og højest blandt befolkningsgrupper med højere uddannelse (Andersen, Laursen and Petersen, 2005). Dette til trods for, at der er sket et fald i andelen af befolkningen med lav uddannelse (Brønnum-Hansen and Baadsgaard, 2012). Det større skel i ulighed i sundhed gør sig ligeledes gældende inden for forskellige indkomstgrupper, hvor middellevetiden er steget mere blandt mennesker med høj indkomst sammenlignet med mennesker med lavere indkomst (Brønnum-Hansen, 2017). Foruden dette ses der at være sket en epidemiologisk transition i samfundet, hvor dødeligheden tidligere ofte kunne tillægges infektionssygdomme, til i dag i langt højere grad at skyldes kroniske sygdomme, såsom livsstilssygdomme (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Samtidig påpeges i en rapport, udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed i 2015, at den sociale ulighed i sundhed er størst blandt mennesket med sygdomme som type 2 diabetes, KOL, lungekræft, kronisk leversygdom og misbrug (Sundhedsstyrelsen, 2015).

Således ses den sociale ulighed i Danmark stadig at komme til syne i en større dødelighed inden for flere kroniske sygdomme blandt de laveste sociale klasser, på trods af en løbende udvikling inden for området, hvor middellevetiden blandt andet er steget. Selvom der er sket en stigning i middellevetiden, er den i Danmark stadig kortere sammenlignet med andre vesteuropæiske lande. Desuden eksisterer en social gradient inden for middellevetid, hvor de laveste sociale klasser i samfundet lever kortere sammenlignet med højere sociale klasser. Grundet denne stigning i social ulighed i sundhed, findes det centralt at belyse elementer af nationale forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet social ulighed i sundhed, for at undersøge potentialet for forandring, så den sociale ulighed i sundhed kan reduceres.

## **2.3 SUNDHEDSTYRELSENS PERSPEKTIV PÅ FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME**

Oprindeligt var ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme placeret i kommuner og amter, men for at skabe bedre muligheder for at varetage, blandt andet den sociale ulighed i sundhed, blev der

i 2004 udarbejdet en aftale om en strukturreform. Reformen betød, at kommuner blev lagt sammen til større kommuner og regionerne erstattede de tidligere amter (Regeringen, 2004). Siden strukturreformen i 2007 trådte i kraft, har den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark været placeret i kommuner og den patientrettede i regioner, grundet en lovmæssig ændring i Sundhedsloven (Hanak *et al.*, 2007). Borgerrettet forebyggelse anskues, af Sundhedsstyrelsen, som primær forebyggelses møntet på den raske del af befolkningen, hvorimod den patientrettede forebyggelse er møntet på borgere, der allerede er syge og dermed i kontakt med sundhedsvæsenet (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Sundhedsfremme blev for første gang defineret i Ottawa Charteret i 1986 (World Health Organization, 1986), hvor sundhedsfremme med målet om at opnå sundhed gennem handlekompetence hos det enkelte menneske, ligeledes handler om at forbedre menneskers levevilkår (World Health Organization, 1986; Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Ifølge Vallgård *et al.* (2014), er forebyggelse derimod kendetegnet ved at omhandle tiltag og politikker, der skal reducere forekomsten af funktionsbegrænsning, sygdom og tidlig død og kan ligesom sundhedsfremme være rettet mod både adfærd og levevilkår. Det fremgår dermed, at både forebyggelse og sundhedsfremme er væsentlige at inddrage i reducere af social ulighed i sundhed, da formålet hermed er forskelligt.

Med det nye ansvar kommunerne blev tildelt, opstod der ligeledes nye opgaver bestående i at skabe sunde rammer samt at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i borgernes nærmiljø (Hanak *et al.*, 2007). Til at højne de kommunale indsatser i kommunerne og sikre kvaliteten heraf, udgav Sundhedsstyrelsen i perioden 2012-13 elleve forebyggelsespakker rettet mod *Alkohol, Fysisk aktivitet, Hygiejne, Indeklima i skoler, Mad & Måltider, Mental Sundhed, Overvægt, Seksuel Sundhed, Solbeskyttelse, Stoffer og Tobak* (Sundhedsstyrelsen, 2018b). For fortsat at sikre kvaliteten af indsatserne gennem forebyggelsespakkerne fremkommer det, at Sundhedsstyrelsen i løbet af foråret 2018 udgiver nye anbefalingerne inden for de elleve forebyggelsesområder, som opdateres med udgangspunkt i den nyeste viden indenfor området samt i forhold til udviklingen i normer og holdninger i samfundet (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Således er der et stort fokus på at højne kvaliteten i kommunerne fra øverste instans, Sundhedsstyrelsen, hvormed både et politisk og sundhedsfagligt højt niveau burde være sikret. Alligevel fremgår det, som tidligere belyst, at den sociale ulighed i sundhed er stigende.

Det primære formål med forebyggelsespakkerne er, at disse skal bidrage med at styrke folkesundheden i hele befolkningen (Sundhedsstyrelsen, 2012h). Desuden skal de fungere som evidensgrundlag, og hjælpemiddel til kommunerne, til at udarbejde sundhedspolitikker og indsatser rettet mod risikofaktorer inden for de nævnte elleve forebyggelsesområder (Sundhedsstyrelsen, 2012). Overordnet ses forebyggelsespakkerne primært at have fokus rettet mod adfærdsændring, hvor de fem af forebyggelsespakkerne rettet mod *Alkohol, Fysisk aktivitet, Mad & Måltider, Overvægt* og *Tobak* ligeledes har fokus på reducere af KRAM-faktorerne (Sundhedsstyrelsen, 2012h; Vallgård, 2014). Disse har dermed kendetegn, der stemmer overens med Roses (2001) beskrivelse af højrisikostrategier, som er målrettet individer i en bestemt højrisikogruppe, der identificeres gennem eksempelvis screening. Denne primære tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme i forebyggelsespakkerne kan betyde, at ansvaret for sundhed placeres hos det enkelte individ og dennes livsstil. Enkelte af forebyggelsespakkerne, som *Mental sundhed* og *Indeklima i skoler*, ses dog at adskille sig fra dette ved at have fokus på mere miljømæssige determinanter (Sundhedsstyrelsen, 2012e, 2012c). Her forstås mental sundhed eksempelvis som et positivt og mere bredt begreb, som ikke kun associeres med fravær af psykisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2012e). Dermed synes nogle af forebyggelsespakkerne at rette et bredere fokus på flere distale faktorer, hvilke Bruce Link og Jo Phelan (1995) betegner som de fundamentale sociale årsager, såsom socialt netværk, socioøkonomisk position, etnicitet og køn. Dog kan forebyggelsespakkernes primære fokus på risikofaktorer og adfærdsændring medføre at andre betydningsfulde faktorer overses, hvilket kan have betydning for kvaliteten af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og reducere af den sociale ulighed i sundhed. Foruden dette kan fremstillingen af sundhed, som begreb, i Danmark påvirke den måde sundhed anskues på i forebyggelsespakkerne og dermed den tilgang, der anlægges til bekæmpelse af social ulighed i sundhed. For at få en større forståelse af hvad dette betyder i relation til reducere af den sociale ulighed i sundhed, findes det i det følgende centralt at undersøge, hvordan sundhed fremstilles og defineres i samfundet.

## 2.4 SUNDHEDSSYN I DANMARK

Sundhed er både et komplekst og foranderligt begreb, der formes efter forskellige faktorer som levekår, miljø, socioøkonomisk status, etnicitet, køn og alder (Simovska, 2012). Derudover kan



opfattelsen heraf variere både på tværs af forskellige kulturer og kontekster (Kleinman, 1981; Otto, 2009; Simovska, 2012), hvorfor følgende afsnit vil belyse sundhedssynet i Danmark.

Nationalt eksisterer der to modstridende sundhedsdiskurser, hvor sundhed på den ene side betragtes som et middel til at forblive rask, og på den anden side forstås som en del af det gode liv og som et mål i sig selv (Otto, 2009). Disse to måder at anskue sundhed på, kan relateres til de to overordnede tilgange til forståelse af sundhed ud fra både en sundhedsfundamentalistisk og sundhedsrelativistisk tilgang, som beskrevet af Steen Wackerhausen (1994). Sundhedsfundamentalismen er, ifølge Wackerhausen (1994), kendetegnet ved et universelt og substantielt sundhedsbegreb. Ved sundhedsrelativismen defineres sundhed og sygdom af den enkelte, ud fra den kultur, historie og geografi individet indgår i (Wackerhausen, 1994). Historisk set har opfattelsen af sundhed i samfundet samt inden for sundhedsvæsenet knyttet sig til en snæver sundhedsfundamentalistisk tilgang, som først i 1948 med WHO's definition af sundhed som *"...a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"* (World Health Organization, 1948, p. 119, 2014, p. 1), satte fokus på sundhed i relation til det hele menneske og ikke blot som fravær af sygdom (World Health Organization, 2014), hvilket kan opfattes som en mere relativistisk opfattelse af sundhed (Wackerhausen, 1994). Dermed er der sket en udvikling i forhold til måden, hvorpå sundhed som begreb kan opfattes, hvor sundhed ikke blot kan anskues som fravær af sygdom. Mellem forskellige kulturer, samfund samt mellem sundhedsprofessionelle og lægfolk kan der dog herske forskellige meninger om, hvilken måde sundhed bør anskues på, som eksempelvis som et middel eller et mål i sig selv.

Sundhed, som et foranderligt fænomen, bliver til gennem sproget og tager form i praksis – både på baggrund af kulturelle forestillinger, politiske strømninger, sociale forhold samt gennem forebyggelse og sundhedsfremme (Otto, 2009). Også i international litteratur ses der at være forskellige meninger om, hvilket sundhedssyn forebyggende og sundhedsfremmende interventioner bør rette fokus mod (Allmark, 2006; Verweij and van den Hoven, 2012). Ifølge Verweij og Hoven (2012), er fokus på et snævert sundhedsfundamentalistisk sundhedssyn vigtigt, hvis man ønsker at opnå målet om bedre sundhed blandt befolkningen. I studiet beskrives, at samfundets mange valg og muligheder er problematiske, da dette kan medføre, at individet ikke er i stand til at træffe de rette valg i forhold til deres sundhed (Verweij and van den Hoven, 2012). Hertil fremhæves det, at staten er

bedre til at definere, hvad sundhed er for individet samt er bedre til at træffe rationelle valg, der kan forbedre individernes sundhed (Verweij and van den Hoven, 2012). Dermed kan man med et sundhedsfundamentalistisk syn på sundhed skærpe rammerne for, hvad begrebet sundhed indebærer samt hvad det vil sige at være sund, hvilket kan være med til at afgrænse valgene i relation til sundhed blandt befolkningen. Dog kan denne afgrænsning tilsvarende begrænse befolkningen, hvilket kan skabe ulighed i forhold til at opnå målet om bedre sundhed. I studiet af Allmark (2006) beskrives derimod, at sundhed forstås forskelligt mellem individer, hvilket læner sig op af en mere relativistisk tilgang til forståelse af sundhed, hvorfor man ved anvendelse af en bredere tilgang til sundhed i forebyggelse kan tage hensyn til de variationer, der kan være blandt individer.

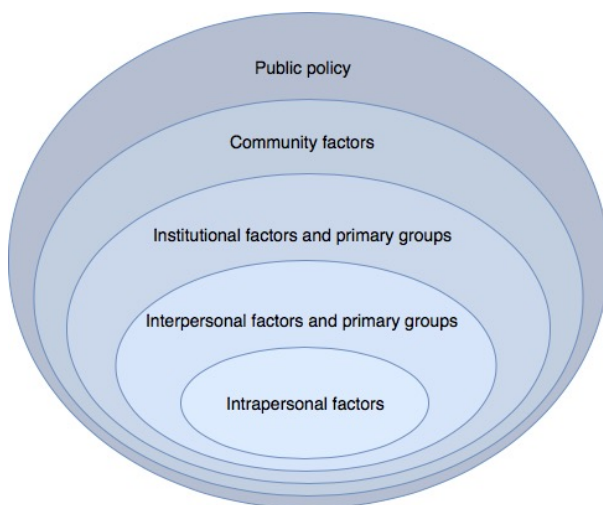
I Danmark domineres tilgangen til forebyggelse i Danmark af tilgang med fokus på individuelle livsfaktorer, KRAM-faktorer (Vallgård, 2009a) og indsatserne får dermed kendetegn af individorienteret højrisikostategier, som beskrevet af Rose (2001). Dermed rettes et fokus på at mindske de proksimale faktorer, som årsag til social ulighed i sundhed, hvor proksimale faktorer forstås som individuelle risikofaktorer, der er tæt på sygdomsudfald (Link and Phelan, 1995). Ifølge Link og Phelan (1995), kan det medføre at de bagvedliggende faktorer ikke medtænkes, hvilket ligeledes er vigtigt i bekæmpelsen af social ulighed i sundhed. Det store fokus på reducere af social ulighed i sundhed ud fra en sundhedsfundamentalistisk tilgang samt den manglende inddragelse af de bagvedliggende årsager kan medføre, at man ikke får skabt en vedvarende reducere af uligheden, fordi fokus bliver placeret tæt på sygdomsudfald og ikke ved bagvedliggende faktorer. Dermed forhindres uligheden ikke i at opstå, men bliver først forebygget, når den er tilstede.

Det fremgår således, at de to opfattelser af sundhed kan være svære at forene, da de modstrider hinanden. Det kommer også til syne i det danske samfund, hvor der hersker modstridende opfattelser af, hvad begrebet sundhed indebærer og hvor sundhedsdiskursen, er præget af sundhed, der opfattes som fravær af sygdom. I relation til at reducere den sociale ulighed i sundhed gennem forebyggende og sundhedsfremmende indsatser har flere determinanter betydning herfor, hvorfor et fokus på disse rettes i det følgende.

## 2.5 DETERMINANTERS BETYDNING FOR SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Social ulighed i sundhed kan, ifølge Vallgård et al. (2014), forstås ud fra forskellige bagvedliggende årsagsmekanismer, hvor både individers levekår samt livsstils-, adfærds- og psykosociale faktorer kan betegnes som determinanter, der har betydning for udviklingen af social ulighed i sundhed. Denne forståelse er vigtig, når man ønsker at få indsigt i, hvorfor social ulighed i samfundet opstår samt hvordan sundheden i befolkningen kan forbedres og forandres (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). For at undersøge hvilke determinanter, der er vigtige at medtænke i relation til forebyggelsespakkerne tages der, med udgangspunkt i Klaus Høyers (2011) begreb om dåseåbner, afsæt i den socioøkologiske model, *An Ecological Model for Health Promotion*, udarbejdet af Kenneth R. McLeroy et al. (1988).

Modellen tager oprindeligt udgangspunkt i sundhedsfremme, men anvendes her ligeledes omkring forebyggelse. Anvendelsen i denne sammenhæng begrundes i, at modellen bidrager med at indfange samt skabe overblik over bagvedliggende forhold, som eksempelvis individuelle adfærdsmønstre og politiske strukturer, da den både tager udgangspunkt i individuelle og miljømæssige determinanter (McLeroy *et al.*, 1988). Således kan modellen anvendes til at få en forståelse for de påvirkninger mennesker udsættes for gennem miljøet og de omkringliggende politiske strukturer samt hvordan det har betydning for menneskers adfærd, udvikling og valg. Modellen består af fem forskellige niveauer, som alle er afhængige af hinanden og indgår i et dynamisk sammenspil med individet (McLeroy *et al.*, 1988), hvilket illustreres i nedenstående figur 1.



**Figur 1:** Illustration over socioøkologisk model efter McLeroy et al. (1988).

### 2.5.1 HEALTH LITERACY SOM INDIVIDUEL DETERMINANT

Ifølge McLeroy et al. (1988), er individuelle karakteristika afgørende for, hvordan adfærden påvirkes gennem sundhedsfremme. Det første niveau, *Intrapersonal factors*, omhandler derfor de individuelle determinanter, såsom viden, holdninger og færdigheder, som kan påvirke individets livsstil og sundhedsmæssige adfærd (McLeroy et al., 1988). Ifølge Don Nutbeam (2000) kan begrebet health literacy forstås som de personlige, kognitive og sociale færdigheder, der er bestemmende for menneskers evne til at få adgang til, forstå og bruge information til at fremme og opretholde et godt helbred. Health literacy kan dermed ansues som en del af de individuelle karakteristika, da begge begreber omhandler viden og færdigheder. Et fokus på forbedring af individers health literacy er relevant at inddrage i forebyggelsespakkerne, da dette kan have betydning for reducere af social ulighed i sundhed. Sammenhængen mellem health literacy og adfærd i relation til sundhed underbygges i en række studier, hvor der påpeges en sammenhæng mellem en lav grad af health literacy og dårlig sundhedsstatus, manglende brug af sundhedsvæsenet og håndtering af sygdom, såsom kroniske sygdomme (Ishikawa and Yano, 2008; N. D. Berkman et al., 2011; Sørensen et al., 2012; Taggart et al., 2012; Chahardah-cherik, Gheibizadeh and Jahani, 2018). Således fremgår det, hvordan health literacy, som determinant, er af betydning for forebyggelsespakkerne, da det, alt efter health literacy niveau, giver individet forskellige muligheder for at få udbytte af pakkerne.

I et dansk studie påpeges, at studerendes health literacy både er tæt relateret til deres personlige og uddannelsesmæssige baggrund, hvilket ligeledes har betydning for, hvilken social position de indtager senere i livet (Elsborg, Krossdal and Kayser, 2017). Desuden viser et systematisk review, at det er vigtigt at have fokus på health literacy til forbedring af folkesundheden, så individer er i stand til at imødekomme de sundhedsmæssige krav, der eksisterer i et moderne samfund (Sørensen et al., 2012). Samtidig er individer med et højt niveau af health literacy både i stand til at tage ansvar for egen sundhedsadfærd samt for sundheden i familien og i samfundet generelt (Abel, 2007). Et fokus på forbedring af individers health literacy kan dermed både have betydning for deres mulighed for at opnå bedre sundhed individuelt, men derudover også bidrage til øget sundhed i befolkningen. Dette understøttes af McLeroy et al. (1988), der beskriver, at ansvaret for adfærdsændring netop ligger hos individet, hvilket er omdrejningspunktet i *Intrapersonal factors* (McLeroy et al., 1988). Dermed kan det udledes, at ansvaret for egen sundhed til en vis grad er placeret hos

individet. Men dette ansvar forudsætter et health literacy niveau og generelle færdigheder, således at individet er i stand til at varetage dette ansvar. Besidder individer ikke den rette viden og færdigheder kan det blandt andet påvirke deres mulighed for at tage ansvar, da en mangel på dette kan påvirke deres til- og fravalg i relation til sundhed.

### 2.5.2 SOCIOØKONOMISK POSITION SOM DETERMINANT

Foruden individuelle determinanter kan forskellige miljømæssige determinanter, såsom opvækstforhold, skolegang samt arbejdstilknytning, ifølge McLeroy et al. (1988), ligeledes have betydning for den sociale ulighed i sundhed. Forebyggelsespakkerne er derfor også afhængige af miljømæssige determinanter for, at disse har en effekt på den sociale ulighed i sundhed. Denne sammenhæng underbygges af et norsk studie fra 2017, der har undersøgt sammenhængen mellem SEP og selv vurderet helbred blandt unge i fem nordiske lande, herunder Danmark. Her viser resultaterne, at unge fra familier med lav SEP har dårligere sundhed sammenlignet med unge fra familier med højere SEP (Torsheim *et al.*, 2017). Ifølge Galobardes et al. (2007) dækker begrebet SEP over de forskelle i fordelingen af ressourcer, der er blandt sociale grupper i samfundet, hvor individers uddannelsesniveau, beskæftigelse og indkomst ofte vurderes at have betydning for, hvilken SEP de indtager. Socioøkonomisk status (SES) kan ses som en del af SEP, hvor en lav SES og en lav SEP associeres med et dårligere helbred og højere dødelighed (Galobardes, Lynch and Smith, 2007). Foruden at påvirke livsstils- og adfærdsrelaterede faktorer, kan forskelle i levestandard samt i de ressourcer individer har til rådighed, tilsvarende påvirke psykosociale faktorer, hvilket Jon Ivar Elstad (2000) beskriver som en psykosocial forklaring på social ulighed i sundhed. Elstad (2000) påpeger blandt andet, at individer fra en lav SEP udsættes for flere psykosociale belastninger, såsom stress, hvilket kan påvirke deres sundhed negativt (Elstad, 2000). Således ses det, at individer fra en lav SEP udsættes for flere belastninger, der kan påvirke deres sundhed negativt samt have betydning for, hvorvidt de er i stand til at opnå sundhed sammenlignet med andre. Dermed kan en lav SEP være en af årsagerne til den stadigt eksisterende sociale ulighed i sundhed. Således kunne det tyde på, at det forebyggende og sundhedsfremmende potentiale ikke er ens for hele befolkningen, og at ansvaret dermed ikke alene kan placeres hos individet, da dette kan medføre at den sociale ulighed ikke reduceres.

### 2.5.3 SOCIALE RELATIONER OG MILJØMÆSSIGE DETERMINANTER

I et studie fremgår det, at sociale relationer både kan medføre positive og negative konsekvenser for individets helbred, da de normer der eksisterer i de sociale netværk både kan fremme og støtte en sundhedsfremmende adfærd eller modsat medføre negative konsekvenser i form af en uensigtsmæssig sundhedsadfærd (Fiorillo and Sabatini, 2011). Med udgangspunkt i andet niveau, *Interpersonal factors and primary groups*, i McLeroy et al.'s (1988) model, har individets formelle og uformelle netværk samt de sociale relationer et individ er i besiddelse af, herunder familie, venner og kollegaer netop stor betydning for individets velvære, da de bidrager med sociale ressourcer og social støtte (McLeroy et al., 1988). Det understøttes af WHO, hvor sundhed ligeledes omhandler en tilstand af socialt velbefindende (World Health Organization, 2014). Dermed fremgår det, hvordan individets sundhed kan afhænge af de sociale relationer og netværk, denne besidder, hvorfor forebyggelsespakkerne ligeledes bør inddrage disse aspekter, hvis den sociale ulighed skal reduceres.

På trods af at det er velkendt, at interpersonelle relationer har stor betydning for individers sundhedsadfærd (McLeroy et al., 1988; Fiorillo and Sabatini, 2011; Frick, Irving and Rehm, 2012), har indsatser rettet herimod typisk fokuseret på at ændre individers adfærd gennem social påvirkning, fremfor at forsøge at ændre de normer, der eksisterer i den sociale gruppe som individet er en del af (McLeroy et al., 1988). I relation til andet og fjerde niveau, *Interpersonal factors and primary groups* og *Community factors*, er det ifølge McLeroy et al. (1988) vigtigt, at man i indsatser retter opmærksomhed mod individets sociale netværk samt den gruppe et individ er en del af, da det omkringliggende miljø påvirker muligheden for at opnå adfærdsændringer (McLeroy et al., 1988). Inddragelse af individets sociale netværk kan dermed bidrage til en mere omfattende reduktion af social ulighed blandt grupper af individer, da disse indbyrdes kan påvirke hinandens adfærd positivt. Det understøttes af et tysk studie, der finder, at dårlige sociale relationer er forbundet med uensigtsmæssig adfærd og denne adfærd bliver signifikant forværret, hvis individet samtidig har en lav SEP (Weyers et al., 2010). Hvis det omkringliggende miljø og sociale netværk medtænkes i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i relation til social ulighed i sundhed, er det dermed muligt at skabe forandringer, som ikke kun omfatter individuelle adfærdsændringer i forhold til forbedring

af sundheden. Ifølge McLeroy et al. (1988) kan dette medføre forandringer af normer, værdier og holdninger i det omkringliggende miljø.

Således ses de to niveauer, Interpersonal factors and primary groups og Community factors, at være tæt knyttet til det første niveau Intrapersonal factors, da individets omkringliggende miljø og sociale netværk ses at have indflydelse på de valg individet træffer i relation til sundhed og således betydning for reduktionen af den sociale ulighed. Dermed vil forebyggelse og sundhedsfremme med fokus alene på individet og dennes adfærd, ikke skabe samme potentiale for forandring.

Ifølge McLeroy et al. (1988) tilbringer individer meget af deres liv i organisatoriske rammer, såsom uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser, hvorfor disse også har stor mulighed for at påvirke sundheden og den sundhedsmæssige adfærd blandt mennesker, både positivt og negativt. Et studie af Kjøllesdal et al. (2010) viser, at uddannelsesniveau og jobbeskrivelse er associeret med BMI, hvor personer med et lavt uddannelsesniveau ses at have højere BMI sammenlignet med andre uddannelsesniveauer. Som nævnt er diabetes type 2 en af årsagerne til den stadigt eksisterende social ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2015). Desuden ses BMI at være en kendt risikofaktor for udvikling af diabetes type 2, hvorfor det er et problem hvis nogle grupper i højere grad er i risiko for overvægt, da dette kan bidrage til at øge den sociale ulighed i sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2015). McLeroy et al. (1988) påpeger, at organisationer bidrager med forskellige mængder af økonomiske og sociale ressourcer samt har stor betydning for de normer og værdier individet prægnes af (McLeroy *et al.*, 1988). Således fremgår det forebyggende og sundhedsfremmende potentiale i uddannelsesinstitutioner og på arbejdspladser, hvorfor nationale strategier, som forebyggelsespakkerne, med fordel kan udnytte disse ressourcerne. Ændringer i de organisatoriske rammer, frem for et fokus udelukkende på individet, kan dermed være et led i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i relation til reducere af social ulighed i sundhed.

## 2.5.4 SUNDHEDSPOLITIK I DANMARK

I Danmark findes et universelt skattefinansieret sundhedsvæsen (Pedersen, 2013), hvilket sikres gennem Sundhedsloven, hvor befolkningen er sikret let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Samtidig defineres det gennem sundhedsloven, at forebyggende og sundhedsfremmende

indsatser er placeret i regioner og kommuner (Sundhedsministeriet, 2010). I McLeroy et al.'s (1988) model, er femte niveau, *Public policy*, de samfundsmæssige forhold, såsom de nationale og lokale politikker og love. Disse har til hensigt at forbedre befolkningens sundhed ved at påvirke individers adfærd gennem indsatser (McLeroy et al., 1988). Dermed er de nationale politikker og strategier i Danmark, som eksempelvis forebyggelsespakker, en del af Public policy, og kan således være med til at påvirke befolkningen samt være medvirkende til at opnå ønskede resultater, som reducere af den sociale ulighed i sundhed. Opgaverne er i det danske sundhedsvæsen fordelt blandt stat, regioner og kommuner. Det fremgår dermed, at der er et tværsektorielt ansvar i de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser og at disse sektorer må vurderes at have indflydelse på den stigende sociale ulighed i sundhed.

I staten sker organisering og finansiering gennem folkettinget og opgaverne forvaltes af Sundhedsministeriet. Kommunernes organisering og finansiering sker gennem kommunalbestyrelser og opgaverne er i kommunerne eksempelvis forebyggelse, sundhedspleje og genoptræning (Vallgård and Krasnik, 2010). Dermed er befolkningen i Danmark sikret let og lige adgang til sundhedsvæsenets forebyggende og sundhedsfremmende ydelser i kommuner og regioner, uanset den enkeltes indkomst eller økonomiske bidrag. Ifølge McLeroy et al. (1988) kan mangelfuld information om sundhedstilbud betyde, at målet om at opnå adfærdsændringer ikke opnås, da nationale politikker netop skal fungere retningsgivende for dette. Ligeledes kan de nationale love og politikker medføre, at der skabes normer i relation til sundhed, hvilket kan påvirke befolkningens syn og adfærd i relation hertil (McLeroy et al., 1988). Dermed er niveauet Public Policy knyttet i et tæt samspil med de andre niveauer i modellen.

Til trods for den lovgivningsmæssige sikring af let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser (Sundhedsministeriet, 2010) samt at Danmark i 1984 tilsluttede sig WHO's folkesundhedsprogram - *Sundhed for alle i år 2000*, hvor et af målene var at reducere den sociale ulighed i sundhed (World Health Organization, 1981), omtales den sociale ulighed i sundhed først for første gang i Danmark i 1998. Således er det først fra slut 1990'erne, at Danmark begynder at inddrage de to hovedmål fra WHO's folkesundhedsprogram, om reducere af social ulighed i sundhed og forbedring af folkesundheden i egne folkesundhedsprogrammer (Regeringen, 1999; Vallgård, 2009b). Dermed har



målet om at reducere social ulighed i sundhed først præget de nationale og lokale politikker siden da, og ikke altid været den primære hensigt i ønsket om at forbedre befolkningens sundhed.

Forbedring af folkesundheden og reducere af den sociale ulighed i sundhed antager flere perspektiver (Vallgård, 2009b). I de danske folkesundhedsprogrammer anlægges ofte et perspektiv, hvor det enkelte individs individuelle risikofaktorer, er af størst betydning for sundhed (Regeringen, 1999; Vallgård, 2009b). Dette adskiller sig fra Norge og Sverige, hvor folkesundhedsprogrammerne i langt højere grad placerer årsagen ved levevilkårene (Vallgård, 2009b). Således adskiller de overordnede nationale love og politikker sig fra andre skandinaviske lande. Ligeledes har det nationale syn herpå betydning for, hvordan man lokalt mener, at individernes adfærd kan ændres samt hvilke forebyggende og sundhedsfremmende indsatser der menes, bedst at kunne påvirke denne. Grundet Danmarks særegne tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme, vil følgende afsnit undersøge de særlige etiske overvejelser og menneskesyn, der ligger til grund og kan have betydning for forebyggelsespakkerne.

## **2.6 LIBERALISTISK TILGANG TIL FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME**

Generelt antager vesten et liberalistisk syn på sundhed (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Forebyggelsespakkernes menneskesyn har ligeledes etiske synspunkter, hvor blandt andet muligheden for at vælge selv samt ansvaret for egen sundhed fremhæves som centralt, hvilket er i tråd med den liberalistiske tankegang (Vallgård, 2014). Inden for den liberalistiske forebyggelsesetik er mennesket et autonomt, selvstændigt, handlende menneske, der selv træffer egne rationelle valg. Dermed har mennesket også ansvaret for egen sundhed, så længe de nødvendige ressourcer er til stede. Autonomi er et centralt begreb inden for liberalismen og omhandler menneskets ret til selvbestemmelse (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). Med autonomien følger i etiske diskussioner ofte hensynet til samfundet og det personlige ansvar, hvor mennesket har en forpligtelse overfor samfundet som helhed (Nys, 2008; Lee, 2017). Således er autonomien og frihed en central del af den liberalistiske forebyggelsesetik, men kan bidrage til et snævert syn på det enkelte menneske, hvor ydre faktorer ikke medtænkes i forebyggelse og ansvaret for sundhed placeres hos den enkelte. Men at efterleve de etiske principper om autonomi i forebyggelse og sundhedsfremme kan vise sig uopnåeligt, da ikke alle indsatser kan undgås af det enkelte menneske (Holtug *et al.*, 2009). På trods af at visse forebyggende og sundhedsfremmende tiltag er valgfrie og uden tvang fra

sundhedsmyndighederne, kan det sociale pres i samfundet påvirke individets valg om at deltage (Holtug *et al.*, 2009). Dermed kan selv valgfrie forebyggende og sundhedsfremmende indsatser fremstå som en form for tvang, hvor individets autonomi er indskrænket.

Ønsket om autonomi kan ligeledes stride imod de sundhedsprofessionelles faglige vurderinger, hvis mennesker eksempelvis vurderes ude af stand til at træffe egne beslutninger (Askautrud and Ellefsen, 2008). Når forebyggelse og sundhedsfremme har karakter af påbud eller forbud, kan det betegnes som paternalisme. En paternalistisk tilgang begrundes med formålet om at beskytte og være til gavn for den enkelte ofte i situationer, hvor mennesket ikke er i stand til selv at træffe de rette beslutninger (Vallgård, Diderichsen and Jørgensen, 2014). At anvende en paternalistisk tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme går på kompromis med den enkeltes autonomi og kan derfor oftest kun etisk forsvares, når folkesundhedsmæssige resultater ikke kan opnås med en mindre grad af påbud eller forbud samtidig med, at restriktionerne opvejes af gevinsterne (Marckmann *et al.*, 2015). Således opstår et etisk dilemma i de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, som forebyggelsespakkerne, hvor de paternalistiske træk kan opvejes af de folkesundhedsmæssige gevinster, og dermed bliver på kompromis med den enkeltes autonomi. Eksempelvis ved indføring af afgifter på cigaretter, hvor autonomien begrænses med målet om større sundhed i befolkningen. På baggrund af ovenstående fremgår det, hvordan der i forebyggende og sundhedsfremmende indsatser kan opstå etiske dilemmaer. I Danmark findes en liberalistisk tilgang til forebyggelse, hvilket ligeledes præger Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Dermed er autonomi, frihed og ansvar centrale begreber. Paternalisme er dermed ikke ønskværdigt, medmindre mennesket ikke selv er i stand til at træffe rationelle valg. I så fald bliver det samfundets ansvar at sikre sundhed. Men det liberalistiske synspunkt i tilgangen til forebyggelse og sundhedsfremme kan medføre tilsigtede såvel som utilsigtede konsekvenser, der kan have betydning for det enkelte menneske, hvilket uddybes i nedenstående afsnit.

## **2.7 TILSIGTEDE OG UTILSIGTEDE KONSEKVENSER VED FOREBYGGELSESPAKKERNE**

I forbindelse med en social handling, som eksempelvis forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, kan der være chance for tilsigtede konsekvenser samt risiko for utilsigtede, positive og negative, konsekvenser. Tilsigtede konsekvenser er de konsekvenser, som er kendte og forudsete ved

den sociale handling, hvor utilsigtede konsekvenser ikke er forudset (Merton, 1936). En utilsigtet konsekvens kan opstå ved, at individer bevidst handler modsat det, som var tænkt som det egentlige formål med tiltaget, hvilket Debra Jones Ringgold (2002) også betegner som boomerangeffekten. Som nævnt præges de nationale forebyggelsespakker af en liberalistisk tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme, hvor større valgfrihed, information og autonomi tilsvarende kan have negative utilsigtede konsekvenser. Disse utilsigtede konsekvenser kan komme til udtryk som mindre tilfredshed, større frigørelse og dårligere beslutningstagen (Peters *et al.*, 2013), hvilket kan betyde at individer, som ikke har de rette handlekompetencer eller motivationen til at foretage adfærdsændringer, handler modsat det tiltænkte. Med udgangspunkt i de nationale forebyggelsespakker er det derfor vigtigt at gøre sig etiske overvejelser om, hvilken betydning tilgangen til forebyggelse og sundhedsfremme har af konsekvenser for ønsket om at reducere den sociale ulighed i sundhed, da tilgangen kan have stor betydning for, om man opnår den tilsigtede effekt om at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Foruden den overordnede tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme, påpeger Rose (2001), at valget af strategi ligeledes har stor betydning i forhold til at nå et mål om reducere af social ulighed i sundhed. Ifølge Vallgård (2014) adskiller forebyggelsespakkerne sig fra andre landes sundhedspolitikker ved at inddrage højrisikostategier. Dette kan være et problem i forhold til at nå det tilsigtede mål om reducere af social ulighed i sundhed, da højrisikostategier, ifølge Rose (2001), er mindre effektive, hvis man vil opnå en varig ændring i den sociale ulighed i samfundet. Denne form for strategi bidrager kun til at mindske udvikling af sygdomme, blandt personer som allerede er syge, og ikke har fokus på at fjerne underliggende årsager til sygdom (Rose, 2001). Her er strukturelle strategier yderst effektive, da reguleringer i samfundet eksempelvis i form af lovgivning, prissætninger og lettere adgang til fysisk aktivitet kan bidrage med at fjerne underliggende årsager til sygdomme i hele befolkningen (Rose, 2001). Dette kan påvirke den sociale gradient, så fordelingen af sygdom i befolkningen forskydes samt bidrage med at ændre normer i samfundet (Rose, 2001). Forebyggelsespakkerne har dog ligeledes elementer af strukturelle strategier, som en del af interventionerne, hvor blandt andet ændringer i miljøet skal bidrage til et øget aktivitetsniveau i befolkningen (Sundhedsstyrelsen, 2012h). Dog ses begge former for strategier ligeledes at have negative utilsigtede konsekvenser, da man gennem forebyggende og sundhedsfremmende interventioner søger

at regulere befolkningens adfærd, med henblik på at fremme sundheden. Et canadisk studie påpeger, at det er vigtigt med etisk accept af strukturelle og individuelle folkesundhedsmæssige interventioner, da disse ikke kun påvirker folks sundhed, men derimod kan være påtrængende i folks liv og påvirke deres følelse af respekt og selvbestemmelse. Hvis den etiske accept ikke er til stede, kan dette have betydning for både implementeringen samt effekterne af interventionerne (Greyson, Knight and Shoveller, 2018). Dermed ses forebyggelsespakkerne at indeholde elementer af magt, da formålet er at skabe en adfærdsændring i befolkningen og få mennesker til at handle på en måde, de ellers ikke ville have gjort, hvilket kan være problematisk, hvis befolkningen ikke kan identificere sig med de ønskede mål.

Stigmatisering nævnes i nogle af forebyggelsespakkerne, som en utilsigtet konsekvens kommunerne bør rette deres opmærksomhed mod (Vallgård, 2014). Den amerikansk-canadiske sociolog Erving Goffman beskriver stigmatisering som en social proces, hvor de kategoriseringer, bedømmelser og reaktioner, der eksisterer i samfundet, er med til at ødelægge individers sociale identitet (Jakobsen and Kristiansen, 2010). Ifølge Vallgård (2014), kan udformningen af forebyggelsespakkerne bidrage til øget stigmatisering af nogle grupper i samfundet, da det store fokus på risikofaktorer og risikoadfærd i forebyggelsespakkerne kan medføre en følelse af skyld og skam blandt nogle individer. Goffman beskriver, at stigmatisering netop kan opstå, når individer adskiller sig fra samfundets opfattelse af normalitet (Jakobsen and Kristiansen, 2010). Således kan udformningen af forebyggelsespakkerne påvirke de fælles regler og normer, som dominerer mellem individer i samfundet og være med til at konstruere, hvad der anses som normalt.

Udformningen af forebyggelsespakkerne samt de valg der træffes i forbindelse med tilgangen og valg af strategier kan dermed medføre, at ikke alle interventioner målrettet den sociale ulighed i sundhed får den ønskede effekt. I stedet kan de have utilsigtede konsekvenser i form af en øgning i uligheden, ved at de bedst stillede bliver endnu bedre stillet (Macintyre *et al.*, 2001). Det viser sig, at forskellige strategier kan anvendes til bekæmpelse af social ulighed i sundhed, da de ofte er hinandens modsætninger og bidrager med forskellige fordele og ulemper.

## 2.8 PROBLEMAFGRÆNSNING

Med afsæt i den foregående problemanalyse fremgår det, at social ulighed i sundhed er et komplekst begreb og at forståelsen heraf har betydning for tilgangen til bekæmpelse af social ulighed i sundhed. Her fremgår eksisterende diskurser, omhandlende opfattelsen af sundhed, ud fra henholdsvis et sundhedsfundamentalistisk- og et sundhedsrelativistisk perspektiv, at have betydning for hvorledes social ulighed i sundhed ansues.

På nationalt plan udgøres forebyggende og sundhedsfremmende politiske strategier, henvendt mod at reducere den sociale ulighed i sundhed, primært af de nationale forebyggelsespakker, som er et værktøj udarbejdet af Sundhedsstyrelsen til kommunerne. Desuden fremgår det, at tilgangen til reducere af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne adskiller sig markant fra andre Nordiske lande, da ansvaret for sundhed i Danmark tillægges individet og dennes livsstil og adfærd. Et fokus på andre sociale determinanter for sundhed, såsom SEP og miljømæssige omgivelser, kan ligeledes være af stor betydning for reducere af den sociale ulighed i sundhed, hvilket fremgår at være mangelfuld i den danske forebyggelse. På trods af forebyggelsespakkernes fokus på at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed fremgår denne stadig at være eksisterende, hvilket kan tyde på at måden, hvorpå dette søges reduceret ikke er tilstrækkelig. Udover den stadigt eksisterende sociale ulighed i sundhed kan valget af tilgang medføre andre utilsigtede konsekvenser, som stigmatisering og misbrug af magt.

Da den forståelse, der tillægges social ulighed i sundhed gennem forebyggelsespakkerne, har stor betydning for hvorledes forebyggelsen af dette håndteres i Danmark, afgrænses der derfor til at undersøge, hvorledes social ulighed i sundhed fremstilles diskursivt i de nationale forebyggelsespakker. Dette skal bidrage med indblik i social ulighed i sundhed, som det forstås heri samt at bidrage med mulighed for forandring af tilgangen til forebyggelse af social ulighed i sundhed, så denne kan reduceres og utilsigtede konsekvenser i forbindelse hermed kan mindskes.

### 3. FORMÅL

Formålet med dette speciale er at udlede hvilke diskursive forståelser af social ulighed i sundhed, som er konstituerende i de nationale forebyggelsespakker. Dette skal danne beslutningsgrundlag for en forandring af anbefalingerne på forebyggelsesområdet, således at den sociale ulighed i sundhed reduceres samt utilsigtede konsekvenser mindskes.

### 4. PROBLEMFORMULERING

*Hvilke diskursive forståelser af social ulighed i sundhed er konstituerende i de nationale forebyggelsespakker, og hvordan kan disse, sammenholdt med nyeste evidens, danne beslutningsgrundlag for forandring, så den sociale ulighed i sundhed reduceres og utilsigtede konsekvenser mindskes?*

#### 4.1 FORSKNINGSSPØRGSMÅL

- Hvilke diskursive forståelser af social ulighed i sundhed er konstituerende i de nationale forebyggelsespakker?
- Hvilken evidens foreligger om forebyggelse af social ulighed i sundhed, og hvordan kan viden om dette inddrages i Danmark i relation til reduktion af social ulighed i sundhed?

#### 4.2 BEGREBSAFKLARING

Problemformuleringen indeholder abstrakte begreber, som i det følgende vil uddybes, for at præcisere og uddybe forståelsen af dem.

*Diskursive forståelser* henviser til de diskurser, det vil sige måden noget forstås og tales om gennem sprogbrug, som en del af den sociale praksis (Jørgensen and Phillips, 1999).

*Forebyggelsespakkerne* henviser til forebyggelsespakkerne udgivet af Sundhedsstyrelsen i årene 2012-13 (Sundhedsstyrelsen, 2018b).

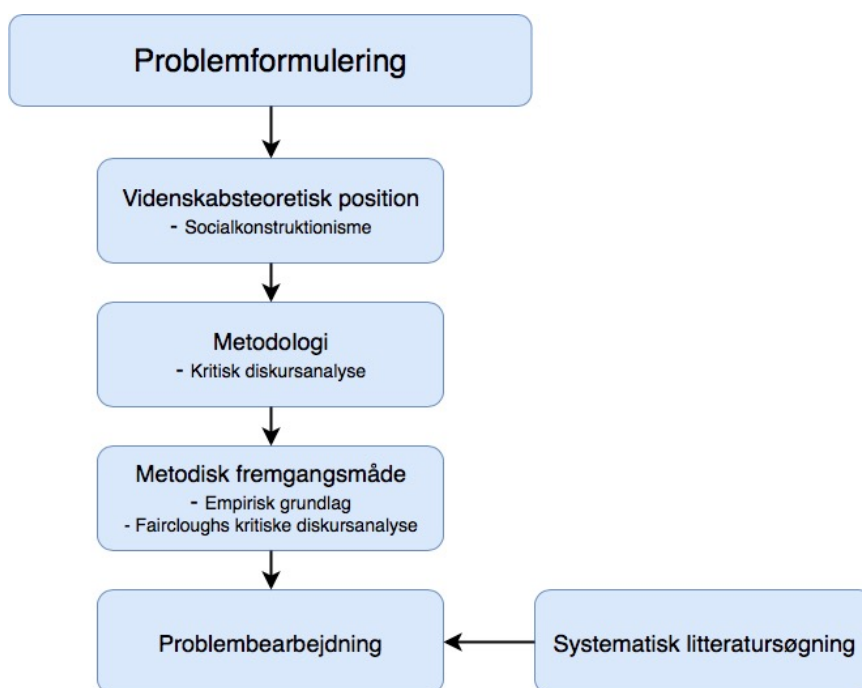
Med *forandring* henvises til specialets formål om at udarbejde et beslutningsgrundlag, der kan danne grundlag for forandring af forebyggelsespakkernes tilgang til social ulighed i sundhed.

# DEL 2

- METODE -

## 5. METODE

Følgende metodiske afsnit har til hensigt at uddybe og begrunde de metodiske overvejelser for udarbejdelsen af problembearbejdningen, som ligger til grund for besvarelsen af problemformuleringen. Ifølge Launsø, Rieper og Olsen (2011), starter forskningsprocessen med en problemformulering, som fordrer de efterfølgende valg. Dermed er det specialets formål, med tilhørende problemformulering og forskningsspørgsmål, der ligger til grund for de følgende metodiske valg, som er illustreret i nedenstående figur 2, med udgangspunkt i Launsø, Rieper og Olsens (2011) beskrivelse af forskningsprocessen. Men processen er ikke lineær, hvor fremtidige valg kan påvirke tidligere valg (Launsø, Rieper and Olsen, 2011). Således er forskningsprocessens faser en cirkulær proces, da fremtidige metodiske valg kan have betydning for tidligere faser.



Figur 2: Oversigt over opbygningen af de metodiske afsnit.

### 5.1 SOCIALKONSTRUKTIONISME SOM VIDENSKABSTEORETISK POSITION

Forud for de anvendte metoder er det filosofiske ståsted, som er med til at skabe en kontekst for metoderne og tydeliggøre antagelserne, der ligger bag (Crotty, 1998). På baggrund af specialets problemformulering og formål om at skabe grundlag for forandring, ved at undersøge diskursive



forståelser af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne, findes socialkonstruktionismen vel-egnet som videnskabsteoretisk ståsted. Følgende afsnit vil uddybe og eksplicitere dette valg.

Ifølge professor i kritisk psykologi Vivien Burr (2003), findes der mange retninger og forfattere inden for socialkonstruktionismen, hvor ophavsmanden, indenfor den psykologiske retning, er professor i psykologi Kenneth Gergen. Idet problemformuleringen retter sig mod at undersøge diskursive forståelser af social ulighed i sundhed i de nationale forebyggelsespakker, og dermed har ståsted i sociologien og sproganalyse, udgør Gergen og Burrs fortolkning af socialkonstruktionismen den videnskabsteoretiske position.

Socialkonstruktionisme distancerer sig fra eksempelvis positivismen, ved at anskue viden som noget, der ikke kan forstås objektivt og uden bias. I stedet opstår viden på baggrund af den forståelse, der skabes, når noget opleves og bliver dermed individuelt og socialt konstrueret i sociale processer (Burr, 2003). I relation til denne grundlæggende antagelse om, at der ikke findes en sand viden, men at virkeligheden og fænomener forstås forskelligt afhængig af hvem der betragter den, tages i dette speciale afsæt i en flydende ontologi (Høyer, 2011). Inden for socialkonstruktionismen indebærer det ontologiske præmis, at den fysiske verden eksisterer, men at den kun får betydning gennem sproget og diskurser. Det er dermed sproget, som giver adgang til virkeligheden (Burr, 2003). Den flydende ontologi medfører, at det ikke er muligt at opnå en universel viden om fænomener i verden, da al viden er diskursivt skabt, og produktionen heraf derfor ikke kan være neutral (Burr, 2003). Dermed er det ikke muligt at opnå en endegyldig objektiv sandhed, men i stedet at opnå en erkendelse af den diskursive forståelse, som fremgår af forebyggelsespakkerne. Således er den viden der opnås ikke neutral men påvirkes igennem sociale processer, herunder ligeledes den sociale proces gruppemedlemmerne er en del af. Der er dog stræbet efter en gennemsigtighed i forhold til speci-alets empiri, hvilket tydeliggøres gennem brug af citater samt vedlæggelse af dokumentation, i form af kodetræ, se bilag 1.

Den flydende ontologi er i overensstemmelse med socialkonstruktionismens tilskyndende skepsis over for oplevelserne omkring verden og dermed viden. Forstået ved, at det der umiddelbart træder frem om verden og den observation, der gøres, ikke nødvendigvis er den rigtige eller eneste rigtige (Burr, 2003). Indenfor socialkonstruktionismen stræbes der derfor efter at have en kritisk tilgang til

de opfattelser, der eksisterer i verden og omkring fænomener i verden, hvorfor et kritisk blik mod disse anskuelser er centralt (Burr, 2003; Gergen and Mellon, 2017).

Foruden ovenstående, anskues viden inden for socialkonstruktionismen som en social proces, da denne konstrueres i interaktionen mellem individer i det sociale liv. Herunder er forskellige former for social interaktion, især sproget, specielt interessant for socialkonstruktionister (Gergen, 1985). I socialkonstruktionismen rettes et særligt fokus mod sproget, da man mener, at opfattelsen af verden konstrueres herigennem (Burr, 2003). I relation til problemformuleringen, som retter sig mod at undersøge hvilke diskursive forståelser, der eksisterer i de nationale forebyggelsespakker, findes dette anvendeligt, da et fokus på netop sproget og italesættelse af specifikke fænomener i samfundet er centralt. Ud fra en socialkonstruktionistisk tilgang er måden, hvorpå individer bruger sproget determinerende for den måde, de tænker og opfatter verden samt fænomener i verden (Burr, 2003; Gergen and Mellon, 2017). Dermed bunder den måde individer tænker og skaber mening omkring specifikke fænomener i samfundet i deres brug af sproget, som hele tiden udvikles og reproduceres, hvorfor opfattelsen af specifikke fænomener også varieres (Burr, 2003).

Udover det særlige fokus på sproget, er den måde verden anskues på tilsvarende kulturel og historisk betinget, og viden bliver dermed et produkt af historien og af den kultur den udgøres af. Viden og erkendelse er dog ikke et produkt drevet af naturen, men noget der opstår på baggrund af interaktive processer mellem mennesker. Dermed kan der ske ændringer i erkendelsen gennem tid, ikke nødvendigvis fordi objekterne ændres, men fordi de sociale processer og historien ændrer sig (Gergen, 1985). Ud fra et socialkonstruktionistisk synspunkt vil dette betyde, at den måde hvorpå social ulighed i sundhed forstås og accepteres som den sande erkendelse skabes gennem sociale processer og interaktioner, og at den opfattelse af, hvad dette fænomen indebærer kan afvige afhængig af både den historiske og kulturelle kontekst samt af den sociale kontekst den udspringer af. Derfor præges den erkendelse, der opnås ligeledes af den sociale og kulturelle kontekst, gruppe-medlemmerne er en del af, hvorfor en kritisk refleksion over både materialet samt erkendelsen heraf er væsentlig.

## 5.2 KRITISK DISKURSANALYSE SOM METODOLOGI

Med udgangspunkt i specialets socialkonstruktionistiske fokus, folkesundhedsmæssige perspektiv, problemformulering samt forskningsspørgsmålet; *”Hvilke diskursive forståelser af social ulighed i sundhed er konstituerende i de nationale forebyggelsespakker?”*, findes den kritiske diskursanalyse relevant at anvende som metodologi. Dette fordi erkendelse og konstruering af viden inden for socialkonstruktionismen sker ved at rette en kritisk opmærksomhed på eksisterende måder at anskue verden på gennem sproget og italesættelsen af fænomener heri, hvilket harmonerer med den kritiske diskursanalyse. Begrundelsen for dette valg vil blive udfoldet nedenfor og disse bagvedliggende metodologiske overvejelser vil danne baggrund for de efterfølgende metodiske valg.

Der findes mange delte meninger om, hvordan begrebet diskurs defineres. Ifølge Marianne Winther Jørgensen og Louise Phillips (1999) skal begrebet diskurs forstås som *“...en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på”* (Jørgensen and Phillips, 1999, p. 9). Til at undersøge hvilke diskurser der er og hvordan de fungerer, anvendes diskursanalyse. Indenfor diskursanalyse findes ligeledes forskellige tilgange til analyse heraf samt forskellige forståelser af begrebet diskurs, hvoraf den kritiske diskursanalyse udgør en af disse tilgange (Jørgensen and Phillips, 1999). Foruden den kritiske diskursanalyse nævnes diskursteori og diskurspsykologi som andre overordnede diskursive tilgange. De tre tilgange har det fælles primære formål at udføre kritisk forskning i form af at synliggøre og undersøge magtrelationer i samfundet. Formålet med dette er at bidrage med normative perspektiver på, hvordan disse relationer kan kritiseres, hvilket skal bidrage med forslag om mulige sociale forandringer (Jørgensen and Phillips, 1999). Udover fælles præmisser adskiller tilgangene sig ligeledes fra hinanden i forhold til det ideologiske syn, diskursens rolle i konstruktionen af verden samt i det analytiske fokus (Jørgensen and Phillips, 1999). Ifølge Jørgensen og Phillips (1999) kan diskurs både være konstitueret og konstituerende, hvilket er forskelligt afhængig af den diskursanalytiske tilgang. I nedenstående figur 3 ses en illustration af hvorledes den kritiske diskursanalytiske tilgang adskiller sig fra diskursteorien og diskurspsykologien.



**Figur 3:** Placering af de forskellige tilgange til diskursanalyse (Jørgensen and Phillips, 1999).

I figuren placeres den kritiske diskursanalyse i midten, hvilket skal illustrere, at denne tilgang adskiller sig fra de andre tilgange, ved at den diskursive praksis og den sociale praksis indgår i et dialektisk samspil, hvor de to praksisser gensidigt konstituerer hinanden. Inden for diskursteorien er al diskurs, modsat i den kritiske diskursanalyse, fuldt ud konstituerende for vores verden (Jørgensen and Phillips, 1999). Diskurspsykologien er sværere at placere, da diskursen her både menes at være fuldstændig konstituerende og samtidig være en del af de historiske og sociale praksisser (Jørgensen and Phillips, 1999). Med afsæt i specialets problemformulering, findes det væsentligt at undersøge, hvorledes forståelsen af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne både er påvirket af diskursive og sociale praksisser, hvorfor den kritiske diskursanalyse findes anvendelig til at belyse problemstillingen.

### 5.2.1 FAIRCLOUGHS KRITISKE DISKURSANALYSE

Ligesom inden for diskursanalyse findes der inden for den kritiske diskursanalyse flere forskellige tilgange (Jørgensen and Phillips, 1999). I specialet vil, den engelske professor i lingvistisk, Norman Faircloughs tilgang til kritisk diskursanalyse blive anvendt, da denne både inddrager en social og kulturel dimension samt forandringsprocesser (Jørgensen and Phillips, 1999), hvilket går i tråd med problemformuleringen, der anlægger et samfundsperspektiv på social ulighed i sundhed samt ønsker at undersøge forandringsgrundlaget herfor. Desuden er Faircloughs tilgang en af de mest udviklede i forhold til teori og metode indenfor området (Jørgensen and Phillips, 1999).

Faircloughs forståelse af begrebet diskurs adskiller sig fra andre forståelser ved, at diskurs, både som en del af det talte og skriftlige sprogbrug, anskues som en form for social praksis frem for en individuel aktivitet (Fairclough, 1992). Fremstillingen af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne kan i henhold til denne forståelse opfattes som en form for social praksis, der udspringer af den sociale kontekst, i form af Sundhedsstyrelsen som en social institution, der er en del af. Diskurs er dermed, ifølge Fairclough (1992), determineret af sociale strukturer, såsom sociale relationer mellem forskellige klasser og grupper samt af sociale institutioner i samfundet. Indenfor kritisk diskursanalyse indgår diskurs dermed i et dialektisk forhold med de sociale strukturer, der eksisterer i samfundet, som ifølge Fairclough (1992), både er med til at forme og begrænse diskurserne. I relation til specialets problemstilling kan dette bidrage med at belyse, hvordan eksisterende sociale strukturer kan påvirke, hvordan arbejdet med at reducere social ulighed i sundhed håndteres og udvikles, både i samfundet og i den sociale institution, Sundhedsstyrelsen, som forebyggelsespakkerne udformes af. Desuden kan det bidrage med at belyse, hvorvidt disse tilsvarende kan begrænse forandring af diskursen omhandlende social ulighed i sundhed. Det dermed de diskursive praksisser og de sociale praksisser, der tilsammen konstituerer vores omverden (Jørgensen and Phillips, 1999). Opfattelsen af diskurs og sociale strukturer som et dialektisk forhold er vigtig, da en overvurdering af hvorvidt diskursen er socialt determineret, eller hvor socialt konstrueret denne er, ellers ofte kan opstå (Fairclough, 1992), hvorfor denne vurdering også er væsentlig at inddrage i belysningen af problemstillingen.

Foruden ovenstående mener Fairclough (1992), at diskurs er med til at skabe og forandre den sociale verden. Med afsæt i specialets problemformulering og formål om at skabe grundlag for forandring af den nuværende tilgang til forebyggelse af social ulighed i sundhed, findes Faircloughs (1992) kritiske diskursanalyse således relevant at inddrage, da det centrale heri, ifølge Jørgensen og Phillips (1999), er at undersøge forandring. Diskurs som en social praksis er både med til at forandre og reproducere viden, og formes tilsvarende af andre former for sociale praksisser og sociale strukturer i samfundet (Fairclough, 1992). Ifølge Fairclough (1992) kan man ved at trække på eksisterende diskurser skabe forandring. Dog begrænses denne forandring af eksisterende magtrelationer, hvilke blandt andet er med til at sætte en ramme for, hvilke aktører der har adgang til forskellige diskurser (Jørgensen and Phillips, 1999). Med kritisk diskursanalyse, som metodologi i specialet, bliver det

derfor muligt at undersøge, hvorvidt de sociale strukturer som de diskursive forståelser af social ulighed i sundhed udspringer og formes af, også kan være med til at begrænse en eventuel nødvendighed for forandring. Til at undersøge dette kræves et dybdegående indblik i de nationale forebyggelsespakker. Til dette inddrages Faircloughs kritiske diskursanalytiske (1992) tilgang som analysestrategi i specialet, hvilket uddybes i det følgende afsnit.

## 5.3 METODISK FREMGANGSMÅDE

Den metodiske fremgangsmåde er den procedure eller teknik, som anvendes til at indsamle og bearbejde den empiri, som inddrages til besvarelse af problemformuleringen (Crotty, 1998). Foruden problemformuleringen og forskningsspørgsmålet, er udvælgelsen af metoderne styret af specialets videnskabsteoretiske position og metodologi. Med afsæt i de bagvedliggende antagelser om, hvordan viden menes at kunne erkendes gennem sproget samt specialets overordnede metodologi, i form af kritisk diskursanalyse, inddrages dokumenter som det empiriske grundlag. Til bearbejdning af den indsamlede empiri og som analysestrategi, anvendes Faircloughs tilgang til kritisk diskursanalyse, i form af en tredimensionel model. Disse metodiske fremgangsmåder inddrages i ønsket om at opnå en forståelse for, hvordan begrebet social ulighed i sundhed konstrueres i de nationale forebyggelsespakker. I de følgende afsnit vil valget af de udvalgte metodiske fremgangsmåder uddybes og begrundes.

### 5.3.1 EMPIRISK GRUNDLAG FOR DISKURSANALYSEN

På baggrund af problemfeltet og problemformuleringen udvælges det empiriske grundlag. Det empiriske grundlag omtales af Fairclough (1992) som korpus. Korpus kan, ifølge Fairclough (1992), udvælges og indsamles på flere måder, hvor dette speciales korpus udgøres af de nationale forebyggelsespakker udgivet af Sundhedsstyrelsen. Disse er udvalgt på baggrund af problemformuleringen og forskningsspørgsmålet, som søger en undersøgelse af disse. Forebyggelsespakkerne er af forskellig karakter, hvorfor følgende seks er udvalgt for at sikre en grundig og dybdegående bearbejdning; *Alkohol, Fysisk Aktivitet, Mad & Måltider, Mental Sundhed, Overvægt og Tobak*. De er udvalgt ud fra en anbefaling om, at disse bør ses i en sammenhæng samt at kendskab til anbefalingerne i de enkelte pakker er en forudsætning for arbejdet med forebyggelse inden for de udvalgte områder. Når

der fremadrettet henvises til projektets korpus, forebyggelsespakkerne, vil det derfor være de foregående seks.

Forebyggelsespakkerne er udgivet som rapporter og dermed skrevet tekst. Ifølge Kennet Lynggaard (2015) kan et dokument beskrives i form af sprog, som er nedskrevet og dermed både fikseret i tid og sted. Med afsæt i dette tages i det følgende udgangspunkt i Lynggaards (2015) tilgang til indsamling af dokumenter for at eksplicite udvælgelsen og oversigten af korpusset i dette speciale. Dokumenter kan anvendes indenfor en række undersøgelsesområder, herunder blandt andet diskursanalyser. Her er indsamling af dokumenter især relevant, da det kan bidrage med at undersøge et diskursivt felt, med henblik på at identificere stabilitet og forandring inden for et bestemt område (Lynggaard, 2015). Ifølge Lynggaard (2015) kan dokumenter desuden anvendes til at belyse eksisterende magtrelationer, magtudøvelse samt normer og praksisser inden for organisationer, hvilket kan bidrage med at skabe forandring i forhold til den mening aktører tillægger specifikke sociale og politiske fænomener, hvilket er centralt for problemstillingen i dette speciale. Ifølge Lynggaard (2015) kan dokumenter indeholde alle former for skriftligt materiale og er ofte kendetegnet ved at være produceret af andre end dem, der underlægger dem analyse, dermed kan de have et andet primært formål end selve analysen. Forebyggelsespakkerne er udarbejdet med henblik på at forbedre folkesundheden ved at øge kvaliteten af de kommunale forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2018b), hvorved disse har et andet primært formål end problemstillingen i dette speciale.

Dokumenter kan, ifølge Lynggaard (2015), inddeles i primære, sekundære og tertiære dokumenter, som er beskrivende for, hvilke aktører der har adgang til dokumenterne hvornår. Primære dokumenter placeret tæt på begivenheden og cirkulerer blandt afgrænsede aktører. Sekundære dokumenter er ligeledes placeret relativt tæt på begivenheden, men her er der adgang for alle, uden nødvendigvis at være møntet på den generelle befolkning. Tertiære dokumenter placerer sig derimod længere fra begivenheden, men er som de sekundære tilgængelige for alle (Lynggaard, 2015). En indsigt i typen af dokument kan bidrage med viden omkring den tidsmæssige kontekst for dokumenterne samt hvem de er produceret til, og dermed hvilken type viden de kan bidrage med (Lynggaard, 2015).

Nedenstående tabel 1 viser en oversigt over de dokumenter, der inddrages i den kritiske diskursanalyse. Disse består, som nævnt af de seks forebyggelsespakker, som alle er tilgængelige for offentligheden og udarbejdet med henblik på at understøtte kommunerne til at fremme kvaliteten af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (Sundhedsstyrelsen, 2018b), hvorfor de alle kan betragtes som sekundære dokumenter. Analysen af indsamlede dokumenter kan, ifølge Lynggaard (2015), foretages på flere måder, men afhænger af problemformuleringen. I efterfølgende afsnit vil den analysestrategi der anvendes til bearbejdning af de indsamlede dokumenter uddybes.

**Tabel 1:** Oversigt over dokumentmateriale

| Titel på forebyggelsespakke | Formål                                                                                                                                                                                                                                       | Type af dokument   |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Alkohol                     | <i>"At understøtte kommunernes arbejde med at reducere alkoholforbruget blandt borgerne til lavrisikogrænsen samt at udskyde alkoholdebuten og at reducere unges alkoholforbrug."</i> (Sundhedsstyrelsen, 2012a, p. 4).                      | Sekundært dokument |
| Fysisk aktivitet            | <i>"At understøtte kommunens arbejde for at borgere får gode muligheder for at være fysisk aktive gennem hele livet for derved at forebygge sygdom, bevare funktionsevnen og understøtte god trivsel."</i> (Sundhedsstyrelsen, 2012b, p. 4). | Sekundært dokument |
| Mad & måltider              | <i>"At gennemføre relevante indsatser for at fremme sund mad og gode måltidsvaner for alle borgere."</i> (Sundhedsstyrelsen, 2012d, p. 4).                                                                                                   | Sekundært dokument |
| Mental sundhed              | <i>"At understøtte kommunernes arbejde med at fremme borgernes mentale sundhed og trivsel samt at styrke den primære kommunale forebyggelsesindsats omkring mentale helbredsproblemer."</i> (Sundhedsstyrelsen, 2012e, p. 4).                | Sekundært dokument |

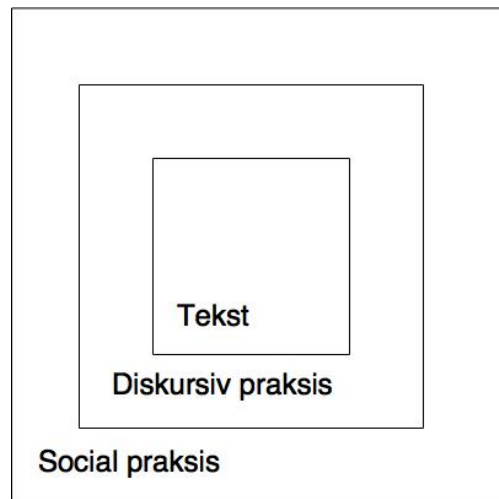


|          |                                                                                                                                            |                    |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Overvægt | <i>"At forebygge udviklingen af overvægt hos borgerne."</i><br>(Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 4).                                           | Sekundært dokument |
| Tobak    | <i>"At udarbejde planer og iværksætte indsatser, der kan medvirke til at begrænse andelen af rygere"</i> (Sundhedsstyrelsen, 2012g, p. 4). | Sekundært dokument |

### 5.3.2 FAIRCLOUGHS TREDIMENSIONELLE ANALYSEMODEL

I tråd med socialkonstruktionismen som videnskabsteoretisk position og kritisk diskursanalyse som metodologi anvendes Faircloughs tredimensionelle model som analysestrategi.

Ifølge Fairclough (2008) er der inden for kritisk diskursanalyse to dimensioner, der skal undersøges, *diskursordener* og *den kommunikative begivenhed*. Diskursordener er diskursernes overordnede struktur samt hvordan disse udvikles i samspil med sociale og kulturelle forandringer. Diskursordener kan beskrives som de overordnede måder, hvorpå man formulerer sig inden for bestemte sociale grupper eller sociale institutioner, hvilket har betydning for de diskurser, der eksisterer inden for denne gruppe eller institution. Det andet, komplementære, perspektiv på diskurs er den kommunikative begivenhed, som blandt andet kan være skrevet tekst. Den kommunikative begivenhed har tre relationelle dimensioner *tekst*, *diskursiv praksis* og *social praksis* (Fairclough, 1992). Disse dimensioner udgør Faircloughs (1992) tredimensionelle model til kritisk diskursanalyse, som vil danne grundlaget for analysen af de diskursive forståelser af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne med henblik på, at viden om dette kan danne grundlag for forandring, så den sociale ulighed i sundhed reduceres. Analyse af den kommunikative begivenhed kan desuden give indblik i eksisterende diskursordener i forhold til social ulighed i sundhed, hvilket både kan bidrage til reproduktion og udfordring af denne. Den tredimensionelle model er illustreret i nedenstående figur 4.



**Figur 4:** Faircloughs tredimensionelle model (Fairclough, 2008).

I modellen fremstår de tre forskellige dimensioner som teoretisk skilles ad, men i praksis er indbyrdes afhængige (Fairclough, 1992), hvorfor alle tre dimensioner vil inddrages i analysen af forebyggelsespakkerne. Tekstdimensionen er, ifølge Fairclough (1992), primært af beskrivende karakter, hvor dimensionen om den diskursive og sociale praksis er fortolkende. Denne skarpe opdeling er dog mest af praktisk karakter, da emner i tekstdimensionen vil have elementer af fortolkende karakter (Fairclough, 1992). Dog stræbes der i analysen af tekstdimensionen, så vidt muligt, efter tildeling af emner med mest beskrivende karakter, og omvendt primært efter emner af fortolkende karakter i dimensionen om den diskursive praksis og den sociale praksis (Fairclough, 1992).

Faircloughs analytiske fremgangsmåde gennem den tredimensionelle model skal bidrage med en lingvistisk analyse af korpusset. Derudover en analyse omhandlende den diskursive praksis, herunder tekstproduktion, -distribution og -fortolkning eksempelvis i forhold til identificering og kombinationen af forskellige diskurser. Slutteligt hvordan foregående analyse omstrukturerer eller reproducerer diskursordenen samt hvordan den sociale praksis påvirkes af dette ved hjælp af inddragelse af sociologisk teori (Jørgensen and Phillips, 1999). Inddragelse af alle tre dimensioner, samt anden teori til analyse af forebyggelsespakkerne, skal dermed bidrage til en dybere forståelse af diskurserne omhandlende social ulighed i sundhed ud fra et flerfagligt perspektiv. Dette skal desuden bidrage med at der opnås en forståelse for sammenhængen mellem sprogbruget i forebyggelsespakkerne og den sociale praksis, samt hvordan den diskursive praksis er med til at skabe forandring.

De tre dimensioner indeholder hver især mange begreber, men ifølge Fairclough (1992), afhænger relevansen og dermed udvælgelsen af disse af typen af projekt. Derfor er de analytiske begreber, som fremstår særligt relevante til at belyse forskningsspørgsmålet, udvalgt til at indgå i analysen. Disse begreber samt begrundelsen for deres inddragelse uddybes under beskrivelsen af de enkelte dimensioner nedenfor.

#### 5.3.2.1 TEKST

Inderst i den tredimensionelle model findes den beskrivende dimension tekst (Fairclough, 1992). Den vil fremgå som første del af analysen af forebyggelsespakkerne. Her bliver selve teksten underlagt en detaljeret analyse for, at der kan opnås og understøttes fortolkning (Jørgensen and Phillips, 1999). Denne tekstanalyse skal bidrage med en undersøgelse af diskurserne af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne og hvordan de iværksættes tekstuel. Til at strukturere den detaljerede tekstanalyse, inddeles den efter Faircloughs (1992) tre overordnede temaer; *Ordvalg*, *grammatik* og *kohæsion* (Fairclough, 1992). Til at udforske, systematisere og håndtere korpusset inden for disse tre temaer er forebyggelsespakker farvekodet herefter. For at sikre transparens er kodetræ vedlagt i bilag 1.

I analysen af ordvalg er fokus, ifølge Fairclough (1992), på hvordan enkelte ord tillægges betydning, eksempelvis i forhold til alternative ordvalg, metaforer samt på den politiske og ideologiske betydning. Alt efter kontekst, praksis og tid kan ord have forskellig betydning (Fairclough, 1992). Derfor har ordvalg til hensigt at undersøge, om der anvendes særlige ord i forebyggelsespakkerne, som kan give et indblik i forståelsen af social ulighed i sundhed, eksempelvis ved brug af ord som dikotomi eller gradient. Ved kohæsion undersøges, ifølge Fairclough (1992), sammenkædning af ledsætninger, sætninger og længere tekststykker, herunder hvordan sætninger sættes sammen til argumentationskæder, som er forbundet med diskurstypen (Fairclough, 1992, 2008). Kohæsion kan dermed bidrage til indsigt i måden sætninger bygges op, deres argumentationskæder og hvordan disse har sammenhæng med diskurs. Begrebet grammatik omhandler, ifølge Fairclough (1992), sætninger eller simple sætninger med elementer som vendinger, udtryk eller klynger. Således kan sætninger sættes sammen, dannes og analyseres efter hvordan de er designet og struktureret alt efter den mening, der ønskes at skabes (Fairclough, 1992). I analysen af grammatik indgår desuden begrebet *modalitet* (Fairclough, 1992). Når modalitet analyseres, er det med henblik på tilslutningen i

sætningen. Graden af tilslutning i sætningen kan bidrage med viden om, hvorledes sætningen udgør en fuldstændig sandhed eller en mindre grad af sandhed (Fairclough, 1992). Dette vil i tekstanalysen af forebyggelsespakkerne fremanalyseres ud fra brugen af kategorisk modalitet, hvor nutidsformer som eksempelvis "er" anvendes, hvilket indikerer at sætningen tilsluttes en fuldstændige sandhed. Derudover kan modaliteten, ifølge Fairclough (1992), være enten subjektiv eller objektiv. I analysen vil modaliteten fremhæves som værende subjektiv, når det fremgår, hvem der udtaler det og objektiv når denne del af sætningen er udeladt. Dette kan bidrage med viden om, hvorvidt teksten i forebyggelsespakkerne fremstilles som universelle sandheder.

### 5.3.2.2 DISKURSIV PRAKSIS

I analysen af den diskursive praksis er det centrale at undersøge, hvordan teksterne trækker på eksisterende diskursordener, som er til stede i den diskursive praksis samt hvorledes dette bidrager med enten at opretholde eller ændre diskursordenen. Dette gøres ved at undersøge forskellige processer i den diskursive praksis som tekstproduktion, -distribution og -konsumption. Disse processer varierer alt efter typen af diskurs samt hvilken kontekst de indgår i (Fairclough, 1992). Eksempelvis udarbejdes forebyggelsespakker i konteksten inden for Sundhedsstyrelsen med udgangspunkt i evidens som forstået her, hvilket kan påvirke teksten i forebyggelsespakkernes form.

Tilgangen til den diskursive praksis kan anlægges på flere måder. Dette speciale tager et lingvistisk udgangspunkt, hvor Fairclough (1992) fremhæver begrebet intertekstualitet, som en del af den diskursive praksis, hvorfor dette vil inddrages i analysen af denne dimension. Begrebet intertekstualitet omhandler, ifølge Fairclough (1992), hvordan tekster består af fragmenter af tidligere tekster. Det kan både være tydeligt afgrænset men også mere implicit forenet. I analysen vil inddragelse af begrebet om intertekstualitet bidrage med viden om hvorledes forebyggelsespakkerne er historisk betinget med hensyn til produktionen heraf samt hvilken forandring teksterne undergår, når de bevæger sig gennem netværk. Under intertekstualitet er, ifølge Fairclough (1992), ligeledes begrebet *interdiskursivitet*. Ved begrebet interdiskursivitet undersøges, hvilke diskurstyper der trækkes på og hvordan. Diskurstyper er et generelt begreb, der dækker over genre, stil, aktivitetstype og diskurs (Fairclough, 1992). Diskurstyper vil ligeledes anvendes som et generelt begreb, da forebyggelsespakkerne i sprog og tekst minder om hinanden. Således er formålet med analysen af

interdiskursiviteten at undersøge, hvilke diskurser der trækkes på i forebyggelsespakkerne. Således udspringer denne del af analysen på baggrund af kodningen fra tekstanalysen samt selve tekstanalysen.

Ifølge Fairclough (1992) bør analyse af den diskursive praksis både indeholde en kombination af mikro- og makroanalyse. Mikroanalysen skal bidrage med at belyse hvordan individer producerer og fortolker tekster på baggrund af deres baggrund (Fairclough, 1992). Makroanalysen kan bidrage med at få kendskab de medlemsressourcer og de diskursordener der trækkes på i forhold til produktionen og fortolkningen af teksterne, hvilket er en forudsætning for at fuldføre mikroanalysen. I analysen af den diskursive praksis indgår inddragelse af mikro- og makroanalyse i en gensidigt samspil, da begge analyser bidrager med vigtig viden, som er en forudsætning for at opnå en gensidig forståelse (Fairclough, 1992). I analysen vil de diskurstyper, der kommer til syne i forebyggelsespakkerne, derfor fremanalyseres og fortolkes ud fra de eksisterende diskursordener. Dette er endvidere det der, ifølge Fairclough (1992), kobler de tre dimensioner i analysemodellen sammen, da den sociale praksis er determinerende for makroprocesserne i den diskursive praksis samt mikroprocesserne, der har betydning for tekstens form i forebyggelsespakkerne (Fairclough, 1992). Dermed medieres relationen mellem tekstdimensionen og den sociale praksis dimension af den diskursive praksis (Fairclough, 1992).

### 5.3.2.3 SOCIAL PRAKSIS

Diskurs ansues, som nævnt, som en form for social praksis, hvilket den tredje dimension i modellen omhandler. Ifølge Fairclough (1992) er analysen af den sociale praksis med til at binde det diskursive sammen med ikke-diskursive elementer som eksempelvis personer, sociale relationer, interaktioner og materielle ting (Fairclough, 2003). Formålet med analysen af den sociale praksis er at placere de to andre dimensioner, tekst og den diskursive praksis, ind i et mere makroorienteret perspektiv, hvor dimensionerne ses ud fra bredere samfundsmæssige forhold (Fairclough, 2008). Således kan det undersøges, hvorfor diskursen om social ulighed i sundhed er, som den er, og hvordan den påvirker og påvirkes af den sociale praksis og sociale strukturer i samfundet.

Den sociale praksis indbefatter forskellige orienteringer som økonomiske, politiske, kulturelle og ideologiske perspektiver, hvor Fairclough (Fairclough, 1992) særligt orienterer sig mod det politiske

og ideologiske perspektiv. For at undersøge dimensionen om den sociale praksis er det, ifølge Fairclough (1992), nødvendigt at inddrage begreberne *ideologi* og *hegemoni*, der er centrale i analysen af den sociale praksis (Fairclough, 1992), hvorfor disse begreber vil blive anvendt i analysen af den sociale praksis.

Ideologi skal, ifølge Fairclough (1992), forstås som de betydninger eller konstruktioner af virkeligheden, som er indlejret i forskellige dimensioner af diskursive praksisser. Dette kunne eksempelvis være betydningen og konstruktionen af den fysiske verden, sociale relationer eller sociale identiteter (Fairclough, 1992). Disse ideologier er med til at producere, reproducere og forandre dominansrelationer. Fairclough (1992) mener dog ikke, at al diskurs er ideologisk. Diskurs og diskursive praksisser er ideologisk investerede, hvis de bidrager med at opretholde magtrelationer (Fairclough, 1992). I samfundet eksisterer ideologier i kraft af forskellige grupperinger såsom klasse, køn, kulturelle grupper, og kun hvis der ses bort fra disse former for grupperinger er man i stand til at se bort fra ideologien (Fairclough, 1992). I forskellige sociale praksisser er forskellige ideologier indlejret, hvilket mennesker som er en del af denne praksis, ikke nødvendigvis er opmærksom på. Ved forebyggelsespakkerne er det derfor vigtig, i analysen af den sociale praksis, at rette en kritisk opmærksomhed på de ideologiske processer, der eksisterer i diskurser omhandlende social ulighed i sundhed, hvilket kan bidrage med at øge opmærksomheden samt det kritiske blik mod de ideologisk investerede diskurser som denne underlægges (Fairclough, 1992). Dermed skabes der mulighed for, at ideologier som er indlejret i denne specifikke sociale praksis, som Sundhedsstyrelsen, kan påvirkes af individer heri.

Begrebet hegemoni skal betragtes som en form for magt, der henviser til lederskab eller dominans indenfor forskellige domæner i samfundet, såsom politiske, økonomiske, kulturelle og ideologiske domæner. Inden for disse domæner foregår hegemoniske magtkampe (Fairclough, 1992). Hegemoniske magtkampe kan både bidrage med at reproducere og forandre eksisterende diskurser, hvorfor begrebet hegemoni ligeledes er væsentlig at inddrage i analysen, da dette kan bidrage med at belyse problemstillingen ud fra et magtperspektiv. Yderligere har begrebet om hegemoni en central rolle i forhold til forandringsperspektivet, hvor inddragelse af dette i analysen af den sociale praksis kan give mulighed for at undersøge, hvordan diskurser bidrager til at reproducere og udfordre eksisterende hegemonier i form af både diskursive, sociale og kulturelle forandringer.

Udover ovenstående teoretiske begreber er det i analysen af den sociale praksis, ifølge Fairclough, væsentligt at inddrage anden sociologisk eller kulturel teori (Jørgensen and Phillips, 1999), hvilket uddybes i følgende afsnit.

## **5.5 FOUCAULT SOM TEORETISK AFSÆT**

Ud fra Faircloughs (1992) henvisning om, at inddrage anden sociologisk eller kulturel teori i analysen af den sociale praksis, vil sociologisk teori, i form af begreber fra den franske filosof Michel Foucaults teori, anvendes som teoretisk afsæt i specialet. Dette skal bidrage med at opnå en dybdegående forståelse af problemstillingen ved at give indblik i forbindelserne mellem fremstillingen af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne og de samfundsmæssige og kulturelle strukturer, der påvirker denne.

Foucaults teoretiske begreber er hyppigt anvendt indenfor sundheds- og sygdomsforskning, og specielt analyser af magt er et gennemgående fokus (Pedersen, 2010). Begreber der er centrale i Foucaults magtteori er blandt andet begreberne biomagt og governmentality, som er en del af Foucaults komplekse teoretiske begrebsunivers (Pedersen, 2010). Disse teoretiske begreber, biomagt og governmentality, kan bidrage til at opnå en større forståelse for, hvordan social ulighed i sundhed fremstilles i de nationale forebyggelsespakker samt hvorledes dette påvirker den sociale praksis. De teoretiske begreber vil blive anvendt i relation til Høyers (2011) begreb om dåseåbner, hvorved analysen af empirien med Foucaults teoretiske begreber vil åbne op for en dybere forståelse af problemstillingen. Når teori anvendes som dåseåbner kan det, ifølge Høyer (2011), bidrage til at afgrænse genstandsfeltet. Idet korpusset udgøres af seks forskellige forebyggelsespakker, indrages supplerende teori som dåseåbner dels for at åbne op for problemfeltets diskursive forståelser af social ulighed i sundhed samtidig med at det afgrænses, således der kan opnås en besvarelse af forskningsspørgsmålet og dermed problemformuleringen.

### **5.5.1 BIOMAGT**

Ud fra et folkesundhedsmæssigt perspektiv kan begrebet biomagt anvendes til at beskrive en magt, hvor formålet er at lede befolkningen mod bedre sundhed samt øget livskvalitet og sikkerhed. Hensigten med dette er at bidrage til nyttige og produktive borgere i samfundet (Pedersen, 2010). Biomagt betegnes også som biopolitik, og er en magt, som er specifikt rettet mod at fremme sundhed.

Det primære formål med biomagten er derfor at kontrollere biologiske processer, såsom befolkningens helbreds-niveau og levetid, hvilket blandt andet gøres gennem udarbejdelse af interventioner og regulerende kontroller (Pedersen, 2010). Anvendelse af begrebet biomagt, i analysen af den sociale praksis, kan således bidrage med at undersøge, hvorvidt de diskursive forståelser af social ulighed i sundhed, som forekommer i forebyggelsespakkerne, har betydning for at den indsats som rettes mod reducere af denne, kan opfattes som en magtudøvelse samt hvorvidt dette har positiv eller negativ indvirkning for bekæmpelse af social ulighed i sundhed.

Ifølge Foucault er biomagten med til at producere binære systemer, hvilket eksempelvis kan være opfattelsen af syg og rask. Denne produktion kan bidrage med at skabe normaliserende opfattelser af, hvad det vil sige at være syg og rask, hvilket kan medføre, at det kan være svært for befolkningen at afvige fra disse normaliserende opfattelser (Pedersen, 2010). Det er derfor væsentligt at undersøge, hvordan fremstillingen af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne kan virke regulerende og normaliserende på samfundets opfattelse af at være syg og rask samt hvilke konsekvenser dette kan have for reducere af social ulighed i sundhed. Foruden dette beskrives biomagten som foranderlig, da det både kan betragtes som et historisk og relationelt begreb (Pedersen, 2010). Derfor er det relevant at medtænke den historiske og tidsmæssige kontekst i analysen af biomagt, da dette kan have stor betydning for hvordan magtudøvelsen opfattes.

### 5.5.2 GOVERNMENTALITY

Foruden biomagt er governmentality et centralt begreb i Foucaults magtteori. Governmentality kan forstås som styring gennem selvstyring (Pedersen, 2010). Her er det centrale formål, at reguleringer i samfundet er med til at styre befolkningen hen mod selvstyring. På den måde kan denne form for udøvelse af magt anses som værende produktiv, hvis det medfører en nyttiggørelse af befolkningen (Pedersen, 2010). Foucault mener dermed, at udøvelse af magt ikke kun skal betragtes som negativt, da magt anses som værende produktiv, hvis magten udøves overfor handlekraftige og frie individer, som er i stand til at yde modmagt (Pedersen, 2010). I relation til problemformuleringen kan begrebet dermed give indblik i, om de diskursive forståelser, der eksisterer i forebyggelsespakkerne, kan anses som værende produktive eller i stedet hæmmende for reducere af social ulighed i sundhed. Desuden kan inddragelse af governmentality begrebet i analysen af den sociale praksis



bidrage med at undersøge, hvilken styring der ligger bag forebyggelsespakkerne samt hvordan dette kan medføre en magtstruktur.

I forbindelse med denne styring til selvstyring af befolkningen er overvågning af denne nødvendig ifølge Foucault (Pedersen, 2010). I forhold til dette omtaler Foucault det panoptiske princip, hvilket skal betragtes som et underliggende overvågningssystem der eksisterer i moderne vestlige samfunds institutioner (Pedersen, 2010). Her er det centrale, at individer i samfundet altid er under overvågning, men aldrig ved hvornår de bliver overvåget, da magtens blik er anonymt (Pedersen, 2010). Ifølge Foucault er denne styring produktiv, da den er med til at fremme og skabe specifikke egenskaber blandt individer i samfundet (Pedersen, 2010). Sundhedsstyrelsen kan ses som et eksempel på en moderne institution som er med til at styre og bekæmpe sygdom i befolkningen, blandt andet gennem de nationale forebyggelsespakker.

Inddragelse af governmentality begrebet i analysen af hvorledes social ulighed i sundhed fremstilles i de nationale forebyggelsespakker kan derfor bidrage med en forståelse for, hvordan social ulighed i sundhed tænkes ind i forhold til livsstil, miljø, ansvaret for egen sundhed samt hvilken betydning denne fremstilling har for bekæmpelse af social ulighed i sundhed. Desuden kan anvendelsen af governmentality begrebet i analysen af den sociale praksis bidrage med at undersøge, hvilken styring der ligger bag forebyggelsespakkerne samt hvordan dette kan medføre en magtstruktur.

## **5.6 EVIDENSGRUNDLAG GENNEM SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING**

Udover den diskursanalytiske tilgang kan inddragelse af flere forskellige perspektiver bidrage med en anden og bredere form for indsigt i en problemstilling (Jørgensen and Phillips, 1999). Derfor inddrages en systematisk litteratursøgning til at bidrage med evidens til besvarelse af forskningsspørgsmålet *“Hvilken evidens foreligger om forebyggelse af social ulighed i sundhed, og hvordan kan viden om dette inddrages i relation til reduktion af social ulighed i Danmark?”*. Dermed kan resultaterne af den systematiske litteratursøgning, sammenholdt med resultaterne fra den kritiske diskursanalyse, anvendes til udformning af beslutningsgrundlaget i forhold til hvorledes den nuværende tilgang til reduktion af social ulighed i sundhed kan forandres således, at der opnås en besvarelse af specialiets problemformulering.

### 5.6.1 INDLEDENDE SØGNING

Den indledende søgning er en dynamisk proces, der har til hensigt at undersøge problemfeltet samt mulige emne- og søgeord. Denne indledende søgning er med til at afdække eventuelle videns huller eller velbeskrevne perspektiver på problemfeltet. Dermed danner den indledende søgning udgangspunktet for den systematiske litteratursøgning, idet der i den systematiske litteratursøgning søges at belyse problemfeltet ud fra nye perspektiver (Buus *et al.*, 2008). Således har den indledende søgning bidraget til udarbejdelse af problemanalysen og dermed problemformuleringen samt identificering af emneord til den systematiske litteratursøgning.

### 5.6.2 SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING

Ifølge Frandsen *et al.* (2013) skal en systematisk litteratursøgning udarbejdes med fokus på validitet og reproducerbarhed, for at sikre et solidt beslutningsgrundlag (Frandsen *et al.*, 2013). Derfor vil nedenstående afsnit beskrive den systematiske litteratursøgning, således validitet og reproducerbarhed kan opnås. Desuden uddybes de metodiske valg og fremgangsmåde i søgebilag, bilag 2.

Den systematiske litteratursøgning udarbejdes med udgangspunkt i specialets forskningsspørgsmål, hvor der på baggrund heraf udarbejdes en søgestrategi. Søgestrategien tager udgangspunkt i facetsøgning som, ifølge Buus *et al.* (2008), er den mest velegnede til databasesøgninger. Databaserne er forskellige, hvorfor det også kræver forskellige søgestrategier (Kristensen and Sigmund, 2007), derfor er der med udgangspunkt i forskningsspørgsmålet opstillet fire facetter, som danner udgangspunkt for søgningerne på tværs af databaserne. Disse fire facetter er illustreret i nedenstående tabel 2.

**Tabel 2:** Opbygning af søgeprofil ud fra forskningsspørgsmål.

| Facet 1        | Facet 2 | Facet 3      | Facet 4         |
|----------------|---------|--------------|-----------------|
| Social ulighed | Sundhed | Forebyggelse | Sundhedspolitik |

I hver facet er der inkluderet kontrollerede emneord. Ifølge Frandsen *et al.* (2016), har langt de fleste databaser et sæt af præcist definerede kontrollerede emneord. Dermed er brugen af kontrollerede emneord i søgningen med til at præcisere søgningen, således de mest relevante referencer

findes. Udover kontrollerede emneord er der i enkelte facetter ligeledes anvendt fritekstsøgeord. Ved fritekstsøgeord søges der, ifølge Buus et al. (2008), på frie ord, som er tilpasset problemstillingen, hvorfor der tages højde for eventuelle andre betydninger og stavemåder. Fritekstsøgeord er dermed brugt i facetter, hvor de kontrollerede emneord ikke alene indholdsmæssigt var dækkende for facetten. Derudover er der ved fritekstsøgeordene anvendt trunkering og frasesøgning, for dels at udvide og indsnævre søgningen, så kun de mest relevante hits findes. Ligeledes er der anvendt boolske operatorer OR og AND. OR anvendes, ifølge Buus et al. (2008), til ud at udvide søgningen ved at kombinere forskellige kontrollerede emneord og/eller fritekstsøgeord inden for samme facet. Hvorimod AND anvendes mellem facetterne og er dermed med til at indsnævre søgningen (Buus et al., 2008).

### 5.6.3 VALG AF DATABASES

Med udgangspunkt i at afdække problemstillingen ud fra et flervidenskabeligt perspektiv, er der søgt i flere forskellige databaser, som indeholder forskelligartet litteratur baseret på human-, natur- og samfundsvidenskabelige aspekter. De enkelte databaserne er udvalgt ud fra deres evne til at belyse problemstillingen fra et bredt perspektiv.

Cochrane er valgt, da denne database primært indeholder studier af høj evidens i forhold til evidenshierarkiet og samtidig har en kritisk tilgang til studierne i databasen. Dermed kan den bidrage med studier af høj kvalitet. Embase er valgt, da det er en omfangsrig database, som indeholder litteratur inden for emner såsom medicin, sygdom og sundhed (Hørmann, 2011). Desuden kan Embase bidrage med studier i en europæisk kontekst (Hørmann, 2011), hvilket især er relevant for dette speciales problemstilling. Da Cochrane og Embase hovedsageligt indeholder litteratur af biomedicinsk karakter, er det ligeledes valgt at inddrage databaserne CINAHL og Sociological Abstracts. Databasen CINAHL er valgt, da denne database indeholder sundhedsfagligt litteratur, især indenfor kvalitativ forskning (Hørmann, 2011), hvilket kan bidrage med at belyse problemstillingen fra en kvalitativ vinkel. Sociological Abstracts inddrages, da denne database indeholder en stor del af kvalitative studier indenfor det sociologiske og psykologiske felt (Hørmann, 2011), og derved kan bidrage med at belyse problemstillingen ud fra et mere samfundsfagligt og sociologisk perspektiv.

#### 5.6.4 IN- OG EKSKLUSIONSKRITERIER

Som en del af den systematiske litteratursøgning opstilles in- og eksklusionskriterier, hvilke ses illustreret i tabel 3 nedenfor. Disse er, ifølge Hørmann (2011), med til at tydeliggøre udvælgelsen af studier og øger dermed reproducerbarheden. Således er kriterierne styrende for udvælgelsen af studier. In- og eksklusionskriterierne er dannet på baggrund af viden om problemfeltet erfaret gennem problemanalysen, forskningsspørgsmålet og indledende søgninger.

**Tabel 3:** In- og eksklusionskriterier til udvælgelse af litteratur.

| Inklusionskriterier                                                                                                                                                                                                                                                                     | Eksklusionskriterier                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Dansk-, norsk-, svensk-, engelsksprogede</li><li>• Relevans for forskningsspørgsmålet</li><li>• Organisatorisk perspektiv</li><li>• Udarbejdet i en vestlig kontekst</li><li>• Videnskabelige studier</li><li>• Abstract tilgængeligt</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Studier ældre end ti år</li><li>• Bøger, afhandlinger, Poster abstracts, editorials</li></ul> |

Studier skal være på dansk, norsk, svensk eller engelsk, så de kan læses og forstås af gruppen. Derudover skal de være relevante i forhold til forskningsspørgsmålet og dermed have en form for organisatorisk perspektiv og omhandle social ulighed i sundhed. Grundet ønsket om at identificere den nyeste evidens i relation til forebyggelse af social ulighed i sundhed, hvilket skal bidrage til udarbejdelse af et beslutningsgrundlag, der kan skabe forandring i relation til håndtering af social ulighed i sundhed. Derudover er der sket samfundsmæssige ændringer gennem tiden, hvorfor der kun inddrages studier nyere end ti år, for at sikre relevans for det nuværende problemfelt. Ligeledes er videnskabelige studier udelukkende inkluderet, da andet litteratur ikke vurderes at kunne bidrage med kvalificeret evidens, hvorfor bøger, editorials m.m. ekskluderes. For at sikre mest mulig overførbare til en dansk kontekst, skal studierne være udført i en vestlig kontekst. Specialet er

underlagt en tidsramme, hvorfor abstracts skal være tilgængelige, således der relativt hurtigt kan skabes et overblik over relevansen.

### 5.6.5 SØGESTRATEGI

Med afsæt i formålet om at identificere evidens, der kan afdække forskningsspørgsmålet omhandlende identificering af evidens i forhold til forebyggelse af social ulighed i sundhed bedst muligt, er de opstillede facetter kombineret på forskellige måder i databaserne. En søgning på facetterne 1+2+3 er eksempelvis foretaget i alle databaser. På grund af databasernes forskellighed er det dog forskelligt, hvilken kombination af facetter der bedst muligt kunne bidrage med relevante hits. Til at vurdere og evaluere kvaliteten af søgninger, og de forskellige kombinationsmuligheder, anvendes begreberne *recall* og *precision*. Ifølge Frandsen et al. (2013) beskriver recall, hvor stor en andel af de relevante hits, der blev identificeret ved søgningen. Det er derfor også et teoretisk begreb, da det rent praktisk kan være vanskeligt at afgøre, og det vurderes dermed på baggrund af kendskab til databaserne og litteraturen på området. Precision derimod beskriver, hvor præcis søgningen er, dvs. hvor stor en andel af de fundne hits, der er relevante (Frandsen *et al.*, 2013). Søgningerne blev derfor løbet evalueret og vurderet i forhold til at opnå høj recall, så relevante hits blev fundet, samtidig med at opnå mest mulig precision. Kombination af facet 1+2+3+4 viste sig at kunne bidrage med studier relevante for problemstillingen, og dermed høj recall i Embase og CINAHL. I Embase fremkom 112 hits ved søgning på facet 1+2+3+4 og i CINAHL 433. Denne kombination viste sig ikke at være hensigtsmæssig i Cochrane og Sociological Abstract, hvor en kombination med facet 1+2+4. viste sig at bidrage med relevante hits, hvor der fremkom 46 hits i Cochrane og 585 hits i Sociological Abstracts, hvorudfra flere ved læsning af titel, abstracts og gennemlæsning viste sig at være relevante, og dermed havde høj recall. På baggrund heraf blev denne kombination af facetter i disse databaser fundet mest relevant, til trods for det relativt store antal hits i Sociological abstract og derfor relativ lav precision.

Med afsæt i at databaserne, deres kontrollerede emneord og indeksering er forskellige (Hørmann, 2011), er der, foruden de forskellige kombinationer af facetter, ligeledes anvendt forskellige kontrollerede emneord i de enkelte facetter på tværs af databaserne. Det er gjort, så det sikres at facetterne indholdsmæssigt ligner hinanden på tværs af databaser, selvom de ikke indeholder samme kontrollerede emneord. For at skabe transparens og gennemsigtighed i den systematiske søgning

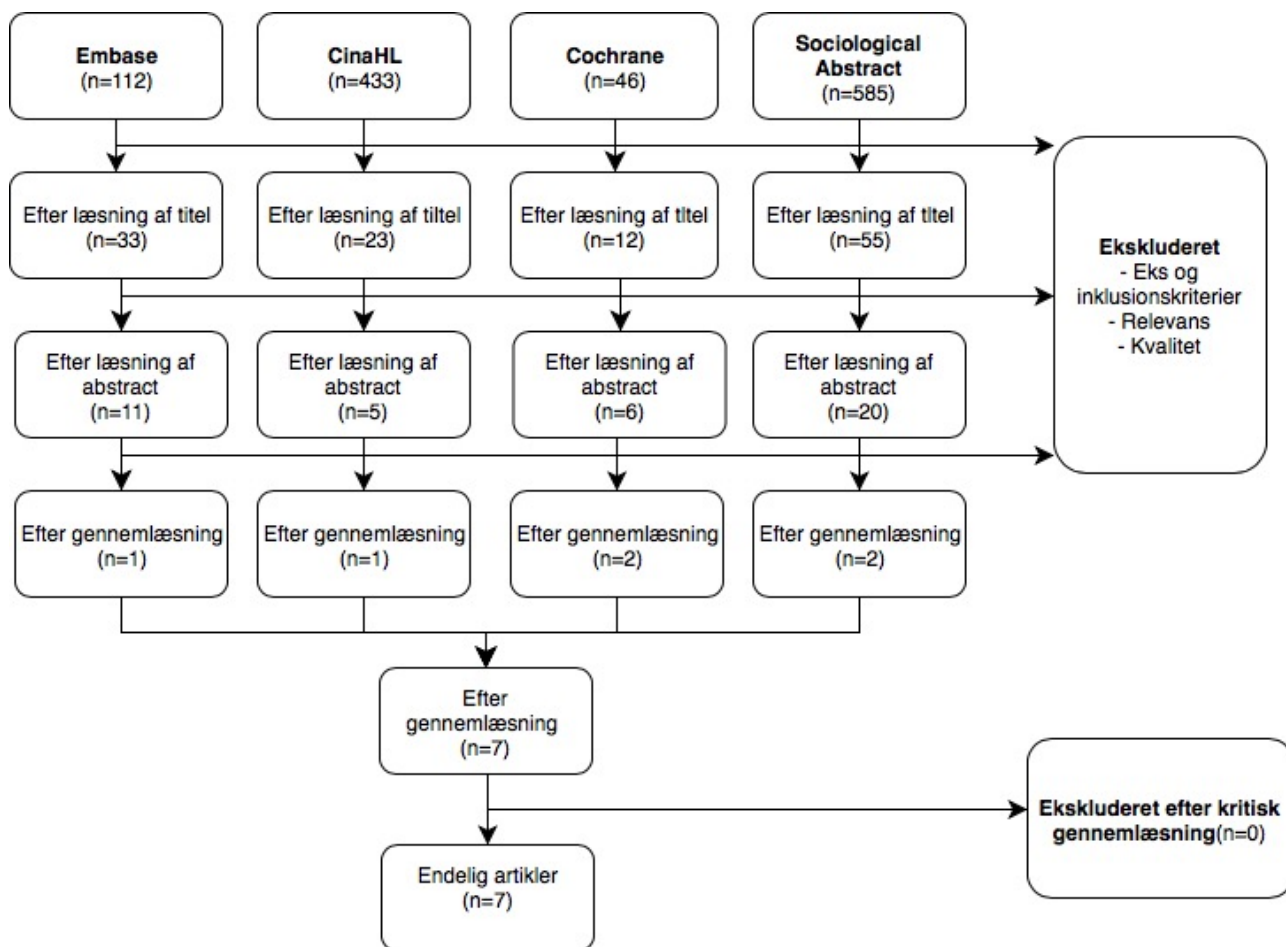
er der anvendt kontrollerede emneord, som er sammenlignelige eller synonyme på tværs af databaserne. I Embase er der i facet 1 ikke medtaget nogle kontrollerede emneord, da Social inequality, Social inequalities og Inequality i denne database kun eksisterer som Candidate term. Betegnelsen Candidate term indikerer, at disse kontrollerede søgeord på nuværende tidspunkt ikke er MeSH-termer, men er kvalificeret til at blive det. I Cochrane findes der ligeledes ingen kontrollerede emneord for social ulighed, hvorfor det kontrollerede emneord Socioeconomic Factors i stedet er anvendt, da dette på denne database anvendes synonymt med social ulighed. Derudover er anvendelsen af fritekstsøgeord systematiseret på tværs af databaser, eksempelvis ved brugen af disparit\* i alle databaser. Derudover dækker facet 4 over sundhedspolitik, hvorfor dette er inddraget som kontrolleret emneord i alle databaser, på nær Sociological Abstract, der ikke har et kontrolleret emneord for dette, her er det i stedet inddraget som fritekstsøgeord. Et eksempel på søgestrategien anvendt i Embase ses i nedenstående tabel 4.

**Tabel 4: Søgestrategi i Embase.**

| OR<br>↓ | AND →                                                                                                                                                                                     |                                                        |                                                                                                                                                      |                               |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|         | Database: Embase                                                                                                                                                                          |                                                        |                                                                                                                                                      |                               |
|         | Facet 1                                                                                                                                                                                   | Facet2                                                 | Facet 3                                                                                                                                              | Facet 4                       |
|         | <b>EMTREE</b><br><b>(Candidate term)</b><br>'Social inequality'/exp<br>'Social inequalities'/exp<br>'Inequality'/exp<br><br><b>Fritekst</b><br>'Social inequal*'<br>Inequal*<br>Disparit* | <b>EMTREE</b><br>'Health'/exp<br>'Health behavior'/exp | <b>EMTREE</b><br>'primary prevention'/exp<br>'secondary prevention'/exp<br>'tertiary prevention'/exp<br><br><b>Fritekst</b><br>"Disease prevention*" | <b>EMTREE</b><br>'policy'/exp |

### 5.6.6 UDVÆLGELSE OG VURDERING AF STUDIER

De fremkomne studier er udvalgt systematisk ved først læsning af titel, dernæst abstract og endeligt gennemlæsning af studierne, med udgangspunkt i de opstillede in- og eksklusionskriterier. Efter gennemlæsning er syv studier udvalgt til kritisk gennemlæsning. Nedenstående figur 5, flowdiagram, viser den specifikke udvælgelse.



Figur 5: Flowdiagram over udvælgelse af studier.

Siden introduktionen af evidensbaseret medicin, er der løbende udviklet og publiceret forskellige redskaber til kritisk læsning af videnskabelig litteratur. Derfor findes der mange typer af tjeklister til mange typer af studier, fælles for dem er, at de bidrager til en kritisk tilgang til studierne, således deres kvalitet kan vurderes (Lund *et al.*, 2014). Således er studierne i dette speciale ligeledes blevet kvalitetsvurderet gennem brugen af tjeklister, som kan ses i bilag 3. Ifølge Kristensen og Sigmund

(2007) kan brugen af tjeklister, til kritisk læsning af studier, bidrage til at skabe en systematisk gennemgang af studiernes metodiske kvalitet, herunder bias, fejl og mangler. Således blev syv studier på baggrund af den kritiske læsning vurderet i forhold til deres kvalitet og overførbarehed og fundet egnet til videre brug i analysen.

Til systematiske reviews er der anvendt PRISMA. Den er ikke udarbejdet med formålet om kritisk vurdering, men kan alligevel anvendes her til, da den bidrager med systematik og gennemsigtighed i kvalitetsvurderingen (Moher *et al.*, 2009). Til tværsnitstudier anvendes Strobe, som er en tjekliste udarbejdet til observationelle studier (von Elm *et al.*, 2008). Til kritisk læsning og vurdering af kvalitative studier samt studier med atypiske designs er der anvendt tjekliste fra Critical Appraisal Skills Programme (CASP UK, 2017). CASP har forskellige tjeklister, som oprindeligt er udarbejdet til randomiserede kontrollerede forsøg, men nu i stedet er tilpasset kvalitativ forskning (CASP UK, 2017). På baggrund af disse tjeklister er studierne vurderet for deres kvalitet, bias, fejl og overførbarehed, således der tages højde for dette i den videre analyse. Efter kritisk gennemgang af studierne, er de kodet med henblik på at skabe temaer på tværs af studierne til brug i analysen, således der opnås en systematisk tilgang til studiernes resultater. Dermed danner temaerne opnået gennem kodning overskrifterne i analysen.

## 5.7 FORSKNINGSETISKE OVERVEJELSER

Inden for socialkonstruktionismen, som udgør den videnskabsteoretiske position, ansues etik som en social konstruktion og som et produkt af diskurser, og der kan derfor ikke skabes en fælles forståelse af begrebet på tværs af eksempelvis kulturer (Brinkmann, 2015). Men inden for folkesundhedsvidenskab er sikring af forskningsetikken central både før, under og efter en undersøgelse (Tanggaard and Brinkmann, 2015). hvorfor der med afsæt i, at der i dette speciale arbejdes inden for den kvalitative metode, i det følgende tages udgangspunkt i Svend Brinkmanns (2015) etiske tommelfingerregler. Disse kan fungere som anvisning til, hvordan forskningsetikken bedst muligt sikres. Ifølge Brinkmann (2015) er det vigtigt, at være opmærksom på de konsekvenser, der kan opstå på baggrund af ens undersøgelse, hvor både mikroetiske og makroetiske konsekvenser nævnes som centrale. Mikroetiske konsekvenser uddybes ikke yderligere, da der i dette speciale ikke inddrages deltagere i undersøgelsen. På baggrund af formålet om at undersøge diskursive forståelser af social ulighed i sundhed, med henblik på at skabe grundlag for forandring af dette, er der



derimod risiko for, at makroetiske konsekvenser kan opstå. Makroetiske konsekvenser omhandler, ifølge Brinkmann (2015), de samfundsmæssige konsekvenser, der kan opstå i forbindelse med publicering af specialets resultater. Her er det vigtigt at medtænke, hvordan resultaterne kan anvendes eller misbruges af andre samt om disse kan have negativ eller positiv betydning for specifikke grupper i samfundet (Brinkmann, 2015). Dermed kan de resultater, der opnås have makroetiske konsekvenser igennem forandring og konstruering af tilgangen til social ulighed i sundhed i samfundet. På baggrund af dette gøres der løbendes overvejelser om, hvorvidt resultaterne kan have konsekvenser i den sociale verden.

# DEL 3

- RESULTATER -

## 6. KRITISK DISKURSANALYSE AF FOREBYGGELSESPAKKERNE

I de følgende afsnit vil de seks udvalgte kommunikative begivenheder, som udgøres af forebyggelsespakkerne, analyseres med udgangspunkt i Faircloughs (1992) tredimensionelle model. Dette med målet om at besvare forskningsspørgsmålet *“Hvilke diskursive forståelser af social ulighed i sundhed er konstituerende i de nationale forebyggelsespakker?”*. Dimensionerne er indbyrdes afhængige, men adskilles alligevel analytisk, for at opnå en mere systematisk og dybdegående analyse. Således bevæger diskursanalysen sig fra mikro- til makroniveau gennem en analyse af først tekstdimensionen, så den diskursive praksis og slutteligt den sociale praksis.

### 6.1 TEKSTANALYSE

I følgende afsnit vil den første dimension af den kritiske diskursanalyse, tekstanalysen, af forebyggelsespakkerne fremgå. Tekstanalysen inddeles i de overordnede temaer; *Ordvalg, modalitet og kohæSION*.

#### 6.1.1 ORDVALG

På tværs af alle forebyggelsespakker pointeres det, at de forebyggende indsatser i forhold til at forbedre sundheden indenfor områderne *Alkohol, Tobak, Overvægt, Fysisk Aktivitet, Mental Sundhed* og *Mad & Måltider* skal rettes mod specifikke befolkningsgrupper, hvilke betegnes som *særligt udsatte grupper* (Sundhedsstyrelsen, 2012b, p. 4). Ved brug af disse ordvalg samles og kategoriseres en stor gruppe af mennesker under en betegnelse på trods af, at denne gruppe formodentligt ikke fremstår som en homogen gruppe af individer. Det kan have utilsigtede konsekvenser, i form af stigmatisering, da individer der placeres i denne gruppe, ikke selv identificerer sig som sådan. Dermed opnår forebyggelsespakkerne ikke den tilsigtede effekt, hvilket kan påvirke folkesundheden. Ligeledes ses anvendelse af ordvalg som *normalvægt, moderat overvægt* og *svær overvægt* i følgende citat at bidrage med at tydeliggøre forskelle mellem grupper i samfundet;

*“Denne forebyggelsespakke omhandler fremme af normalvægt, forebyggelse af moderat overvægt blandt borgere med normalvægt og forebyggelse af svær overvægt blandt borgere med moderat overvægt.”*. (Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 4).

Desuden er det uklart, hvad ordvalget *normalvægtig* indebærer, da der kan sættes spørgsmålstejn ved, hvad det vil sige at være normalvægtig. Fremstillingen af dette kan bidrage til en normalisering af, hvad det vil sige at være normal og sund, og tager ikke højde for individuelle faktorer som muskelmasse eller alder. Dermed kan denne kategorisering i stedet for at bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed bidrage med at tydeliggøre den yderligere.

Foruden dette, er anvendelse af ord som *social gradient*, *kortuddannede* og *længere uddannede* med til at tydeliggøre, hvorledes Sundhedsstyrelsen ser ud til at anskue social ulighed i sundhed som en gradvis ulighed i hele befolkningen og dermed mellem forskellige sociale positioner. Dette fremgår af følgende citat;

*“Der ses en tydelig social gradient i forekomsten af moderat overvægt, og gradienten er endnu større for svær overvægt [...] Forekomsten af overvægt er tre til fire gange højere hos kortuddannede end hos længere uddannede.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012f, pp. 29–30).

Ligeledes fremgår ordvalg som *arbejdsløse*, *førtidspensionister* og *efterlønsmodtagere*, hvilke referer til forståelse af social ulighed i sundhed ud fra en dikotomi og kan bidrage med at tydeliggøre underprivilegerede gruppers helbredsproblemer yderligere. Desuden fremhæver Sundhedsstyrelsen, at et fokus på gruppers forskelligheder og dermed forskellige risikofaktorer kan bidrage med at udligne social ulighed i sundhed. Det fremgår gennem interdiskursiviteten, hvor ordvalg som *tobaksafhængighed*, *alder*, *socioøkonomiske forhold*, *anerkendende tilgang* samt *inddragelse af værdier og forventninger* fremhæves. Dermed tillægges både strukturelle og individuelle faktorer betydning i forhold til reducere af social ulighed i sundhed. Inddragelse af strukturelle aspekter er dog ikke noget, der fremhæves konsekvent på tværs af den kommunikative begivenhed, men fremhæves især i forebyggelsespakkerne rettet mod *Tobak*, *Mental Sundhed* og *Mad & Måltider*. Således ændres ordvalgene på tværs af forebyggelsespakkerne og dermed forståelsen af årsagerne til ulighed i sundhed, hvormed der kan sættes spørgsmålstejn ved Sundhedsstyrelsens egentlige forståelse.

Overordnet ses på tværs af den kommunikative begivenhed at ordvalg illustrerer et fokus på at forbedre befolkningens sundhed gennem *forebyggelse af sygdom*, *bevarelse af funktionsevnen*, *adfærdsændring* samt *mindskning af risikofaktorer*. Af følgende citat fremgår, at et fokus på

risikofaktorerens betydning for udviklingen af sygdom er væsentligt, dog pointeres det desuden, at faktorer i omgivelserne tilsvarende har betydning for *funktionsnedsættelse, uarbejdsdygtighed og sygdom*;

*“Meget tyder på, at antallet af risikofaktorer har stor betydning for dårlig mental sundhed og evt. senere udvikling af psykiske lidelser, samt at faktorer i omgivelserne kan være med til at forme udviklingsforløb, der resulterer i funktionsnedsættelse, uarbejdsdygtighed og sygdom.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012e, p. 4).

Ovenstående brug af ordvalg indikerer, at forbedring af befolkningens sundhed i den kommunikative begivenhed i høj grad kan ses i relation til den biomedicinske tankegang, hvor formålet er at opnå fravær af sygdom. Denne tilgang kan anskues som forsimplet, hvor eksempelvis den bio-psykosociale model inddrager flere perspektiver på sundhed og sygdom. Udover dette anvendes i to af forebyggelsespakkerne omhandlende *Mental Sundhed* og *Mad & Måltider*, ordvalg som *sundhedsfremme, sygdomsbeskyttende* samt *strukturelle og sociale rammer*, hvilket indikerer, at et fokus på andre aspekter og inddragelse af en bredere tilgang til social ulighed i sundhed ligeledes vurderes at have betydning for forbedring af sundheden.

Foruden ovenstående har anvendelse af specifikke ordvalg betydning for, hvilken styring der kommer til syne i den kommunikative begivenhed. Følgende citat er et eksempel herpå; *“Kommunen har med sin daglige kontakt til en stor del af borgerne en enestående mulighed for at skabe gode rammer for sund mad og gode måltidsvaner.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012d, p. 4). I citatet lægges vægt på kommunens mulighed for at fremme sunde mad og måltidsvaner i befolkningen. Ved anvendelse af ordvalgene *enestående mulighed* klarlægges hvilken styring, der benyttes. Ansvar for forbedring af sundheden placeres herved hos kommunen, hvorved Sundhedsstyrelsen fralægges ansvaret. Desuden tydeliggøres det med ordvalgene *en stor del af borgerne*, at der ikke er tale om hele befolkningen, men kun den del kommunen har kontakt med, hvorved det bliver uklart, hvorledes dette har betydning for reducere social ulighed i sundhed i befolkningen. Ligesom ansvaret ses at blive placeret hos kommunen, fremgår ligeledes en placering af ansvaret for forbedring af sundheden blandt befolkningen og udvalgte målgrupper, eller risikogrupper, i befolkningen, hvilket er gennemgående for den kommunikative begivenhed. Dette fremgår af følgende citat; *“Hvis fysisk inaktive danskere som minimum opnår at blive moderat fysisk aktive, vil det årligt medføre knap*

*4.500 færre dødsfald i Danmark...*" (Sundhedsstyrelsen, 2012b, p. 6). Igen illustrerer anvendelse af ord som *minimum opnår* en pålægning af ansvaret samt en forventning om, hvad inaktive danskere bør opnå som minimum. Samtidig er ordene *inaktive* og *aktive* danskere med til at dikotomisere befolkningen og hvad der anskues som sund levevis. Dermed dikotomiseres den sociale ulighed i sundhed.

Således fremgår ordvalgene, der kommer til syne i den kommunikative begivenhed at have betydning for måden, hvorpå social ulighed i sundhed anskues og håndteres gennem forebyggelse indenfor specifikke områder. Desuden fremgår ingen tydelig konsekvens i den kommunikative begivenhed i inddragelsen af strukturelle, sociale og miljømæssige aspekter i forebyggelsen. Således er det forskelligt, hvilke ordvalg der dominerer, hvor det til dels er med fokus på individuelle årsager, der ligger til grund for social ulighed i sundhed og til dels mere strukturelle, sociale og miljømæssige årsager. Det gør sig ligeledes gældende for forståelsen af social ulighed i sundhed. Her varierer ordvalgene mellem social ulighed i sundhed som dikotomi og som gradient, dog ofte generelt med den underliggende betydning som dikotomi.

### 6.1.2 MODALITET

Tilgangen til social ulighed i sundhed varierer alt efter brug af modalitet. Eksempelvis anvendes den kategoriske modalitet *"har"* og *"er"*; *"Da både forekomsten og effekten af tobaksrygning er socialt skævt fordelt, har den en stor betydning for ulighed i sundhed i den danske befolkning 11."* (Sundhedsstyrelsen, 2012g, p. 4). Hermed tillægges udsagnet en fuldstændig sandhed om, at rygning er skævt fordelt og dermed har betydning for social ulighed i sundhed. Således anerkendes ulighed også som et problem af Sundhedsstyrelsen og er et fokusområde, de anvender deres magtposition til at tilgå gennem forebyggelsespakkerne. Dette gør sig ikke kun gældende for rygning, men understøttes eksempelvis af forebyggelsespakken om mental sundhed; *"Indsatser til fremme af mental sundhed spiller dermed en afgørende rolle for at reducere social ulighed i sundhed."* (Sundhedsstyrelsen, 2012e, p. 5). Her illustreres stor affinitet til udsagnet om betydningen af mental sundhed i relation til reducere social ulighed i sundhed.

Forebyggelsespakkerne er flere steder baseret på evidens og brug af kategorisk modalitet anvendes ofte, som eksempelvis; *"Hvis man derimod laver særlige tilbud til fx socialt udsatte overvægtige, der er fysisk inaktive, er risikoen for stigmatisering større."* (Sundhedsstyrelsen, 2012b, p. 13). Her

anvendes "er" to steder i sætningen, hvormed der anlægges høj grad af affinitet til udsagnet. Samtidig er modaliteten objektiv, idet der ikke angives, hvem udsagnet tilhører, men der anvendes "man". Dermed fremgår det af forebyggelsespakkerne, at de kommunikative begivenheder fremlægges som sandheder med en objektiv tilgang, hvormed Sundhedsstyrelsens subjektive holdning fremstilles som universel. Modalitetsverbet "kan" anvendes ligeledes; *"En multikomponent indsats kan bestå af bred information, individuel vejledning til personer i særlig risiko, ændringer i de fysiske rammer for mad og måltider samt indsatser i sociale miljø"* (Sundhedsstyrelsen, 2012d, p. 10). Her tillægges den kommunikative begivenhed ikke den samme affinitet som forrige, hvor Sundhedsstyrelsen dermed ikke i så høj grad forstår en multikomponent indsats som effektiv, da denne ikke tillægges den samme grad af sandhed. Et andet perspektiv på dette fremgår af en anden forebyggelsespakke. Her anvendes "er" hvormed det bliver en fuldstændig sandhed; *"Derudover er der en række tilgange og indsatser, som det vurderes, at der er positiv effekt af, men hvor der ikke i samme omfang er evidens for effekten"* (Sundhedsstyrelsen, 2012a, p. 12). Af den kommunikative begivenhed fremgår det dog ligeledes, at selvom det bliver fremstillet som fuldstændig sandhed, at indsatser har effekt, er der ikke nødvendigvis evidens for det. Dermed opstår sandheden på baggrund af en vurdering og ikke egentlig evidens.

Således er der varierende grad af styrken bag indsatserne i forebyggelsespakker, hvor nogen tillægges højere grad af sandhed end andre i forhold til forebyggelse og dermed også reducere af social ulighed i sundhed. Fælles for forebyggelsespakkerne er, at kategoriske modalitet anvendes ofte, hvilket understøtter Sundhedsstyrelsens magtposition.

### 6.1.3 KOHÆSION

Forebyggelsespakker er faktabaserede rapporter, hvilket kommer til udtryk i kohæsionen, hvor sætningerne understøtter hinanden i argumentationskæder;

*"Størstedelen af anbefalingerne i forebyggelsespakkerne om mad & måltider og fysisk aktivitet er afgørende elementer i en bred kommunal indsats til forebyggelse af overvægt, også selvom det for mange af indsatserne ikke er undersøgt, om de isoleret set forebygger overvægt."* (Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 15).

Her fremsættes pointen i første ledsætning, for derefter at underbygges i næste ved hjælp af bindeordet også. Påstanden anvender stærkt ladede ord som afgørende elementer til at underbygge vigtigheden, som bindes sammen med en ledsætning, hvor styrken er svagere. Dermed fremstår vigtigheden af sætningen delt, idet anbefalingerne er afgørende, men samtidig ikke er undersøgt tilstrækkeligt. Det er et kendetegn, der går igen på tværs af forebyggelsespakkerne, hvor det fremgår, at ikke alle anbefalinger hviler på et lige stærkt grundlag.

Tilgangen til social ulighed i sundhed varierer indenfor forebyggelsespakkerne og på tværs. Eksempelvis omtales uligheden som en gradient;

*“Der er en klar social gradient i rygeadfærden. Undersøgelser viser således, at der er mere end dobbelt så mange dagligrygere og tre gange så mange storrygere blandt de kortest uddannede som blandt de længst uddannede.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012g, p. 4).

Her fremgår det af første sætning, at uligheden ansues som en gradient. Sidste del af den kommunikative begivenhed har dog en anden forståelse, hvor sundhedstilstanden deles op i to grupper. Dette perspektiv understøttes af følgende kommunikative begivenhed;

*“Regelmæssige måltider i løbet af en dag fremmer muligheden for at holde fast i sunde madvaner, mens uregelmæssige måltidsmønstre kan medføre øget risiko for indtag af usund mad mellem måltiderne, lavt indtag af frugt og grønt samt udvikling af overvægt.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012d, p. 4).

Her dikotomiseres livsstilen og dermed forebyggelse i en rigtig og forkert måde. Således er det mindre klart, hvordan den sociale gradient her indvirkning her.

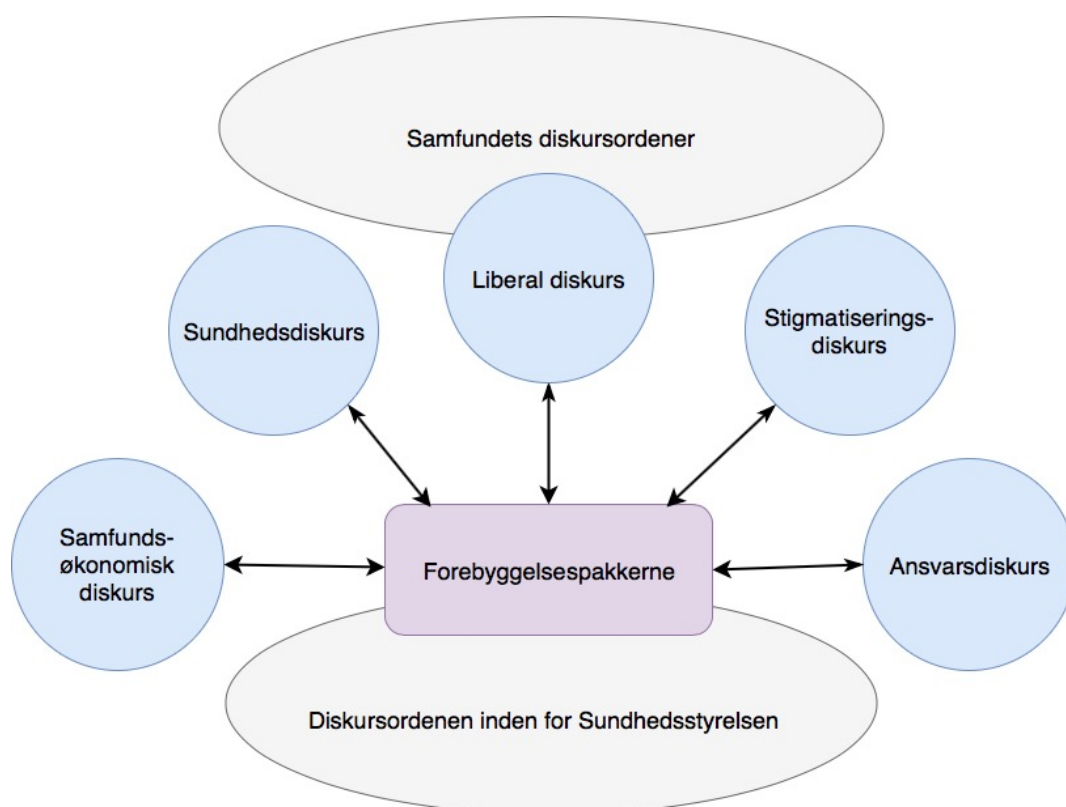
Betydning af social ulighed i sundhed har varierende fokus gennem forebyggelsespakkerne, men generelt er der en anerkendelse af, at det har betydning for både borgerne og samfundet. Det kommer til udtryk således; *“Det har betydelige omkostninger – ikke kun for den enkelte borger – men også for dennes børn og samfundet.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012a, p. 1). Her fremstår det som en selvfølge, at det er et problem for den enkelte gennem brugen af indskudt sætning, hvormed børn og samfund kommer i anden række. Dette perspektiv fremgår ligeledes i kohætionen ved brug af bindeordet ”så”; *“... hvis det via tidlig indsats lykkes at sikre et liv som selvforsørgende for ét ud af fem børn, så vil der udover den menneskelige gevinst være tale om en samfundsøkonomisk gevinst.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012e, p. 9). I sætningen fremstilles den menneskelige gevinst som mindre



væsentlig idet det fremstår som en indskudt sætning, og den *samfundsøkonomiske gevinst* bliver her det centrale. Således fremgår betydningen af ulighed i sundhed at have underlagte betoning i forhold til, hvilke gevinster det vægtes højest.

## 6.2 ANALYSE AF DEN DISKURSIVE PRAKSIS

Til at undersøge den anden dimension, diskursiv praksis, tages der udgangspunkt i begrebet intertekstualitet med inddragelse af interdiskursivitet. På baggrund af kodningen fra tekstanalysen samt selve tekstanalysen er følgende diskurser identificeret; *Sundhedsdiskurs*, *Ansvarsdiskurs* og *liberal diskurs*, *Samfundsøkonomisk diskurs* og en *stigmatiseringsdiskurs*. De fire diskurstyper illustreres i figur 6 nedenfor, og vil fremgå som overordnede temaer i analysen af den diskursive praksis. Her vil etablerede diskurstyper i den diskursive praksis fremanalyseres i forebyggelsespakkerne samt det vil undersøges, hvorvidt de diskurstyper der er til stede, bidrager til at opretholde eller ændre diskursordenen.



Figur 6: Illustration over diskurstyper.

### 6.2.1 SUNDHEDSDISKURS

Overordnet trækker forebyggelsespakkerne på en sundhedsdiskurs, hvilket kommer til syne gennem en diskurstype omhandlende sygdom og forebyggelse heraf, således der kan opnås sundhed i befolkningen. Det fremkommer, at Sundhedsstyrelsen gennem forebyggelsespakkerne skaber et fokus på middellevetid, dødelighed og adfærdsændring, hvormed sundhed kan opnås gennem en reducere og forbedring af disse. Samtidig har forebyggelsespakkerne et fokus på KRAM-faktorerne gennem reducere af risikofaktorer med målet om at mindske sygdom og sociale uligheder i sundhed i befolkningen. Det fremgår eksempelvis i forebyggelsespakken omhandlende alkohol og et mål om at; *“... reducere alkoholforbruget blandt borgerne til lavrisikogrænsen, at udskyde alkoholdebuten og at reducere unges alkoholforbrug.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012a, p. 4). Der tages dermed afsæt i et overordnet mål, hvor ønsket er at leve sundt og det at leve sundt indbefatter et godt liv uden sygdom. Således tages der ikke hensyn til, at det kan være forskelligt for individer, hvorledes de forstår det at være sund, hvad sundhed er samt at et godt liv ikke nødvendigvis er lig med et sundt liv. Således er KRAM-faktorer centrale i forhold til forebyggelse af social ulighed i sundhed. Dog trækkes der på en diskursiv fremstilling af specifikke befolkningsgrupper som *særligt udsatte grupper* og *grupper med særlige behov*, hvilket følgende citat underbygger; *“... indsatser kan gøres relevante og tilgængelige for socialt sårbare og udsatte borgere og derved bidrage til at reducere den sociale ulighed på overvægtsområdet.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 16). Denne diskursive fremstilling af specifikke grupper i samfundet er med til at skabe en dikotomi, hvor grupper i samfundet italesættes som værende særligt udsat for udvikling af sygdom sammenlignet med den resterende befolkning. Ifølge Sundhedsstyrelsen er dette dog væsentligt, hvis man ønsker at reducere den sociale ulighed.

I forebyggelsespakkerne fremgår en diskurs omhandlende *sundhedsfremme, sociale og strukturelle rammer* og deres betydning for reducere af sygdom i befolkningen og blandt udsatte grupper, hvilket illustreres således;

*“Fremme af mental sundhed kan være et mål i sig selv, men det kan også være et middel til at fremme andre målsætninger, som fx at forbedre indlæring, reducere udgifter til specialundervisning, mindske frafald på ungdomsuddannelserne, øge beskæftigelsen, mindske sygefravær og sikre flere selvhjulpne ældre.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012e, p. 13).

Citatet illustrerer, at der er en kamp mellem forskellige diskursive forståelser af sundhed, hvor sundhedsdiskursen på nogle punkter især er orienteret mod forebyggelse, mens andre forebyggelsespakker ligeledes inddrager sundhedsfremme. Dermed har diskurstypen forskellige træk i forhold til, hvilken forståelse der er, omhandlende social ulighed i sundhed, og hvordan den reduceres. Således trækker diskurserne på forskellige forståelser på tværs af forebyggelsespakker, hvor forebyggelsespakken rettet mod overvægt eksempelvis har i højere grad anvender forebyggelse; *“Pakken omfatter forebyggelsestilbud til borgere med normalvægt og moderat overvægt, men omfatter ikke tilbud, herunder specialiserede tilbud, til borgere med svær overvægt.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 4). Det fremgår dermed, hvordan der sker en interdiskursiv blanding i sundhedsdiskursen, hvor der trækkes på forskellige diskurser inden for sundhedsdiskursen. Forebyggelsespakker anskuer nogle steder social ulighed i sundhed som noget, der skal forebygges, hvor andre har en mere sundhedsfremmende tilgang. Dog uden at de har en klar definition eller skelnen mellem de to begreber.

### 6.2.2 ANSVARS- OG LIBERAL DISKURS

Udover ovenstående fremgår det ligeledes af ordvalgene fra tekstanalysen, at ansvaret om at forbedre sundheden i befolkningen og blandt udvalgte målgrupper i høj grad tillægges kommunen og befolkningen selv, hvorfor der trækkes på en ansvarsdiskurs. I forbindelse med varetagelsen af dette ansvar italesættes vigtigheden af kompetenceudvikling i kommunerne på tværs af forebyggelsespakkerne; *“De kommunalt ansatte medarbejdere, der indgår i arbejdet med at forebygge og identificere overvægt hos borgerne, må have de rette kompetencer til at varetage disse opgaver.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 28). Desuden fremkommer en række krav til det kommunale fagpersonale, som skal varetage forebyggelsen, hvor blandt andet viden om forebyggelse indenfor alle de udvalgte forebyggelsespakker, udvidede færdigheder inden for sundhedspædagogik og adfærdsændring samt kompetencer i forhold til planlægning, analyse, monitorering samt evaluering af de forebyggende indsatser nævnes som centrale. Således kan der argumenteres for en diskurstype, som går på at varetagelse af de forebyggende indsatser er et professionelt ansvar. Samtidig pålægges ansvaret de kommunale medarbejdere, hvormed Sundhedsstyrelsen gennem forebyggelsespakkerne flytter ansvaret for den sociale ulighed i sundhed til kommunen.

I kombination med placering af ansvaret hos de kommunale instanser rettes ansvaret for forbedring af egen sundhed desuden mod befolkningen. Her nævnes at befolkningen gives muligheden for at opnå bedre sundhed, hvorfor der lægges op til at det er individet, der selv er ansvarlig for egne valg i relation hertil; *"Adgang for borgerne til at vælge sund mad og sunde spisemiljøer."* (Sundhedsstyrelsen, 2012d, p. 14). Man kan derfor argumentere for, at der foruden ansvarsdiskursen tilsvarende trækkes på en liberal diskurs, hvor befolkningen selv er ansvarlig for at ændre deres adfærd på baggrund af de kommunalt tilrettelagte forebyggende indsatser. Dermed lægges der op til, at de forebyggende indsatser skal gøre borgerne i stand til at håndtere egen sundhed ud fra den viden og de redskaber disse bidrager med. Ud fra et liberalistisk perspektiv retter forebyggelsen af social ulighed i sundhed sig i høj grad mod individuelle strategier, hvor formålet er, at staten ikke skal styre befolkningens liv, men at befolkningen skal udvikle og opnå viden om sygdom og sundhed, så de bliver i stand til at handle, hvilket også kan ses som en form for top-down styring. Der fremgår dermed en interdiskursivitet, hvor der ikke tages hensyn til, at en placering af et individuelt ansvar for forbedring af egen sundhed kan være problematisk, da ikke alle individer nødvendigvis kan gennemskue hvad der er sundt. Denne placering af ansvaret hos individet kan dermed have betydning for målet om at opnå mere social lighed i sundhed i befolkningen, idet ikke alle individet besidder samme evner for varetagelse af egen sundhed.

I nogle af forebyggelsespakkerne sker tildelingen af ansvaret for bedre sundhed ikke kun til kommunerne og individet, men også til samfundet generelt. Dette udspringer ligeledes gennem intertekstualitet, hvor forebyggelsespakker trækker på evidens med kildehenvisningerne, hvilket illustrerer historiciteten af ansvars pålæggelsen. Dette er eksempelvis tilfældet i forebyggelsespakken omhandlende overvægt;

*"...Da udvikling af overvægt er et resultat af både individuelle og samfundsmæssige forhold, er det væsentligt ikke at se overvægt alene som et individuelt anliggende og den enkeltes ansvar, men at erkende betydningen af og prioritere arbejdet med de samfundsmæssige rammer<sup>17-19</sup>."* (Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 7).

Ansvaret for forebyggelsen omtales interdiskursivt som mere kompleks og indbefatter flere aspekter end blot det individuelle. Således favner diskurstypen bredt, hvor forståelsen af social ulighed i

sundhed handler om mere end kun individuelle eller samfundsmæssige faktorer, men opstår på baggrund af begge.

### 6.2.3 SAMFUNDSØKONOMISK DISKURS

I forebyggelsespakkerne fremgår en interdiskursivitet om en række sundhedsmæssige konsekvenser i relation til sygdom i befolkningen, hvor der blandt andet trækkes på en samfundsøkonomisk diskurs. Her fremhæver Sundhedsstyrelsen sygdom, som både kan medføre menneskelige og samfundsmæssige omkostninger i form af *tabte leveår, tab i midlertidigheden, funktionsnedsættelse og uarbejdsdygtighed*. Der lægges stor vægt på at reducere af sociale uligheder i sygdom i befolkningen og i specifikke målgrupper skal medføre gevinster som især er til gavn for samfundet som helhed, hvorfor de individuelle gevinster ikke i lige så høj grad kommer til syne i teksterne; *“Det har betydelige omkostninger – ikke kun for den enkelte borger – men også for dennes børn og samfundet.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012a, p. 4). Her fremgår en interdiskursivitet om sygdom i befolkningen som problematisk for den samfundsøkonomiske udvikling, da dette, hvis ikke sociale uligheder i sundhed reduceres, kan medføre sundhedsmæssige konsekvenser i forhold til øgede omkostninger for samfundet på længere sigt. Samtidig er citatet en intertekstualitet i form henvisning til tidligere publiceringer fra Sundhedsstyrelsen. Dermed bliver det en reproduktion af tidligere diskurser.

### 6.2.4 STIGMATISERINGSDISKURS

Foruden sundhedsmæssige konsekvenser i form af øgede omkostninger til samfundet trækker Sundhedsstyrelsen på en stigmatiseringsdiskurs, hvor diskrimination og stigmatisering italesættes som mulige konsekvenser ved indsatser rettet mod at mindske social ulighed i sundhed i samfundet;

*“Ved indsatser rettet mod social ulighed er det vigtigt at vurdere, om indsatsen bidrager til stigmatisering. Indsatser i skolen kan imødegå denne udfordring, fordi alle deltager. Hvis man derimod laver særlige tilbud til fx socialt udsatte overvægtige, der er fysisk inaktive, er risikoen for stigmatisering større.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012b, p. 13).

Denne italesættelse ses dermed at stride imod det ellers tydelige fokus og fremstilling i forebyggelsespakkerne på særligt udsatte grupper, da dette tilsvarende vurderes at øge risikoen for stigmatisering, hvilket kan have betydning for bekæmpelsen af social ulighed i sundhed.

I forbindelse med stigmatiseringsdiskursen italesættes desuden vigtigheden i at bryde tabuet og arbejde ikke-stigmatiserende; *“Når man arbejder med borgere med overvægt, er det vigtigt at være opmærksom på, at BMI-grænser ikke er det samme som grænser for normalitet.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 7). Denne diskursive fremstilling strider imod Sundhedsstyrelsens ellers tydeligere opdeling af befolkningen i forhold til *normalvægtig*, *moderat overvægtig* og *svært overvægtig*, da denne opdeling bidrager til at synliggøre en forståelse af, hvad normalitet i forhold til overvægt indebærer. Følgende citat illustrerer et eksempel på denne problematik; *“...stigmatisering af borgere med overvægt, og især af borgere med svær overvægt, har alvorlige psykosociale konsekvenser...”* (Sundhedsstyrelsen, 2012f, p. 7). Her fremhæves borgere med svær overvægt som særligt problematiske samtidig med, at det klarlægges, at denne stigmatisering kan medføre yderligere sundhedsmæssige konsekvenser, såsom psykosociale konsekvenser.

## 6.3 ANALYSE AF DEN SOCIALE PRAKSIS

I analysen af den tredje dimension af Faircloughs (1992) tredimensionelle model vil diskursive og ikke-diskursive praksisser sættes i relation til den bredere sociale praksis. Her vil de samfundsmæssige strukturers og diskursernes betydning for den sociale praksis, inden for forebyggelse af social ulighed i sundhed, fremanalysere for at få en forståelse for, hvilken betydning disse har for den diskursive forståelse af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne, og dermed også for den sociale praksis i relation hertil. For at undersøge dette inddrages de teoretiske begreber omhandlede ideologi og hegemoni samt sociologisk teori i form af Foucaults begreber om biomagt og governmentality.

### 6.3.1 HEGEMONI INDEN FOR FOREBYGGELSE

I de nationale forebyggelsespakker fremkommer forskellige diskursive forståelser af, hvorledes reduktion af social ulighed i sundhed inden for områderne *Alkohol*, *Fysisk Aktivitet*, *Mad & Måltider*, *Mental Sundhed*, *Overvægt* og *Tobak* samt hvordan forebyggelsen af denne skal håndteres. Ifølge Fairclough (1992) kan der inden for en social praksis eksistere forskellige ideologier, som kan påvirke måden, hvorpå viden konstrueres og opretholdes inden for en bestemt social praksis. Inden for den sociale praksis af Sundhedsstyrelsen fremgår ligeledes at eksistere forskellige ideologier, hvilke kommer til syne i forebyggelsespakkerne gennem italesættelsen af håndteringen af social ulighed i

sundhed. Her fremgår det, at der eksisterer to forskellige ideologier i forhold til forebyggelse og reducere af social ulighed i sundhed. Især fremstår forebyggelsespakkerne at være domineret af en ideologi, hvor der rettes et særligt fokus på vigtigheden af forebyggelse af sygdom. Her fremhæves reducere af risikofaktorer og adfærdsændring som det mest væsentlige i relation til reducere af social ulighed i sundhed. Dermed fremgår forebyggelsesdiskursen især at være præget af en biomedicinsk forståelse, hvor sundhed forstås snævert som fravær af sygdom. På trods af et fokus på forebyggelse, gennem reducere af individuelle risikofaktorer og adfærdsændring, har betydningen af mere sundhedsfremmende faktorer ligeledes vundet indpas i den diskursive praksis i forebyggelsespakkerne. Dette fremgår i nogle af forebyggelsespakkerne og deres fokus på inddragelse af ændring og forbedring af kontekstuelle og strukturelle omgivelser samt fremme af sociale relationer og handlekompetencer i indsatserne rettet mod forbedring af sundheden i befolkningen. Dette kan relateres til en ideologi, hvor reducere af social ulighed i sundhed forstås ud fra en mere relativistisk forståelse, hvor bekæmpelsen af social ulighed i sundhed indebærer en bredere tilgang til at forstå og håndtere sundhed og sygdom på. Dette kommer til udtryk gennem italesættelsen af vigtigheden i at medtænke disse sundhedsfremmende faktorer i bekæmpelsen af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne.

Med afsæt i begrebet om hegemoni udgør de to ideologier, hvor forebyggelse på den ene side forstås ud fra en snæver biomedicinsk forståelse og på den anden side ud fra en bredere relativistisk forståelse, hvor mere sundhedsfremmende aspekter inddrages, en hegemonisk magtkamp inden for domænet omhandlende forebyggelse. Ud fra Foucaults begreb om governmentality kan denne hegemoniske magtkamp ligeledes have betydning for, hvorledes Sundhedsstyrelsen vælger at styre befolkningen mod bedre sundhed, da den ideologi, der vinder hegemoni, kommer til at udgøre den styring, der kommer til udtryk. Ifølge Fairclough (1992) kan hegemoniske magtkampe medføre at eksisterende diskurser enten reproduceres eller forandres. Således kan italesættelsen af vigtigheden af inddragelse af sundhedsfremmende aspekter, i nogle af forebyggelsespakkerne, bidrage til at udfordre den dominerende diskursive forståelse, hvor reducere af social ulighed i sundhed forstås ud fra en snæver biomedicinsk forståelse, hvilket på sigt kan medføre en forandring i tilgangen til at reducere social ulighed i sundhed. Der kan argumenteres for, at den dominerende ideologi, hvor forebyggelse forstås ud fra en biomedicinsk tilgang, stadig har hegemoni inden for området.

Det kan medføre, at muligheden for forandring af diskursen, omhandlende forebyggelse af social ulighed i sundhed og dermed forandring af den sociale praksis i relation hertil, begrænses. I stedet kan denne dominerende ideologi medføre, at tilgangen til forebyggelse af social ulighed i sundhed reproduceres og dermed ikke ændres, da denne er med til at opretholde den diskursorden, der eksisterer i Sundhedsstyrelsen.

Når Sundhedsstyrelsen forsøger at lede befolkningen, og udsatte grupper heri, mod bedre sundhed ud fra en snæver forståelse af sundhed og sygdom, kan det, ifølge Pedersen (2010), betegnes som Foucaults begreb biomagt, hvilket kan bidrage til produktion af binære systemer, hvor opfattelsen af at være syg og rask påvirkes af statens måde at lede på. Foruden at påvirke måden hvorpå social ulighed i sundhed menes at kunne håndteres og dermed reduceres, kan denne dominerende diskursive fremstilling, af forebyggelse af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne, ligeledes påvirke sociale strukturer i samfundet, ved at bidrage med at regulere og normalisere samfundets opfattelse af at være syg og rask. Desuden kan denne normalisering af de diskursive praksisser i forebyggelsespakkerne samt deres påvirkning af ikke-diskursive praksisser medføre utilsigtede konsekvenser, hvis grupper i samfundet som adskiller sig fra denne opfattelse af normalitet, stigmatiseres. Dermed kan den diskursive forståelse af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne bidrage til at skabe større ulighed i befolkningen, hvis måden hvorpå social ulighed i sundhed menes at kunne håndteres, bidrager til at udstille og fremhæve bestemte befolkningsgrupper negativt.

Foruden de diskursive praksisser, kan forskellige ideologier, ifølge Fairclough (1992), tilsvarende eksistere i forskellige sociale praksisser. Det vil sige, at foruden de ideologier som er indlejret i den diskursive praksis, kan ideologier indlejret i den sociale praksis, som Sundhedsstyrelsen er en del af, ligeledes have betydning for muligheden for at udvikle og forandre tilgangen til reducere af social ulighed i sundhed. Denne betydning kan opstå, idet det kan være svært at se bort fra de sociale strukturer, såsom sociale hierarkier, der eksisterer inden for Sundhedsstyrelsen som social praksis. Ifølge Fairclough (1992) kan det være svært for en gruppe eller en institution at se bort fra de ideologier, der dominere inden for dennes sociale praksis. Dermed kan opmærksomhed mod netop de eksisterende diskurser som bidrager med at opretholde den dominerende ideologi, inden for Sundhedsstyrelsen, medføre, at der rettes et kritisk blik mod den måde, hvorpå social ulighed i sundhed



menes at kunne reduceres, og dermed skaber mulighed for forandring. Foruden dette kan sociale strukturer i samfundet, hvor den biomedicinske tilgang i forhold til forebyggelse af sygdom historisk har domineret, tilsvarende have betydning for de diskursive forståelser, der eksisterer i forhold til forebyggelse af social ulighed i sundhed inden for den sociale praksis af Sundhedsstyrelsen og medføre at disse ikke forandres.

Således fremgår det af de diskursive praksisser i forebyggelsespakkerne at tilgangen til forebyggelse af social ulighed i sundhed domineres af en snæver biomedicinsk tilgang, hvor sundhed forstås som fravær af sygdom og kan forebygges ved reducere af risikofaktorer og adfærdsændring. Dog udfordres denne ved et større fokus på blandt andet sundhedsfremmende og kontekstuelle faktorer, som ligeledes vurderes at have betydning for reducere af sygdom og social ulighed i befolkningen. Den diskursive forståelse forebyggelsespakkerne domineres af, er dermed også konstituerende for måden hvorpå, social ulighed i sundhed håndteres og menes at kunne reduceres, hvilket kan have negative utilsigtede konsekvenser i form af manglende reducere af social ulighed i sundhed og stigmatisering af bestemte befolkningsgrupper. Ligeledes har eksisterende sociale strukturer i samfundet og inden for den sociale praksis af Sundhedsstyrelsen tilsvarende betydning for opretholdelsen af denne diskurs samt muligheden for at forandre denne.

### 6.3.2 DEN DIALEKTISKE BETYDNING FOR SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

I sundhedsdiskursen fremgår det, hvordan social ulighed i sundhed som gradient ikke vinder hegemoni i forebyggelsespakkerne, men at den underforståede betydning bærer præg af at anskue uligheden som en dikotomi. Dermed fremgår den diskursive forståelse af social ulighed i sundhed som en gradient ikke at være tydelig, og den underforståede anskuelse af social ulighed i sundhed som en dikotomi kan tyde på, at diskursen i forhold til social ulighed i sundhed undergår en hegemonisk magtkamp, som kan være med til at præge diskursordenen, der hersker i Sundhedsstyrelsen. Gennem sundhedsdiskursen, om social ulighed i sundhed som dikotomi, fremgår ligeledes årsager til og forståelse af social ulighed i sundhed. Sundhedsdiskursen tillægger i høj grad livsstilsrelaterede risikofaktorer som KRAM-faktorer ansvaret for den sociale ulighed i sundhed. Det er i tråd med Foucaults begreb biomagt, hvor målet er at forbedre sundheden i befolkningen gennem fremme af helbred og levetid (Pedersen, 2010). Dermed vil Sundhedsstyrelsen regulere befolkningens sundhed

gennem udarbejdelse af interventioner målrettet reducere af livsstilsrelaterede risikofaktorer, da disse vurderes at være årsag til social ulighed i sundhed. Således bliver Sundhedsstyrelsen en magt instans, som søger at styre befolkningen imod bedre sundhed og herunder reducere af social ulighed i sundhed efter deres normer. Denne tilgang til social ulighed i sundhed kan ligeledes være med til at forklare, hvorfor sundhedsdiskursen underliggende anskuer uligheden som dikotomi. Biomagt kan være med til at producere binære systemer som eksempelvis syg eller rask, overvægtig eller normalvægtig, inaktiv eller aktiv (Pedersen, 2010), hvilket kan bidrage med at skabe normaliserende opfattelser i samfundet af årsagerne til social ulighed i sundhed. Dermed kan den biopolitiske tilgang være svær at forene med en tilgang til ulighed som gradient og i stedet bidrage til at inddele befolkningen i grupper. Denne gruppering kan skabe utilsigtede konsekvenser i form af fastholdelse af individer i uhensigtsmæssige grupper samt stigmatisering. Således eksisterer en hegemonisk magtkamp mellem de diskursive fremstillinger, der forekommer i forebyggelsespakkerne, hvor Sundhedsstyrelsen på den ene side fremhæver grupper i samfundet som særligt problematiske i forhold til social ulighed i sundhed sammenlignet med resten af befolkningen og samtidig italesætter denne fremhævelse som særligt problematisk.

Sundhedsdiskurserne inddrager ligeledes ind imellem et bredere perspektiv på social ulighed i sundhed, hvor levestandardrelaterede faktorer indgår. Dermed ændrer diskursen karakter på tværs af forebyggelsespakker, hvor Sundhedsstyrelsen anvender deres magtposition til både at styre befolkningen mod bedre sundhed, men ligeledes har forståelse af ulighed som noget, der kan opstå på grund af samfundsmæssige faktorer, såsom ulighed i ressourcer. Samtidig fremgår det gennem den samfundsøkonomiske diskurs, at en reducere af den sociale ulighed i sundhed ikke kun kommer den enkelte til gode, men ligeledes samfundet som helhed. Herigennem præges den klassiske økonomiske diskursorden i en retning, hvor indirekte gevinster ligeledes har hegemoni.

### 6.3.3 ANSVARET FOR REDUCERING AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

Diskursen omhandlende placeringen af ansvaret for forebyggelse af social ulighed i sundhed træder frem i samtlige forebyggelsespakker, hvor både kommunen og befolkningen ansvarliggøres for forbedring af sundheden. Her placeres ansvaret for kompetenceudvikling og udarbejdelse af interventionerne hos kommunalt ansatte, hvilke har til opgave at styre befolkningen mod bedre sundhed. Dermed kan der argumenteres for, at det kan have negative konsekvenser for reducere af den

sociale ulighed, hvis ansatte i kommunerne ikke har de nødvendige kompetencer til at håndtere problematikken samt hvis der ikke sker en løbende competenceudvikling.

Desuden fremgår en placering af ansvaret hos befolkningen og udsatte grupper i befolkningen at være domineret af en liberal diskurs, hvor ansvaret for egen sundhed placeres hos individet. Foucaults begreb om governmentality, omhandler at styre befolkningen mod selvstyring i forhold til at opnå bedre sundhed, da manglende styring både vil medføre individuelle og samfundsmæssige konsekvenser (Pedersen, 2010). Det betyder dermed, at denne form for styring er nødvendig i forhold til reducere af social ulighed i sundhed, hvis ønsket både er at opnå menneskelige og samfundsmæssige gevinster, hvilket de diskursive fremstillinger i forebyggelsespakkerne indikerer. Den diskursive fremstilling af ønsket om at opnå samfundsmæssige gevinster er med til at fremhæve en argumentation for, at også de sociale strukturer i samfundet, herunder blandt andet politiske krav og udspil, såsom ønsket om øget produktivitet i befolkningen, tilsvarende er med til at påvirke Sundhedsstyrelsen som social praksis og deres håndtering af social ulighed i sundhed. Således fremgår håndteringen af social ulighed i sundhed ligeledes at påvirkes af andre former for sociale praksisser i samfundet, herunder regeringen og staten.

Dermed er de nationale forebyggelsespakker således et eksempel på et forsøg på at lede befolkningen mod bedre sundhed ved at styre deres adfærd. Med afsæt i begrebet om governmentality fremgår Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af forebyggelsespakkerne dermed at være et styringsredskab til kommunerne, hvor udarbejdelsen af de forebyggende indsatser sker ud fra Sundhedsstyrelsens præmisser. Dette kan, ifølge Pedersen (2010), også betegnes som Foucaults begreb biomagt, hvor formålet er at fremme sundheden i befolkningen igennem kontrol. Således kan udarbejdelsen af forebyggelsespakkerne og de forebyggende indsatser opfattes som en biomagt, hvorigennem staten og kommunen kan kontrollere befolkningens helbreds niveau og levetid, og Sundhedsstyrelsen og kommunerne har magten til at kontrollere hvorledes den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Det kan betyde, at andre måder at tænke reducere af social ulighed i sundhed, som kunne være gavnlige herfor, eventuelt overses. Udover dette kan der ligeledes være risiko for, at der opstår uenigheder mellem Sundhedsstyrelsen og kommunen i måden hvorpå, dette menes at kunne håndteres.

Hensigten med kommunens udarbejdelse af de forebyggende indsatser er derudover at styre befolkningen, med henblik på at give dem redskaber til selvstyring. Man kan argumentere for, at denne placering af ansvaret og styring med henblik på selvstyring er med til at danne en magtstruktur i samfundet, hvor Sundhedsstyrelsen som overordnet instans og den diskursive praksis, der eksisterer her ses at have hegemoni. Dermed ses de sociale strukturer, der eksisterer i samfundet tilsvarende at have betydning for både den diskursive og den sociale praksis forebyggelsespakkerne udformes efter. Foucault påpeger, at denne form for magtstruktur gennem styring til selvstyring kan bidrage positivt til samfundet, da dette kan medføre øget produktivitet, hvis individer i samfundet er i stand til at yde modmagt ved at handle (Pedersen, 2010). Denne form for styring er dermed kun positiv for reducere af social ulighed i sundhed, hvis styringen udøves over for individer, som er i stand til at handle, hvilket placeringen af ansvaret hos udsatte grupper i befolkningen kan besværliggøre, da disse ikke nødvendigvis har ressourcerne til at håndtere egen sundhed. Når individer ikke er i stand til at yde denne modmagt, kan denne form for styring, ifølge Foucault, have negativ indflydelse, da dette kan medføre at individer ikke opnår bedre sundhed (Pedersen, 2010). Således kan både den diskursive fremstilling af placeringen af ansvaret ud fra en liberalistisk tankegang ligeledes medføre utilsigtede konsekvenser i form af en manglende forbedring af sundheden blandt udsatte grupper, hvis ansvaret for forbedring af egen sundhed placeres hos grupper af individet i samfundet som ikke er i stand til at håndtere dette.

## **6.4 OPSAMLING PÅ DEN KRITISKE DISKURSANALYSE**

I tekstanalysen af forebyggelsespakkerne fremkommer ordvalg, som er med til at definere Sundhedsstyrelsens tilgang til social ulighed i sundhed. Herunder at uligheden omtales som en gradient, men den underliggende betydning af ordvalgene er som en dikotomi. Denne opdeling af grupper, og normalisering af disse, skaber samtidig unormale eller udsatte grupper. Derudover er Sundhedsstyrelsens ordvalg og sætningsopbygning med til at betone, hvordan der opnås den mest hensigtsmæssige forebyggelse, hvor et biomedicinsk perspektiv og fokus på individuelle faktorer dominerer, hvilket betyder at sundhedsfremmende faktorer ikke tillægges lige så stor betydning og i nogen grad overses i forsøget på at reducere den sociale ulighed i sundhed. Samtidig inddrages ordvalg som sociale og strukturelle faktorer. Af de kommunikative begivenheder fremgår desuden, hvordan at der, på trods af at udsagnene, tillægges en høj grad af sandhed, gennem brug af kategoriske

modalitet, og måden sætninger opbygges på, er varierende grad styrke bag. Dermed fremhæver Sundhedsstyrelsen deres magtposition, hvor udsagnene fremstilles som universelle.

På baggrund af analysen af den diskursive praksis fremgår det, hvorledes der trækkes på forskellige diskurstyper, som er særligt centrale i forhold til social ulighed i sundhed. Gennem sundhedsdiskursen fremgår forskellige italesættelser af, hvordan sygdom og social ulighed i sundhed i befolkningen bedst reduceres gennem forebyggelse af individuelle risikofaktorer og adfærdsændring. Yderligere italesættes gennem en ansvars- og liberal diskurs, hvorledes Sundhedsstyrelsen placerer ansvaret for udarbejdelse og iværksættelse af forebyggende interventioner hos kommunen og ansvaret for forbedring af egen sundhed hos individet, hvilket kan være problematisk for reducere af den sociale ulighed i sundhed, hvis disse ikke formår at leve op til dette ansvar. Ligeledes fremgår gennem en diskurs omhandlende samfundsøkonomi, at samfundsøkonomiske gevinster frem for menneskelige gevinster forstås som en tilsigtet konsekvens i forhold til reducere af social ulighed i befolkningen. Gennem diskursen, omhandlende stigmatisering, italesætter Sundhedsstyrelsen stigmatisering som en problematik, der kan skabe sundhedsmæssige konsekvenser for befolkningen.

I den sociale praksis kommer forskellige magtstrukturer til syne både gennem diskurserne i forebyggelsespakkerne og sociale strukturer i samfundet. Der fremkommer forskellige hegemoniske magtkampe, både indenfor forståelsen af social ulighed i sundhed og forebyggelsen af denne, hvilket kan medføre at den sociale praksis udfordres. Dog fremgår det, hvordan særligt perspektivet om social ulighed i sundhed som dikotomi samt en forebyggelsesstrategi med fokus på individuelle risikofaktorer, vinder hegemoni, hvilket kan hæmme muligheden for at udfordre og forandre tilgangen til reducere af social ulighed i sundhed.

Sundhedsstyrelsen kan ses som en biomagt, der gennem udarbejdelse af forebyggelsespakkerne forsøger at fremme befolkningens sundhed ud fra deres præmisser og normer. Her er de diskursive fremstillinger med til at producere binære systemer, eksempelvis gennem forståelse af social ulighed i sundhed som dikotomi, hvilket kan påvirke sociale strukturer i samfundet, da nogle befolkningsgrupper fremstilles som særligt problematiske sammenlignet med andre. Placeringen af ansvaret for social ulighed i sundhed hos kommunen og individet kan forstås, med afsæt i Foucaults begreb om governmentality, som styring til selvstyring. Det er ligeledes i tråd med den liberalistiske

ideologi, hvor ansvaret for egen sundhed placeres hos individet. Dette kan både have tilsigtede og utilsigtede konsekvenser for reducere af den sociale ulighed i sundhed, afhængig af evnen til at handle. Hvis styringen gives til individer som er i stand til at handle, kan det tilsigtede mål om at reducere den sociale ulighed i sundhed opnås. Derimod kan det medføre utilsigtede konsekvenser ved at påvirke redueringen og øge den sociale ulighed yderligere, hvis individer ikke gives de nødvendige redskaber og viden til at handle eller på grund af manglende ressourcer ikke er i stand til at handle for egen sundhed. De sociale strukturer i samfundet, herunder politiske krav, påvirker Sundhedsstyrelsen og har dermed ligeledes betydning for de diskursive fremstillinger, der fremkommer i forebyggelsespakkerne. Det kommer blandt andet til syne ved at samfundsøkonomiske gevinster vinder hegemoni og individuelle gevinster dermed træder i baggrunden. Foruden Sundhedsstyrelsen, som magtudøvende instans, påvirkes tilgangen til håndtering af social ulighed i samfundet også af andre sociale strukturer og magtudøvende instanser i samfundet, herunder andre sociale praksisser i samfundet såsom regeringen og staten generelt.

## 7. LITTERÆR ANALYSE

I det følgende vil en analyse af resultaterne fra den systematiske litteratursøgning fremgå. Analysen vil tage afsæt i de syv studier, som er udvalgt på baggrund af den systematiske litteratursøgning. Her er både kvalitative og kvantitative studier vurderet relevante til at afdække evidens om forebyggelse af social ulighed i sundhed, hvilket skal bidrage til besvarelse af specialets forskningsspørgsmål; *“Hvilken evidens foreligger om forebyggelse af social ulighed i sundhed, og hvordan kan viden om dette inddrages i relation til reduktion af social ulighed i Danmark?”* og dermed til udarbejdelse af et beslutningsgrundlag med henblik på forandring af tilgangen til bekæmpelse af social ulighed i sundhed. Forud for analysen præsenteres i nedenstående tabel 5 en oversigt over studierne. Herefter vil temaer, der er fremkommet i gennemgangen af resultaterne fra studierne fremgå, som en del af analysen og syntesen af studierne.

**Tabel 5:** Oversigtsskema over resultaterne af litteratursøgningen.

| Studie (forfatter, år, land)                                                                                                                                                                                  | Formål                                                                                                                                                          | Studiedesign, dataindsamlingsmetode og studiepopulation                                                                                                                                                                                                                                                       | Resultater                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Konklusion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Styrker/svagheder/vurdering                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review (Structured abstract)</i></p> <p>Brown, T., Platt, S., Amos, A.</p> <p>2014, Skotland</p> | <p>At vurdere effekten af befolkningsorienterede interventioner og politikker med henblik på at reducere socioøkonomiske uligheder i rygning blandt voksne.</p> | <p>Systematisk review.</p> <p>Metode; systematisk review af studier omhandlede befolkningsorienterede interventioner/politikker med fokus på ryge-relaterede outcomes blandt voksne fra lavere socioøkonomisk status (SES) sammenlignet med høj SES.</p> <p>Resultater præsenteres i en narrativ syntese.</p> | <p>117 ud af 130 studier er inkluderet. Herunder 44 røgfrie, 27 pris/skat, 30 masse mediekampagner, 9 reklame kontroller, 9 rygeophørstøtte, 7 områdebaserede interventioner og 4 politikker.</p> <p>Effekten af studierne blev vurderet som enten; positiv (reduceret ulighed), neutral (ingen forskel mellem SES), negativ (øget ulighed), mixed (varieret betydning for ligheden) eller uklart resultat.</p> <p>33 af studierne viste at effekten af befolkningsorienterede interventioner/politikker i forhold til at reducere ulighed i rygning blandt voksne fra lavere socioøkonomisk status (SES) sammenlignet med høj SES var positiv. 36 viste neutral effekt. 38 viste negativ effekt, 6 viste mixed effekt og 17 viste uklar effekt.</p> <p>14 studier med fokus på pris/skatte ændringer viste positiv effekt. Frivillige og regionale røgfrie</p> | <p>Overordnet viste det sig, at interventioner og politikker med fokus på pris/skatte ændringer i forhold til rygning havde den bedste effekt i forhold til at reducere uligheden i rygning blandt voksne.</p> <p>Dog er der behov for yderligere evidens der kan styrke disse resultater med henblik på at udvikle effektive lighedsorienterede tobakskontrol strategier.</p> | <p>Styrker: Bidrager med evidens i forhold til hvilke interventioner/politikker der er effektive i forhold til reducere af ulighed i rygning blandt voksne, hvilket er relevant for lande på stadie 4 i tobaksepidemien.</p> <p>Svagheder: De fleste inkluderede forskningsdesigns kan ikke påvise nogen kausal årsagssammenhæng, hvilket kan påvirke deres interne validitet.</p> <p>Halvdelen af studierne er fra USA, hvilket kan påvirke generaliserbarheden til lande med andre sociokulturelle kontekster eller niveau af tobakskontrol.</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>politikker viste i højere grad negativ effekt sammenlignet med nationale røgfrie politikker.</p> <p>Massemedie kampagner havde ingen tydelig effekt og ryge reklamationer viste både positiv og neutral effekt.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Vurdering: PRISMA tjekliste er anvendt til vurdering af kvaliteten. Ud fra denne vurderes det systematiske review at være af god kvalitet da den opfylder stort set alle punkter.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><i>Effects of health-related food taxes and subsidies on mortality from diet-related disease in New Zealand: An econometric-epidemiologic modelling study</i></p> <p>Mhurchu, C., Eyles, H., Genc, M., Scarborough, P., Rayner, M.,</p> | <p>At undersøge effekten af sundhedsrelaterede skatter på mad og tilskud på forebyggelse eller udsættelse af død.</p> | <p>Økonomisk-epidemiologisk modellerings studie</p> <p>Data er indsamlet gennem New Zealands "Household economic survey" (HES).</p> <p>Disse data blev linket med New Zealand Food Composition Tables.</p> <p>Modelleringsscenarierne blev udvalgt på baggrund af opsatte kriterier.</p> <p>(Der laves Monte Carlo simulationer)</p> | <p>Inden indførelse af skatter og tilskud viste estimaterne, at den New Zealandske befolkning havde lave udgifter til frugt, grøntsager og fibre samt høje udgifter til fedt og natrium sammenlignet med de nationale kostråd.</p> <p>Indførelse af skatter på fødevarer med fedt og natrium vil både reducere indkøbet på fødevarer med fedt og natrium med hhv. 5 og 7%.</p> <p>På baggrund af økonomiske simuleringer med 20 % tilskud til frugt og grøntsager vil indkøb af frugt og grøntsager stige med 12 og 18 %.</p> <p>En kombination af skat på fedt og natrium og tilskud til frugt og grøntsager vil give den mest positive effekt på kosten.</p> | <p>Indførelse af skatter og tilskud kan bidrage med forbedring af kostvaner og dermed reducere dødeligheden af kostrelaterede sygdomme.</p> <p>Anvendelse af fødevarepolitikker kan bidrage med at forbedre befolkningens sundhed og reducere uligheder i befolkningen. Der er dog stadig behov for mere arbejde indenfor områder i forhold til at</p> | <p>Styrker: Laver sensitivitetsanalyser for at opnå bedre kvalitet.</p> <p>Svagheder: Relativt svært at gennemskue hvor tallene er hentet fra og hvordan de er brugt. Generelt begrænset information om deres beregningsmetoder.</p> <p>Vurdering: Der er anvendt CASP til vurdering af kvaliteten, hvorudfra denne vurderes at have god kvalitet. De er gennemsigtige i anvendelsen af metoder samt forbehold for egne svagheder gennem sensitivitetsanalyse.</p> |



|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mizdrak, A.,<br>Nnoaham, K.<br>og Blakely, T.<br><br>2015, New<br>Zealand                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Der ses tendenser til at lavindkomst personer vinder mere end høj indkomst personer. En sensitivitetanalyse understøtter dette yderligere ved at indikere at alle pris scenarier vil genere at flere dødsfald udsættes eller forhindres for lavindkomstpersoner og minoritetsgruppen Maori sammenlignet med den totale population.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | klarlægge de sundhedsmæssige virkninger.                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>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</i><br><br>Stafford, M.,<br>Badland, H., | At undersøge hvordan 6 områder inden for sociale determinanter adskiller sig mellem boligområder hvor der har været "New Deal for Communities intervention" (NDC) samt almindelige boligområder delt op i 3 kategorier i forhold til | Kohortestudie med data fra 2002, 2004, 2006 og 2008.<br><br>Der anvendes på forhånd indsamlet data fra spørgeskemaer. Dels fra Health Survey for England (HSE) og dels fra NDC. Survey'ene er ikke specifikt indsamlet til dette studie, hvorfor de rekodes så der er i alt 6 outcome målinger der går på tværs.<br><br>Studiepopulationen udgøres af tilfældigt udvalgte borgere i England for HSE | Der laves multipel justeret logistisk regressionsanalyse for hvert outcome.<br><br>Ved baseline er der sammenlignet med referencegruppen (Område med højest SES) større sandsynlighed for at være ryger samt have dårligt selvvurderet helbred i samtlige andre grupper. I forhold til rygning falder denne sandsynlighed gennem opfølgningstiden (på 6 år). Dette fald i sandsynlighed er forskelligt mellem referencegruppen og områder med NDC intervention, hvor faldet er større for områder med NDC intervention. I forhold til selvvurderet helbred ses der tendenser til større sandsynlighed for bedre selvvurderet helbred efter opfølgningstiden.<br><br>Ved baseline er der sammenlignet med referencegruppen (Område med højest SES) større | Områdebaserede initiativer kan bidrage med at reducere eller mindske udvidelsen af sociale uligheder mellem områderne. | Styrker: Bidrager med evidens om area based interventions og deres effekt på ulighed i sundhed. Datagrundlaget udgøres af et stort datamateriale, som er indsamlet systematisk.<br><br>Svagheder: Data er ikke indsamlet med dette studie specifikt for øje, hvilket gør, at der kan være fejl og mangler i forhold til rekodning og sammenlægning af data.<br><br>Generelt er studiet meget gennemsigtigt i forhold til svagheder og mangler. |

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazroo, J., Halliday, E., Walthery, P., Povall, S., Dibben, C., Whitehead, M. og Popay, J.<br><br>2014, England                                      | socioøkonomiske forhold.                                                                                                                                                                              | og tilfældigt udvalgte borgere som bor i områder med NDC.                                                                                                                                                                                                                                                                                          | sandsynlighed for ikke at være i arbejde og for at bo til leje<br><br>Der var tendenser til at NDC interventions områders sandsynlighed blev forbedret mere i forhold til sammenlignelige områder. Altså at uligheden blev mindsket for områder med NDC intervention.                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Vurdering: Studiet er vurderet ved hjælp af STROBE tjekliste og herigenem vurderes studiet at have høj kvalitet, da de opfylder mange af punkterne heri.                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries</i><br><br>Mackenbach, J.P., McKee, M.<br><br>2013, Holland, England | At undersøge hvordan europæiske lande varierer i forhold til implementering af evidensbaserede sundhedspolitikker indenfor 10 områder.<br><br>Dette skal bidrage med viden om variation af politiske, | Komparativt studie<br><br>Sundhedspolitikker indenfor områder som rygning, alkohol, kost, fertilitet, graviditet, børnesundhed, infektionssygdomme, forhøjet blodtryk, screening, trafiksikkerhed og luftforurening. Alle sundhedspolitikker har fokus på primær eller sekundær forebyggelse.<br><br>27 proces og outcome indikatorer blev udvalgt | Store variationer blev fundet mellem de forskellige lande. Sverige, Norge og Island blev fundet at være bedst. Ukraine, Armenien og den russiske føderation blev fundet at fungere dårligst. Herudover blev det fundet, at lande som Danmark og Belgien fungerer værre sammenlignet med nabolande.<br><br>National indkomst og regeringers effektivitet har stor betydning for hvorvidt landene præsterer indenfor bestemte områder af sundhedspolitikkerne.<br><br>Lavere rygningsrate er et resultat af strengere tobakskontroller | På trods af at der er udviklet mange nye forebyggende interventioner ses der stadig stor forskel i implementeringen af disse mellem europæiske lande.<br><br>Hvis alle lande fulgte "best practice" kunne der opnås store sundhedsgevinster. Dette kræver dog fjernelse af barrierer såsom viljen samt midlerne til | Styrker: Kan bidrage med samfundsmæssige perspektiver europæiske forskelle i udformningen samt implementeringen af forskellige sundhedspolitikker samt hvilke barrierer der påvirker dette.<br><br>Kan bidrage med at belyse hvilke lande der har haft succes med at implementere forebyggende interventioner og hvad der har bidraget til denne succes. Viden om dette kan bidrage med øgede sundhedsmæssige gevinster. |

|                                                                                                                             |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                             | økonomiske og sociale determinanter roller i sundhedspolitikkerne.                                                         | samt en overordnet score til at vurdere de enkelte landes samlede succes med at implementere effektive sundhedspolitikker.<br><br>Regressionsanalyse blev brugt til at sammenligne indikatorerne med baggrunds faktorer, herunder blandt andet national indkomst, demokrati, statslig ledelse | Implementering af sundhedspolitikker ses generelt at være mere omfattende og systematiske i nordiske lande, hvilket viser sig at have en større effekt på sundheden i disse lande.                                                                                                                                                                                         | at implementere sådanne sundhedspolitikker.                                                                                                                               | Svagheder: Nogle mangler i information af sundhedspolitikkerne og deres endelige sundhedsmæssige effekt.<br><br>På grund af de manglende data, blev der er foretaget sensitivitetanalyse.<br><br>Vurdering: På grund af studiets design har det været svært at finde en passende tjekliste til vurdering af kvaliteten. CASP blev dog vurderet at kunne give indblik i studiets kvalitet, hvorfor der er foretaget en vurdering herudfra, hvor studiet blev fundet af god kvalitet. |
| <i>Towards an understanding of the relationship of functional literacy and numeracy to geographical health inequalities</i> | At undersøge betydningen af funktionel literacy (FL) (læsefærdigheder) og funktionel numeracy (FN) (skrivefærdigheder) for | Tværsnitsstudie<br><br>Multipel logistisk analyse af data fra "Skills of Life Survey" (SfLS) fra 2011 med respondenter i alderen 16-65 år i England.<br><br>Sundhed måles ud fra to outcome: selvvurderet                                                                                     | Funktionelle læse- og skrivefærdigheder var begge uafhængig associeret med selvvurderet sundhedstilstand. Denne sammenhæng svækkes dog efter justering for confounding. I relation til lang tids sygdom forblev funktionelle læsefærdigheder signifikant efter justering for confounding hvorimod funktionelle skrivefærdigheder ikke ændrede sig til at være signifikant. | For at reducere sociale uligheder i sundhed er politikere og sundhedspersonale nødt til at være opmærksom på både betydningen af funktionelle læse- og skrivefærdigheder. | Styrker: Anvendelse af omfangsrigt nationalt datasæt.<br><br>Svagheder: Datasættet er baseret på selvrapporterede oplysninger, hvilket kan medføre informationsbias.<br><br>Et fokus på funktionelle læse- og skrivefærdigheder fremfor på health literacy og health numeracy kunne have                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                        |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Moon, G., Aiken, G., Roderick, P, Fraser, S., Rowlands, G.</p> <p>2015, England</p> | <p>sundhedsstatus samt hvordan stedbaserede faktorer påvirker denne association.</p>                                     | <p>helbred og selvrapporteret besiddelse af langsigtet helbredstilstand.</p>                                                                                                 | <p>Respondenter med et lavt niveau af funktionelle læse- og skrivefærdigheder havde i større grad dårligt selv vurderet helbred og dårlig helbredsstatus.</p>                                                                                                                                                                                                               | <p>Stedbaserede faktorer bør medtænkes i udvikling af lokale sundhedsinterventioner i socialt belastede områder, da ekstra ressourcer til at forbedre individets funktionelle læse- og skrivefærdigheder i relation til sundhed.</p> <p>Dette kan blandt andet ske gennem uddannelse af personale, forbedring af informationsmateriale.</p> | <p>givet mere præcise resultater i relation til sundhed.</p> <p>Tværsnitsstudie - derfor kan der ikke påvises nogen kausale årsagssammenhænge.</p> <p>Ikke muligt at generalisere resultaterne til ældre aldersgrupper, da ingen respondenter over 65 år deltog.</p> <p>Vurdering: Studiet er vurderet ved hjælp af STROBE, og opfylder en lang række af kvalitetskravene heri.</p> |
| <p><i>The birth of mindpolitics: understanding nudging in public health policy</i></p> | <p>At undersøge hvordan nudging og andre adfærdsteknikker er blevet en del af politikken inden for folkesundhed samt</p> | <p>Casestudie med udarbejdelse af en genealogisk analyse.</p> <p>75 hollandske politiske dokumenter inddrages i analysen (herunder blandt andet den hollandske regerings</p> | <p>4 perioder identificeres i analysen; "Rationel overtagelse" (1970'erne), "Frigørelse" (1980'erne), "Regulering" (1990'erne), "Håndtering af valg" (nuværende)</p> <p>Individuelle valg og livsstilsvalg ses at være hovedårsagen til sygdomme i befolkningen. Fokus på livsstil er derfor regeringens foretrukne teknik til at forbedre folkesundheden. Her anvendes</p> | <p>Regeringer har gennem tiden forsøgt at påvirke befolkningens adfærd og have magt over deres liv.</p> <p>På trods af at borgere forsøger at træffe gode beslutninger for</p>                                                                                                                                                              | <p>Styrker: Kan bidrage med et samfundsmæssigt perspektiv på hvorledes der er sket en udvikling i tilgangene inden for folkesundhed.</p> <p>Svagheder: Der anvendes politiske dokumenter udarbejdet af den hollandske regering, hvilket kan begrænse generaliserbarheden.</p>                                                                                                       |



|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Peeters, R.,<br>Schuilenburg,<br>M.<br><br>2016, Holland                                                                                                                 | hvilken betydning dette har for den måde moderne samfund styres på.                                                                                                            | folkesundhedspolitiske notater, dronningens åbningstale ved parlamentet samt politiske aftaler). I analysen er fokus rettet mod politikker omhandlende livsstilssygdomme.                                                            | blandt andet psykologiske mekanismer såsom nudging som teknik til at påvirke livsstilen. Årsagen til denne udvikling er blandt andet strukturelle samfundsmæssige forandringer, hvor hverdagen præges af mange muligheder for usunde valg.<br><br>Nudging begrænser eller modsætter sig ikke folks frihed, men bruger deres frihed som magtinstrument.                                                                                                                                                                                        | dem selv, er det ikke altid muligt at træffe velinformerede valg. Nudging i folkesundhed kan anvendes til at forstå hvordan borgerne træffer deres valg og derefter forsøge at påvirke dette, så der træffes de "rigtige" valg.                                               | Vurdering: Studiet er vurderet ud fra CASP tjekliste, og vurderes herudfra at være af god kvalitet, da den opfylder de krav som findes relevante for denne type af studie.                                                                                                                                                                                                                 |
| <i>Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement? A reality check for policy and practice aspirations from a Social</i> | At undersøge og få en bedre forståelse af vanskelighederne forbundet med implementering af "partnerskab og deltageleses initiativer" for politikere og sundhedsprofessionelle. | Etnografisk feltstudie foretaget over 20 måneder som en del af interventionen Social Inclusion Partnership (SIP).<br><br>Data er indsamlet som interview og ad hoc diskussioner med forskellige SIP medlemmer under møder og events. | Det fremkommer hvordan der kan opstå konflikter og uenigheder på tværs af sektorer inden for en lokal kontekst i udsatte områder.<br><br>Begrænsede ressourcer kan resultere i at eksisterende aktiviteter kan blive fremhævet politisk frem for prioriteterne i lokalområdet, hvormed der kan opstå konkurrence om midlerne til at bekæmpe social ulighed i sundhed.<br><br>I forhold til SIP interventioner fremkom det, hvordan at der på grund af politiske prioriteringer i processen med social inklusion ligeledes kan ske eksklusion. | På baggrund af feltstudiet ses der tendenser til at engagere mennesker på lokalt niveau kan skabe positive resultater for social ulighed i sundhed. Dog er uligheden et resultat af fundamentale strukturer i samfundet, hvilket kan gøre problemet svært at tilgå med simple | Styrker: Gennemsigtig studie der beskriver interventioner, processer, metoder og valg.<br><br>Svagheder: Foretaget i en setting med en slags intervention, hvilket kan begrænse generaliserbarheden.<br><br>Vurdering: På trods af den begrænsede generaliserbarhed, vurderes studiet ved hjælp af CASP at være af middel til høj kvalitet da metodiske valg er tydelige og velbegrundede. |

|                                                                                    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                |                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| <i>Inclusion Partnership in Scotland</i><br><br>Carlisle, S.<br><br>2010, Skotland |  |  | At involvere lokale i interventioner kan være en kompleks og tidskrævende proces, hvilket kan resultere i forsinkelser. Samtidig kan denne måde tilgang ende med mere eller mindre tvungne samarbejder, hvilket kan skabe interessekonflikter. | problembaserede løsninger. |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|

## **7.1 UDVIKLING OG IMPLEMENTERING INDEN FOR SUNDHEDSPOLITIK**

Gennem tiden er der sket skift i måden at tilgå sundhedspolitikker. I 70'erne var sundhedspolitikkerne kendetegnet ved rationel overtalelse, i 80'erne frigørelse, 90'erne regulering til i dag at handle om håndtering af valg. Årsagen til denne udvikling er blandt andet strukturelle samfundsmæssige forandringer, hvor hverdagen præges af mange muligheder for usunde valg. Sundhedsproblemerne opstår dermed ikke nødvendigvis på grund af manglende viden, men i lige så høj grad på baggrund af faktorer, der opstår gennem måden, samfundet er struktureret på (Peeters and Schuilenburg, 2016). Selvom denne udvikling inden for sundhedspolitik gør sig gældende for mange europæiske lande (Peeters and Schuilenburg, 2016), er der stor variation i forhold til måden at implementere sundhedspolitikker på (Mackenbach and McKee, 2013). I de nordiske lande er implementering af evidensbaserede sundhedspolitikker ofte mere omfattende og systematiske, hvilket ligeledes resulterer i, at disse lande ofte har bedre sundhed. Eksempelvis gennem lavere prævalens af HIV, hypertension, trafikofre sammenlignet med andre europæiske lande (Mackenbach and McKee, 2013). Men implementering af interventioner i udsatte områder kan skabe uenigheder og konflikter på tværs af sektorer inden for den lokale kontekst, hvilket kan skabe interessekonflikter, mangel på samarbejde og dermed ressourcer. Samtidig kan denne moderne tilgang ende med mere eller mindre tvungne samarbejder, hvilket kan skabe interessekonflikter vedrørende hvordan ressourcer anvendes bedst muligt (Carlisle, 2010).

## **7.2 PRIORITERING AF RESSOURCER**

Implementering af sundhedspolitiske tiltag involverer ofte forskellige sektorer, som alle har begrænsede ressourcer, hvilket kan resultere i at eksisterende aktiviteter kan blive fremhævet politisk frem for andre prioriteter i lokalområdet. Dermed der kan opstå konkurrence om midlerne til at bekæmpe social ulighed i sundhed, da forskellige sektorer har forskellige prioriteter (Carlisle, 2010). Samtidig har national indkomst og regeringers effektivitet stor betydning for, hvorvidt et land kan præstere indenfor bestemte områder af sundhedspolitikkerne, og dermed mindske den sociale ulighed i sundhed (Mackenbach and McKee, 2013). Det fremgår dog af et studie, at jo større fokus et land har på selvudfoldelse, velvære og livskvalitet, jo større er deres vilje og engagement til at implementere sundhedspolitikker (Mackenbach and McKee, 2013). Men viljen til implementering kan ikke stå alene i målet om at reducere den sociale ulighed i sundhed. For at reducere den sociale

ulighed i sundhed er ligeledes individuelle aspekter, som betydningen af individers funktionelle læse- og skrivefærdigheder samt funktionel talforståelse væsentlige, hvilket politikere og sundheds-personale med fordel kan være opmærksom på, hvis strategierne skal have den ønskede effekt (Moon *et al.*, 2015).

### **7.3 FOREBYGGELSE AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED VED BEFOLKNINGSORIENTERTE STRATEGIER**

På baggrund af tre af de inkluderede studier viser det sig, at strategier orienteret mod hele befolkninger har effekt på forebyggelse af sociale uligheder i blandt andet rygning, kost og sundhed generelt (Mackenbach and McKee, 2013; Brown, Platt and Amos, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015). Det fremgår dog at være forskelligt, hvilke former for befolkningsorienterede strategier, der er mest effektive i forhold til forebyggelse samt reducere af sociale uligheder (Brown, Platt and Amos, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015). Her fremhæves, at befolkningsorienterede strategier i form af rygestopkampagner, ikke viser nogen tydelig effekt på reducere af ulighed i rygning. Dette er ligeledes gældende for strategier med anvendelse af reklamation, marketing og promovring af cigaretter, der enten har ingen eller nogen effekt på ulighed i rygning (Brown, Platt and Amos, 2014). Desuden fremgår det i samme studie, at regionale røgfrie politikker i højere grad viste negativ effekt på uligheden i rygning sammenlignet med nationale røgfrie politikker, som viser sig at have positiv effekt på ulighed i rygning i form af reducere af denne (Brown, Platt and Amos, 2014). I studiet af Mackenbach og McKee (2013) påpeges yderligere, at der er en sammenhæng mellem strikse rygepolitikker og lav prævalens af rygning samt at strikse rygepolitikker over flere år akkumulerer større effekt. Dermed kan en hensigtsmæssig populationsbaseret strategi have effekt på prævalensen af rygere (Mackenbach and McKee, 2013). For at reducere den sociale ulighed i sundhed er det derfor væsentligt at vælge en befolkningsorienteret strategi, som vurderes at være effektiv både i forhold til at nedbringe social ulighed inden for specifikke områder som rygning og i forhold til forbedring af sundheden generelt (Mackenbach and McKee, 2013; Brown, Platt and Amos, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015).



### 7.3.1 ANVENDELSE AF SKATTE- OG TILSKUDSPOLITIKKER

I studiet af Brown et al. (2014) beskrives, at befolkningsorienterede strategier med fokus på skatte- og prisstigninger på cigaretter viser god effekt i forhold til reducere social ulighed i rygning, da dette viser sig at have en større effekt på grupper med lav SES sammenlignet med grupper med høj SES (Brown, Platt and Amos, 2014). I studiet af Mhurchu et al. (2015) undersøges det ligeledes om indførsel af skatter på fødevarer med fedt og natrium samt tilskud til frugt og grøntsager kan bidrage med at fremme sundere kostvaner samt reducere dødeligheden i den New Zealandske befolkning (Mhurchu *et al.*, 2015). Her fremgår det af modelleringen, at efter indførelse af skat på store fødevarergrupper med fedt og natrium, at indkøb af fedt reduceres med 5 % og natrium med 7% (Mhurchu *et al.*, 2015). På baggrund af de økonomiske modelleringer med 20 % tilskud til frugt og grøntsager fremgår det, at indkøb af frugt og grøntsager vil stige med 12 og 18 %. Tilsvarende vil indkøb af fødevarer med fedt falde med 1 % og natrium med 0,6% (Mhurchu *et al.*, 2015). På baggrund af resultaterne i studiet af Mhurchu et al. (2015), er der tendenser til at lavindkomst personer vinder mere end personer med høj indkomst. En sensitivitetanalyse understøtter dette yderligere ved at indikere, at alle prisscenarier vil medføre, at flere dødsfald udsættes eller forhindres for lavindkomstpersoner og minoritetsgruppen Maori sammenlignet med den totale population (Mhurchu *et al.*, 2015). Befolkningsorienterede rygestopinterventioner fremgår i studiet af Brown et al. (2014), ligeledes at have en positiv effekt på uligheden i forhold til rygning. I begge studier fremgår det dermed, at befolkningsorienterede strategier med fokus på indførsel af skatter og tilskud kan bidrage med at reducere sociale uligheder mellem befolkningsgrupper med lav SES og høj SES (Brown, Platt and Amos, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015).

### 7.3.2 MULTIFACETTEREDE STRATEGIER

Multifacetterede strategier fremgår tilsvarende at have en effektiv effekt på reducere sociale uligheder på nogle områder (Brown, Platt and Amos, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015). I studiet af Mhurchu et al. (2015) viser det sig, at en strategi med fokus på en kombination af skat på fedt og natrium samt tilskud til frugt og grøntsager vil give den mest positive effekt i forhold til at fremme sundere kostvaner (Mhurchu *et al.*, 2015). Ligeledes pointerer Brown et al. (2014), at anvendelse af multifacetterede politikker i forhold til at mindske rygning i befolkningen har en positiv effekt på stoprater. Multifacetterede strategier og politikker viser sig, at kunne bidrage til at fremme

sundheden i relation til kostvaner og reducere af rygning (Brown, Platt and Amos, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015). Det er dog ikke tydeligt om samt hvilken effekt dette har på uligheden (Brown, Platt and Amos, 2014).

## 7.4 HØJRISIKO STRATEGIER

Individuelle valg og livsstilsvalg påpeges i studiet af Peeters og Schuilenburg (2016), at være hovedårsagen til udvikling af sygdom i befolkningen. Desuden understøtter flere af de inddragede studier (Brown, Platt and Amos, 2014; Stafford *et al.*, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015; Moon *et al.*, 2015), at sundhedstilstanden især ses at være dårlig blandt befolkningsgrupper med lav SES sammenlignet med befolkningsgrupper med høj SES, hvorfor strategier med fokus på netop disse befolkningsgrupper kan bidrage med reducere af social ulighed i sundhed. Det fremhæves, at et fokus på livsstil er en foretrukket teknik, når man ønsker at forbedre folkesundheden (Peeters and Schuilenburg, 2016). For at påvirke specifikke befolkningsgruppers livsstil kan psykologiske mekanismer, såsom nudging, anvendes til at forbedre sundhedsadfærden. Peeters og Schuilenburg (2016) påpeger dog, at anvendelse af denne form for strategi kan have betydning for følelsen af frihed på trods af, at hensigten med nudging ikke er at begrænse eller modsætte sig denne. I studiet af Moon *et al.* (2015), er der en sammenhæng mellem et utilstrækkeligt niveau af funktionelle læse- og skrivefærdigheder og funktionel talforståelse samt dårligere selv vurderet helbred og større rapportering om langtidssygdomme. Det fremgår, at jo bedre funktionelle læse- og skrivefærdigheder og funktionel talforståelse, der er, jo bedre er det selv vurderede helbred samt jo mindre er forekomsten af langtidssygdomme. Således kan et fokus på forbedring af funktionelle læse- og skrivefærdigheder samt talforståelse, i bestemte befolkningsgrupper være et anvendeligt redskab i arbejdet med reducere af social ulighed i sundhed (Moon *et al.*, 2015).

### 7.4.1 LOKAL INTERVENTIONER

Anvendelse af interventioner rettet mod at forbedre sociale uligheder i sundhed i lokalområder, er især et emne, der behandles i studiet af Stafford *et al.* (2014). Her viser lokale interventioner at have en positiv effekt på sociale uligheder mellem befolkningsgrupper med forskellige SES. I områder med lav SES er sandsynlighed for at være ryger samt have dårligt selv vurderet helbred større

sammenlignet med områder med højere SES. Her fremgår, at lokale interventioner rettet mod forbedring af nærmiljøet i disse områder har betydning for sociale uligheder i eksempelvis rygning mellem områderne, da antallet af rygere ses at falde i løbet af opfølgningstiden på seks år (Stafford *et al.*, 2014). Dette fald i sandsynlighed er forskelligt, hvor faldet er større for områder med NDC interventionen og dermed personer med lav SES sammenlignet med personer med højst SES. Desuden er der større sandsynlighed for dårligere selvvurderet helbred for særligt NDC områder, med personer med lav SES, hvor lokale interventioner, kan fremme selvvurderet helbred og dermed mindske uligheden i sundhed (Stafford *et al.*, 2014). Foruden dette er der større sandsynlighed for ikke at være i arbejde og for at bo til leje i området med lokal intervention, inden interventionen, men sandsynligheden for at bo til leje falder på baggrund af interventionen (Stafford *et al.*, 2014). Således ses den sociale ulighed både i forhold til rygning, selvvurderet helbred og boligforhold at blive mindsket efter igangsættelse af interventioner i lokalområder. I relation til dette fremhæves i et studie af Moon *et al.* (2015) ligeledes, at der ses en sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og at bo i udsatte områder. Dette kommer til udtryk i form af en gradient, som indikerer, at jo mere udsat området er, des dårligere helbred. Det samme gjorde sig gældende for langtidssygdomme (Moon *et al.*, 2015), hvilket kan understøtte begrundelsen for at rette interventioner mod lokalområder hvor den sociale ulighed i sundhed er størst. Dog fremgår det, af studiet af Carlisle (2010), at når der skal laves politiske prioriteringer af ressourcer, som eksempelvis til lokal interventioner, i denne proces med målet om inklusion, ligeledes kan ske social eksklusion. Dermed kan interventionerne have modsatrettet effekt ved i forsøget på at skabe bedre forhold ligeledes skaber dårligere forhold for nogen, som en utilsigtet konsekvens (Carlisle, 2010).

## 7.5 OPSAMLING PÅ DEN LITTERÆRE ANALYSE

Ud fra ovenstående analyse fremgår det, at der er sket en forandring inden for måden, hvorpå sundhedspolitikker udarbejdes, hvilket blandt andet strukturelle forandringer i samfundet vurderes som årsag til. Mellem europæiske lande er der dog stadig stor variation, i måden sundhedspolitikker implementeres, hvor blandt andet implementering af sundhedspolitikker i de nordiske lande i højere grad fremgår at være udarbejdet på et evidensbaseret grundlag. Dette fremhæves ligeledes at have positiv betydning for sundheden i befolkningen i disse lande. Udover dette fremhæves forskellige faktorer, såsom national indkomst, herunder begrænsede ressourcer, og regeringers effektivitet

at have betydning for hvorledes sundhedspolitiske tiltag rettet mod bekæmpelse af social ulighed i sundhed implementeres og prioriteres. Implementering af interventioner målrettet reducere af social ulighed i sundhed ofte en kompleks og tværsektoriel opgave, hvilket ligeledes kan skabe interessekonflikter samt uenigheder i forhold til samarbejde.

Det er desuden forskelligt, hvilke strategier der er effektive i forhold til at reducere social ulighed i sundhed. Det fremgår blandt andet, at nogle former for befolkningsorienterede strategier, eksempelvis med fokus på skatte- og prisændringer eller rygestopstrategier, har god effekt i forhold til at mindske sociale uligheder inden for områder som rygning og kostvaner. Ligeledes har multifacetterede strategier og politikker en positiv effekt på sundheden, hvorimod effekten i forhold til reducere af social ulighed ikke fremgår tydelig. Desuden kan anvendelse af højrisikostategier bidrage med at forbedre sundheden inden for befolkningsgrupper, og dermed reducere social ulighed i sundhed inden for gruppen. Her fremhæves blandt andet at fokus på strategier rettet mod forbedring af livsstilen er yderst effektiv hertil, hvor nudging er en effektiv strategi til at forbedre sundhedsadfærden blandt specifikke befolkningsgrupper. Dog kan anvendelse af denne strategi ligeledes have negative konsekvenser i forhold til at begrænse befolkningens følelse af frihed. Udoover dette har lokale interventioner rettet mod befolkningsgrupper i nærmiljøer, hvor den sociale ulighed vurderes at være størst, vist sig at være effektiv i forhold til reducere af social ulighed i rygning og selvvurderet helbred. Ydermere er det vigtigt, at politikere og sundhedsprofessionelle ligeledes retter fokus på individuelle aspekter, såsom befolkningens funktionelle læse- og skrivefærdigheder samt den funktionelle talforståelse, da dette vurderes at have betydning for interventionernes effekt af forebyggelse i forhold til social ulighed i sundhed.

# DEL 4

- DISKUSSION -

## 8. DISKUSSION AF DE EMPIRISKE FUND

I det følgende vil de fremkomne fund fra den litterære analyse og den kritiske diskursanalyse af forebyggelsespakkerne diskuteres samt sammenholdes med anden empiri og teori. Hensigten med dette er at opnå en besvarelse af første del af problemformuleringen; *“Hvilke diskursive forståelser af social ulighed i sundhed er konstituerende i de nationale forebyggelsespakker og hvordan kan disse, sammenholdt med nyeste evidens, danne beslutningsgrundlag for forandring...”*, som dermed skal danne beslutningsgrundlag og bidrage til besvarelse af sidste del af problemformuleringen i efterfølgende afsnit om *forebyggelsespakkerne i et forandringsperspektiv*.

### 8.1 MAGTSTRUKTUREN I SAMFUNDET

Det kan diskuteres, hvordan forebyggelsespakkerne placerer sig i magtstrukturen, der hersker i samfundet. Forebyggelsespakkerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, som i Danmark placerer sig under Sundhedsministeriet (Vallgård og Krasnik, 2010). Dermed er det ikke udelukkende en selvstændig institution, med egne mål, men er samtidig underlagt politiske mål og prioriteringer, som kan skifte alt efter hvilke politiske ideologier, der har magten i samfundet. Således kan den sociale praksis, inden for Sundhedsstyrelsen, ændre sig alt efter politiske ideologier i samfundet, hvilket kan påvirke diskurserne i forebyggelsespakkerne. Eksempelvis blev der i 2007 udarbejdet en struktureform, hvor kommunerne blev pålagt nye opgaver, inden for borger- og patientrettet forebyggelse samt sundhedsfremme (Regeringen, 2004), hvorefter Sundhedsstyrelsen lavede nye anbefalinger, i form af forebyggelsespakkerne.

Det kan diskuteres, hvilken forståelse Sundhedsstyrelsen tillægger begreberne forebyggelse og sundhedsfremme. Ifølge Vallgård (2005), anerkendes forebyggelse og sundhedsfremme som to forskellige begreber, men det er gennemgående for forebyggelsespakkerne, at begreberne ikke anvendes stringent samt at nogle forebyggelsespakker primært anvender forebyggelse, hvor andre inddrager begge begreber. Således kan det fremstå som om, at sundhedsfremme, som begreb, ikke i samme grad anerkendes inden for den sociale praksis af Sundhedsstyrelsen. Sundhedsfremme er dog også et relativt nyt begreb, i en dansk kontekst, men blev for alvor internationalt anerkendt i forbindelse med Ottawa Charteret i 1986 (World Health Organization, 1986). Selve titlen på forebyggelsespakkerne og deres fokus på risikofaktorer til reducere af social ulighed i sundhed, er med

til at lede i en retning af en ideologi med fokus på forebyggelse. Dog fremkommer det, af de diskursive forståelser, at Sundhedsstyrelsen indimellem anerkender vigtigheden af sundhedsfremme, når social ulighed i sundhed skal forebygges og reduceres. Således kan det tyde på, at der er ved at ske en forandring af ideologien inden for den sociale praksis af Sundhedsstyrelsen.

På tværs af statslige, kommunale og lokale sektorer kan der i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme opstå interessekonflikter (Carlisle, 2010). Forebyggelsespakkerne er udarbejdet med kommunerne i sigte og Sundhedsstyrelsens tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme er dermed ikke uvæsentlig, da de er med til at præge det kommunale arbejde. Dermed kan Sundhedsstyrelsen have prioriteter og hensigter med forebyggelsespakkerne, der ikke stemmer overens med kommunernes. Dette kan betyde, at samarbejdet om at reducere social ulighed i sundhed påvirkes, hvilket kan medføre utilsigtede konsekvenser i form af manglende fælles mål at arbejde ud fra. Således involveres én slags aktører i udarbejdelsen af forebyggelsespakkerne, mens det er en anden slags aktører, der involveres i selve brugen af dem. Det kan derfor diskuteres, hvilke prioriteter der vinder hegemoni. Sundhedsstyrelsen har på den ene side en forståelse af social ulighed i sundhed, der gør, at deres incitamenter for en reduktion af denne kan bunde i samfundsøkonomiske omkostninger og gevinster. Omvendt har kommunerne den primære kontakt til borgerne og kan derfor stå med konkrete udfordringer ved det enkelte individ, der kan være svære at få til at harmonere disse samfundsøkonomiske hensyn.

I målet om at reducere social ulighed i sundhed kan der være forskellige potentielle gevinster at opnå. På den ene side er der de individuelle gevinster, såsom længere levetid og bedre livskvalitet, den enkelte opnår ved at få en forbedret sundhed, hvilket giver potentiale for flere gode leveår og dermed større bidrag til samfundsøkonomien. De individuelle gevinster fremtræder som mindre væsentlige i forebyggelsespakkerne i forhold til de samfundsøkonomiske. De træder i baggrunden i den sproglige fremstilling, både gennem ordvalg og diskurstype, i forebyggelsespakkerne, hvor de samfundsøkonomiske gevinster vinder hegemoni i forhold til reduktion af den sociale ulighed i sundhed. Dermed er det ligeledes de samfundsøkonomiske gevinster, der er de tilsigtede konsekvenser af en reduktion af den sociale ulighed i sundhed. Desuden medfører de samfundsøkonomiske gevinster, ifølge Sundhedsstyrelsen (2018b), gevinster for den enkelte, idet de individuelle

gevinster ofte fører til samfundsøkonomiske gevinster, eksempelvis gennem et mindre forbrug af sundhedsydelser. Dermed kommer de individuelle gevinster samfundet til gode og omvendt kommer målet om at opnå samfundsøkonomiske gevinster individet til gode.

## **8.2 ANSVARSPLACERINGEN FOR REDUCERING AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED**

Det kan diskuteres, hvor ansvaret for en reducere af den sociale ulighed i sundhed skal placeres. I forebyggelsespakkerne fremkommer forståelser som gør, at ansvaret i høj grad placeres hos kommunerne. Her fralægger Sundhedsstyrelsen sig ansvaret, både gennem ordvalg, modalitet og diskurstyperne. Dermed er det gennemgående, at ansvaret for udførelsen af forebyggelsespakkerne og dermed reducere af den sociale ulighed i sundhed tillægges kommunerne. Dette stemmer overens med gældende lovgivning (Sundhedsministeriet, 2010), men kan samtidig skabe utilsigtede konsekvenser, idet kommunerne dermed ikke selv har indflydelse på udarbejdelsen af forebyggelsespakkerne. Dog fremgår det, hvordan Sundhedsstyrelsen i forebyggelsespakkerne anerkender, at arbejdet med dem kan kræve en kompetenceudvikling hos kommunerne for at kunne leve op til kravene her i. Dermed er det en barriere, Sundhedsstyrelsen anerkender, men som de ikke umiddelbart kommer med løsningsforslag til, hvormed det i sidste ende er kommunerne, der ligeledes står med ansvaret for dette. På den anden side har Sundhedsstyrelsen, et ansvar for fremme af folkesundheden samt skabelse af rammer for dette (Sundhedsstyrelsen, 2017). Dermed kan Sundhedsstyrelsens anbefalinger til reducere af social ulighed i sundhed påvirke samfundsmæssige strukturer, men strukturelle ændringer kan være en nødvendighed for at opnå bedre sundhed i befolkningen. Det fremgår af et review, der finder, at materielle og strukturelle leveforhold har indflydelse på social ulighed i sundhed (Moor, Spallek and Richter, 2017). Således ligger der et ansvar i at sikre de samfundsmæssige og strukturelle forhold er optimale i forhold til at kunne opretholde en sund livsstil.

Forebyggelsespakkerne kan ansues som en form for styring til selvstyring, af Sundhedsstyrelsens, ved at de gennem deres anbefalinger søger at styre kommunerne, til selvstyring gennem brugen af forebyggelsespakkerne og kommunerne dermed selv bliver i stand til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Dermed anvender de deres magtposition over for befolkningen. Denne form for magt skal dog ikke nødvendigvis anses som uønsket, men kan være hensigtsmæssig til at øge produktiviteten i kommunen og dermed reducere den sociale ulighed i sundhed. Generelt fremgår det



i analysen af forebyggelsespakkerne, at ansvaret for sundhed placeres hos individet og befolkningen generelt. Det kan diskuteres, hvorvidt det er en hensigtsmæssig tilgang, da det, ifølge Moon et al. (2015), ikke er alle, der har de samme evner til at varetage sundhed, hvilket kan have betydning for den sociale ulighed i sundhed. Yderligere kan det kræve en høj grad af health literacy at tage ansvar for egen sundhed (N. D. N. Berkman *et al.*, 2011) samtidig er lav health literacy ofte forbundet med lav SES (Shaw *et al.*, 2008). Dermed kan der opstå utilsigtede konsekvenser, i form af manglende reducere af den sociale ulighed i sundhed, hvis indsatserne ikke medtænker individernes vidensniveau og kompetencer til at varetage egen sundhed.

### **8.3 PRIORITERINGEN AF FOREBYGGELSEN AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED**

Det kan diskuteres, om et lands ressourcer påvirker måden hvorpå tiltag, målrettet reducere af social ulighed i sundhed, prioriteres samt om begrænsede ressourcer kan medføre at reducere af social ulighed i sundhed ikke bliver prioriteret, i udarbejdelsen af sundhedspolitikker. Det fremgår, ifølge Mackenbach og McKee (2013), at der er sket en forandring inden for måden, hvorpå sundhedspolitikker udarbejdes. En af årsagerne til dette er blandt andet strukturelle forandringer i samfundet, hvor bekæmpelsen af social ulighed i sundhed prioriteres i forskellig grad i udarbejdelsen af sundhedspolitikker i europæiske lande (Mackenbach and McKee, 2013). Dermed får sundhedspolitik betydning for, om tiltag fravælges og til vælges alt efter politisk prioritering. Det, som vurderes at have betydning for prioriteringen af sundhedspolitiske tiltag rettet mod reducere af social ulighed i sundhed, er blandt andet landenes nationale indkomst samt regeringernes effektivitet (Mackenbach and McKee, 2013). Dermed kan begrænsede ressourcer betyde en nedprioritering af ellers effektive interventioner. I Danmark vurderes bekæmpelsen af social ulighed i sundhed netop at være prioriteret højt, blandt andet gennem udarbejdelsen af forebyggelsespakkerne og kommunale sundhedspolitikker. Dette på trods af, at det økonomiske niveau i Danmark ikke adskiller sig fra andre europæiske lande samt at den økonomiske ulighed i Danmark er lav (Juel, Bjerregaard and Madsen, 2000; OECD, 2017). Det kan derfor diskuteres hvorfor, der stadig er stor forskel i måden, hvorpå social ulighed i sundhed tilgås sammenlignet med andre nordiske lande. Som det også fremgår af fundene fra den kritiske diskursanalyse, har prioriteringen af indsatser målrettet reducere af social ulighed i sundhed i Danmark været fokuseret på individet samt adfærds- og livsstilsfaktorer. Denne prioritering kan anses som problematisk, da anvendelsen af en downstream tilgang, med

fokus på adfærd og livsstil i forebyggelsen, ifølge Watt (2007), ofte ikke er effektiv. Yderligere fremgår det, at der på trods af denne prioritering ikke sket en reducere af den sociale ulighed i sundhed i Danmark (Vallgård, 2014; Brønnum-Hansen, 2017). Således har denne prioritering medført negative utilsigtede konsekvenser, i form af mangel på reducere af den sociale ulighed i sundhed. Modsat Danmark har Sverige og Norge, ifølge Vallgård (2001), haft succes med at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, blandt andet gennem øget middellevelevetid for alle. En af årsagerne hertil kan være anderledes prioritering og udarbejdelse af indsatser målrettet sociale og kulturelle faktorer, hvilke er vilkår, som vurderes at have en central betydning for reducere af social ulighed i sundhed, frem for et fokus på individuelle adfærds- og livsstilsfaktorer (Vallgård, 2008). Ifølge Watt (2007), er der behov for et konceptuelt skifte og en forandring i måden, hvorpå social ulighed i sundhed tænkes at kunne forebygges blandt lande, som anvender en downstream tilgang, hvor indsatserne først træder i kraft efter sygdom er opstået. Dermed kan der være behov for forandring af prioriteringen af indsatser målrettet adfærds- og livsstilsfaktorer i Danmark gennem forebyggelsespakkerne. Dette da inddragelse af upstream tilgange, som ifølge Watt (2007), er indsatser der finder sted inden sygdomsudbrud, i højere grad ser ud til at kunne bidrage med at reducere den sociale ulighed i sundhed.

#### **8.4 SUNDHEDSSYNET I FOREBYGGELSESPAKKERNE**

I definitionen af social ulighed i sundhed, defineres samtidig synet på sundhed. I problemanalysen udledes det, hvordan der kan være forskellige ideologier inden for sundhed alt efter, hvem der anskuer det. Samme perspektiv fremgår gennem analysen af forebyggelsespakkerne, hvor social ulighed i sundhed vedrører forskellige grupper mennesker. Samtidig inddeler forebyggelsespakkerne befolkningen i grupper, som eksempelvis overvægtig og normalvægtig. Denne inddeling i grupper er dermed udtryk for Sundhedsstyrelsens syn på sundhed og sygdom, og de inddrager dermed ikke nødvendigvis befolkningens perspektiver. Kleinman (1981) pointerer, hvordan sygdom og sundhed kan opfattes forskelligt alt efter om det eksempelvis anskues fra et læg- eller ekspertperspektiv. Sundhedsprofessionelle i den professionelle sektor, som eksempelvis Sundhedsstyrelsen, vil have et ekspertperspektiv, hvor befolkningen i den folkelige sektor vil anskue sundhed fra et lægperspektiv. Tages der ikke højde for disse forskellige perspektiver, kan det skabe miskommunikation og sundhedsforskrifter kan gå tabt (Kleinman, 1981). Med afsæt i Kleinmans (1981) beskrivelse af den

folkelige- og professionelle sektor, opstår to forskellige syn på sundhed. På den ene side er befolkningens syn på sundhed, som ikke nødvendigvis harmonerer med de sundhedsprofessionelles, hvilket kan medføre utilsigtede konsekvenser, i form af at blive identificeret som en del af en udsat gruppe, som eksempelvis overvægtig. På den anden side findes Sundhedsstyrelsen, som en professionel instans, som har magt og viden til at definere, hvad social ulighed i sundhed er. Dermed fremstilles social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne efter deres anskuelse samt efter hvilke grupper, de vurderer som mest udsatte. Har Sundhedsstyrelsen ikke denne magtposition for øje, som en del af den professionelle sektor, risikeres det, at der opstår miskommunikation mellem sundhedsprofessionelle og befolkningen, hvilket kan medføre sundhedsmæssige konsekvenser, i form af mangel på forbedring af sundheden, hvilket kan betyde at forebyggelsespakkerne ikke får den tilsigtede effekt om at reducere social ulighed i sundhed.

Udover forskellige perspektiver på sundhed og sygdom på tværs af sektorer, kan der ligeledes være forskellige forståelser af sundhed og sygdom inden for samme sektor. Det kan diskuteres, hvilken forståelse, der er mest hensigtsmæssig, med målet om at reducere social ulighed i sundhed. Forebyggelsespakkerne anskuer sundhed som fravær af sygdom, især gennem forebyggelsen af proksimale faktorer, som KRAM-faktorer. Dermed antager de et biomedicinsk perspektiv, hvor sundhed anskues som fravær af sygdom. Dette perspektiv harmonerer med det sundhedspolitiske mål fra 2014 (2014), som ønsker om at forbedre sundheden i samfundet, gennem øgning i middellevetiden. Men at øge middellevetiden er ikke nødvendigvis lig at mindske uligheden, hvilket fremgår af studiet af Mackenbach et al. (2017), hvor de bedst stillede grupper i samfundets ofte drager størst fordel af interventioner, målrettet dødelighed, sammenlignet med dårligere stillede grupper. Dermed kan en øgning i middellevetiden ikke stå alene når den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Forebyggelsespakkerne inddrager dog ligeledes andre mere distale perspektiver, som eksempelvis betydningen af strukturelle og sociale rammer. Dermed kan der argumenteres for, at et bredere perspektiv kan være nødvendig, hvis uligheden skal reduceres.

Italesættelsen af social ulighed i sundhed fremkom i forebyggelsespakkerne at være præget af en hegemonisk magtkamp mellem ideologier, hvor social ulighed i sundhed kan anskues som en gradient og en dikotomi, hvor forståelsen af social ulighed i sundhed, som en dikotomi vinder hegemoni.

Her italesættes social ulighed i sundhed som en dikotomi, hvor bestemte grupper i samfundet udstilles som særligt udsatte over for resten af befolkningen. Det kan diskuteres, hvorvidt denne fremstilling kan påvirke sociale strukturer i samfundet, hvis det er med til at ændre opfattelsen af nogle bestemte befolkningsgrupper, som fremstilles særligt problematiske. Dermed kan denne fremstilling i forebyggelsespakkerne bidrage til at skabe en normalisering i forhold til dette i samfundet. Dette kan, ifølge Goffman (2010), anses som særligt problematisk, da grupper af individer som adskiller sig fra denne normalitet betragtes som stigmatiserede i samfundet og blandt andre grupper i samfundet, hvilket kan have konsekvenser for individers sociale identitet. Dermed kan der argumenteres for, at denne italesættelse af social ulighed i sundhed som dikotomi, kan have betydning for samfundets kategoriseringer, bedømmelser og reaktioner på bestemte befolkningsgrupper, hvilket kan være med til at ødelægge individers sociale identitet og dermed have sundhedsmæssige konsekvenser. På den anden side kan social ulighed i sundhed anskues som en gradient, hvilket ligeledes er det der anbefales af WHO, når social ulighed i sundhed skal reduceres (World Health Organization, 2012). Ordet gradient fremgår ligeledes af forebyggelsespakkerne gennem brugen af ordvalg, men er et begreb, der bruges, uden at diskurserne understøtter den egentlige betydning heraf. Denne tvetydige forståelse kan have sundhedsmæssige konsekvenser i form af at forebyggelsespakker kan fremstå som misvisende og dermed ikke opnår en reduktion af social ulighed i sundhed.

## **8.5 STRATEGIER TIL FOREBYGGELSE AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED**

Det kan diskuteres, hvorvidt ovenstående forståelse af social ulighed i sundhed, som dikotomi, ligeledes har betydning for, hvordan Sundhedsstyrelsen håndterer social ulighed i sundhed. Dermed har det tilsvarende betydning for måden, hvorpå den sociale ulighed i sundhed bedst muligt reduceres gennem forebyggelsesstrategier, med fokus på individuelle risikofaktorer. Dog kan et fokus på anvendelse af denne form for strategi være problematisk, hvis den ikke bidrager med at reducere social ulighed i sundhed. Af den litterære analyse fremgår det netop, at det er forskelligt, hvorvidt interventioner rettet mod social ulighed i sundhed, faktisk er effektive i forhold til at reducere denne (Brown, Platt and Amos, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015; Peeters and Schuilenburg, 2016). I studiet af Brown *et al.* (2014) fremhæves, at befolkningsorienterede strategier målrettet skatte- og prisændringer kan bidrage positivt med at reducere sociale uligheder i rygning. Ligeledes viser studiet af

Mhurchu et al. (2015) at indsatser rettet mod tilskud til frugt og grøntsager bidrager med at reducere usunde kostvaner samt forbedre den generelle sundhed blandt befolkningsgrupper med lav SES og høj SES (Mhurchu *et al.*, 2015). Dette fokus fremkommer ikke lige så tydeligt i forebyggelsespakkerne, hvor diskursen omhandlende sundhed domineres af et syn på forebyggelse af sygdom ud fra reducere af individuelle risikofaktorer. Interventioner målrettet højrisikogrupper i samfundet fremkommer dog ligeledes gennem den litterære analyse at være effektiv i forhold til at kunne forbedre sundheden inden for disse befolkningsgrupper (Moon *et al.*, 2015; Peeters and Schuilenburg, 2016). Her nævnes nudging blandt andet som effektiv til at forbedre livsstilen blandt bestemte befolkningsgrupper (Peeters and Schuilenburg, 2016). Det fremgår dermed, at befolkningsorienterede strategier er hensigtsmæssige, hvis det tilsigtede mål om at reducere social ulighed i sundhed skal opnås, hvorimod højrisikostrategier ikke kan stå alene hvis de tilsigtede konsekvenser skal opnås. Dog er disse velegnede til at forbedre sundheden inden for specifikke grupper.

Link og Phelan (1995) påpeger vigtigheden af ikke kun at rette opmærksomheden mod forebyggelse af proksimale faktorer, som årsag til sygdom, men at der ligeledes bør inddrages et større fokus på de distale faktorer som årsag til sygdom i befolkningen. Ifølge Link og Phelan (1995) kan de distale faktorer betegnes som de fundamentale sociale årsager til sygdom, og inkluderer faktorer som socioøkonomisk position, socialt netværk, køn, etnicitet og stigmatisering. Derudover påpeges, at de distale faktorer har betydning for individers adgang til og begrænsning af ressourcer (Link and Phelan, 1995). Dermed kan der, hvis disse faktorer ikke medtænkes i forebyggelsen af social ulighed i sundhed, blive skabt en øget ulighed i ressourcer i befolkningen, hvilket kan have betydning for muligheden for at opnå bedre sundhed. Dette understøttes yderligere af et studie af Jørgensen et al. (2013), hvor det påpeges, at individorienterede interventioner er mere effektive, hvis disse suppleres med politikker eller lovrammer som gør sunde valg lettere. Dette, i kombination med fundene fra den litterære analyse og den kritiske diskursanalyse, vurderes dermed at kunne bidrage med at øge effektiviteten af de forebyggende indsatser, hvis de individbaserede risikofaktorer ses i kontekst til de distale faktorer, hvis ønsket er at skabe effektive interventioner som kan forbedre befolkningens sundhed og reducere sociale uligheder i samfundet. Det kan yderligere diskuteres, hvorvidt der ved anvendelsen af begge former for strategier kan opstå utilsigtede konsekvenser, hvilke kan medføre sundhedsmæssige konsekvenser i befolkningen, i form af kortsigtet effekt på forbedring af

sundheden. Dette understøttes af Mechanic (2007) som påpeger, at indsatser med fokus på ændring af adfærd og livsstil ofte er problematiske, da disse ikke medfører en langsigtet effekt på redueringen af social ulighed i sundhed. De kan i stedet medføre sundhedsmæssige konsekvenser, da en forudsætning for at de får effekt, afhænger af individets motivation (Mechanic, 2007). Manglende motivation og påvirkning af individers selvbestemmelse, gennem strukturelle tiltag, kan ligeledes være utilsigtede konsekvenser af befolkningsorienterede strategier (Rose, 2001). Dermed kan strukturelle tiltag tilsvarende medføre manglende tilslutning fra befolkningen, som utilsigtet konsekvens.

Hvis man ønsker at gribe ind på flere områder af social ulighed i sundhed, kræves derfor ofte en kombination af forskellige strategier, hvilket involverer et tværsektorielt samarbejde. Her kan en kombination af top-down strategier, i form af reguleringer, og bottom-up strategier, såsom lokale samfundsinterventioner med inddragelse af borgere og aktører i lokalområderne, bidrage med at skabe en mainstream effekt, hvilket kan øge samarbejdet på flere niveauer (Lee, 2010). Fundene fra den litterære analyse viser dog også, at netop dette tværsektorielle samarbejde kan skabe problemer og uenigheder mellem de involverede parter, hvilket kan have negative konsekvenser, i form af mangel på implementeringen af interventionerne (Carlisle, 2010). Der kan derfor argumenteres for, at et fokus på forebyggelse af sociale og samfundsmæssige forhold, som ofte kræver mange flere samarbejdspartnere, er mere kompleks sammenlignet med forebyggelse med fokus på individuelle risikofaktorer. Denne tilgang vurderes dog ofte, ifølge Vallgård et al. (2014), at være mere håndgribelig, da ansvaret for egen sundhed ofte her placeres hos individet.

## 9. FOREBYGGELSESPAKKERNE I ET FORANDRINGSPEPERSPEKTIV

I ovenstående diskussion af de empiriske fund fremgår det, hvordan der foregår hegemoniske magtkampe i de diskursive og sociale praksisser inden for diskursordenen, hvor forskellige forståelser af social ulighed i sundhed kommer til udtryk. Derfor vil ovenstående diskussion af empiriske fund danne beslutningsgrundlag til besvarelse af sidste del af problemformuleringen *“... og hvordan kan disse danne grundlag for forandring, så den sociale ulighed i sundhed reduceres og utilsigtede konsekvenser mindskes?”*. Således fremstilles der i følgende afsnit forandringsforslag af den sociale praksis, i forhold til, hvad der gennem problembearbejdningen fremstår mest betydningsfuldt.

Desuden vil potentielle tilsigtede såvel som utilsigtede konsekvenser, der kan forekomme på baggrund af forandringsforslagene, vurderes. Slutteligt inddrages Leavitt-Ry modellen til metodiske overvejelser omhandlende udfordringer og konsekvenser ved implementeringen af forandringsforslagene.

## **9.1 FORANDRING AF DEN SOCIALE PRAKSIS**

Forandring er, ifølge Fairclough (1992), et væsentligt element i hans kritiske tilgang til diskursanalyse, da dette kan bidrage med at fremme mere egalitære og liberale diskurser. For at opnå dette er det vigtigt, at stille sig kritisk overfor de dominansforhold der kan eksistere inden for en gruppe og mellem grupper i samfundet. Fairclough mener, at dette kan gøres ved at synliggøre den underkastelse elitære magter i samfundet kan medføre (Fairclough, 1992). Dette dominansforhold er igennem den kritiske diskursanalyse og en diskussion af fundene heraf synliggjort. Her tydeliggøres, hvorledes Sundhedsstyrelsen domineres af forskellige ideologiske og hegemoniske magtkampe samt af politiske interesser, hvilke bidrager til, måden hvorpå forståelsen af social ulighed i sundhed konstitueres i forebyggelsespakkerne. Derudover fremgår hvorledes Sundhedsstyrelsen, som elitær magt inden for forebyggelsesområdet, påvirker sociale strukturer i samfundet ved at bidrage til opretholdelse af dominansforhold mellem grupper i samfundet, herunder forskellige befolkningsgrupper. Med udgangspunkt i ønsket om at skabe mere lighed i sundhed i befolkningen ved at reducere sociale uligheder i sundhed i samfundet, er følgende forandringsforslag fremsat med afsæt i Faircloughs tilgang til forandring af den sociale praksis.

## **9.2 FORANDRING AF FORSTÅElsen AF SOCIAL ULIGHED I SUNDHED, FORSLAG 1**

Med afsæt i den hegemoniske magtkamp, der fremkommer gennem de empiriske fund omhandlende social ulighed i sundhed, kan der argumenteres for, at diskursordenen i Sundhedsstyrelsen undergår en forandring. Den hegemoniske magtkamp, der eksisterer i forhold til forståelsen af social ulighed i sundhed, som henholdsvis en gradient og en dikotomi i forebyggelsespakkerne, kan ligeledes tyde på, at forståelsen af social ulighed i sundhed som en dikotomi i forebyggelsespakkerne udfordres af forståelsen som en gradient. Forebyggelsespakkerne anskuer i høj grad uligheden som en dikotomi, selvom ordet gradient fremgår enkelte steder, hvormed det vurderes, at Sundhedsstyrelsen anvender sin magtposition til at bibeholde forståelsen som dikotomi. Det er muligt, at dette

på sigt kan medføre en forandring af forståelsen af social ulighed i sundhed, hvor forståelsen som gradient vinder hegemoni. Anskuelsen af social ulighed i sundhed som en dikotomi i forebyggelsespakkerne har konsekvens for, hvorledes denne menes at kunne reduceres ved at rette fokus på udsatte grupper i befolkningen. Ulighed, som dikotomi, er en anskuelse der ikke understøttes andre steder i Norden eller af WHO (World Health Organization, 1986; Vallgård, 2005).

Udelukkende at anskue uligheden som en dikotomi kan ligeledes have utilsigtede konsekvenser, i form af manglende reduktion af den sociale ulighed i sundhed samt at der kan ske stigmatisering af befolkningsgrupper gennem kategoriseringen af disse som udsatte grupper. Derudover er det biomedicinske perspektiv indlejret i de sociale strukturer i Sundhedsstyrelsen, hvormed forebyggelsespakkerne ligeledes anskuer sundhed og sygdom ud fra et biomedicinsk perspektiv, hvor KRAM-faktorer og middellevetid er centrale begreber. Denne diskursive forståelse anskues som snæver, hvormed bredere perspektiver, som et relativistisk sundhedssyn, kan gå tabt og utilsigtede konsekvenser kan opstå, som eksempelvis større skel i uligheden. Gennem den litterære analyse pointeres, at et fokus på strukturelle ændringer i hele befolkninger kan bidrage med at reducere den sociale ulighed i sundhed (Brown, Platt and Amos, 2014; Mhurchu *et al.*, 2015; Peeters and Schuilenburg, 2016). Ligeledes fremkommer gennem anden empiri, at sociale, kulturelle og strukturelle faktorer er vigtige at medtænke i forbindelse med reduktion af social ulighed i sundhed (Watt, 2007; Vallgård, 2008). En anskuelse af social ulighed i sundhed udelukkende som en dikotomi samt et fokus på et biomedicinsk perspektiv kan medføre, at andre aspekter, som ligeledes vurderes at være centrale for reduktion af social ulighed i sundhed, ikke medtænkes i forebyggelsen. Dermed kan en forandring i forståelsen af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne, hvor inddragelse af vigtigheden i at inddrage et bredere perspektiv på sundhed, ligeledes bidrage med at mindske utilsigtede konsekvenser.

Med afsæt i ovenstående, kan der argumenteres for et forandringspotential i forebyggelsespakkerne, hvor social ulighed i sundhed, forstået som en gradient, med et bredere perspektiv på sundhed, kan skabe en større effekt. Det kan dog diskuteres, hvad der skal til for at ændre en forståelse, der er indlejret og dominerende inden for Sundhedsstyrelsen. Kompetenceudvikling i kommunerne nævnes i forebyggelsespakkerne at være en forudsætning for reduktion af den sociale ulighed i sundhed, da dette fremgår at kunne bidrage til opnåelse af den nødvendige viden herom. Dermed kan der argumenteres for, at en forudsætning for at kunne forandre tilgangen til at forstå social



ulighed i sundhed, er udvikling af Sundhedsstyrelsens samt kommunale medarbejders viden om vigtigheden i og effekten af at fokusere på befolkningen som helhed, når ønsket er at forebygge social ulighed i sundhed. Hvis der opnås en forandring, i måden hvorpå social ulighed i sundhed forstås, som henholdsvis en gradient og en dikotomi, vurderes det, at utilsigtede konsekvenser, som stigmatisering og fejlagtig kategorisering af grupper i samfundet, kan mindskes samt at muligheden for at opnå tilsigtede konsekvenser, i form af mere social lighed i befolkningen øges.

### **9.3 FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME, FORSLAG 2**

Ud fra diskussionen af de empiriske fund, herunder den kritiske diskursanalyse og den litterære analyse samt Faircloughs (1992) tilgang til forandring, kan der argumenteres for, at det kan medføre positive sundhedsmæssige konsekvenser for befolkningen, hvis Sundhedsstyrelsen gennem udarbejdelse af forebyggelsespakkerne forandrer måden, hvorpå social ulighed i sundhed i praksis søges reduceres. Gennem diskussionen blev det synliggjort, hvorledes både diskursive og sociale praksisser påvirker diskursordenen inden for Sundhedsstyrelsen, hvilket kommer til syne i måden, hvorpå forståelsen af social ulighed i sundhed konstitueres gennem en forebyggelsesdiskurs og en sundhedsdiskurs.

En tilgang, som forebyggelsespakkernes, til reducere af social ulighed i sundhed gennem interventioner, med fokus på forebyggelse af individuelle risikofaktorer, bidrager ikke som selvstændig strategi, med at reducere den sociale ulighed i sundhed (Link and Phelan, 1995; Vallgård, 2008; Peeters and Schuilenburg, 2016). Dermed kan anvendelse af udelukkende denne form for strategi medføre den utilsigtede konsekvens, at den sociale ulighed i sundhed i samfundet ikke bliver reduceret. Gennem diskussionen af de empiriske fund blev det klarlagt, at denne konstruktion af håndtering af social ulighed i sundhed gennem et fokus på proksimale faktorer i forebyggelsespakkerne udfordres af et perspektiv, som inddrager et fokus på distale faktorer i form af indsatser rettet mod blandt andet strukturelle ændringer og fremme af sociale relationer. Dette perspektiv fremgår dog ikke at udgøre den dominerende ideologi i forebyggelsespakkerne. Der kan derfor argumenteres for, at Sundhedsstyrelsen gennem forebyggelsespakkerne ligeledes bør rette et fokus på at fremme befolkningens sundhed frem for et fokus kun på forebyggelse af sygdom, hvis ønsket er at skabe en vedvarende og langsigtet reducere af den sociale ulighed i sundhed og dermed opnå et tilsigtet mål om mere lighed i sundhed i befolkningen. Med afsæt i dette bør man gøre sig overvejelser om,

hvorvidt der bør ske en inddragelse af flere sundhedsfremmende faktorer i forebyggelsespakkerne, da forebyggelsespakkerne har betydning for, hvilke interventioner der prioriteres og udarbejdes i kommunerne. Dette forandringsforslag udgøres dermed af et behov for en ændring i Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af forebyggelsespakkerne. Disse vurderes med fordel at kunne inddrage et fokus på sundhedsfremmende aktiviteter samt reducere af distale faktorer som årsag til sygdom, hvilke dermed bør fremhæves som en væsentlig del af forebyggelsespakkerne. Konkret kan dette komme til udtryk gennem anbefalinger møntet på strukturelle tiltag samt indsatser, der fremmer sundheden i befolkningen, således forebyggelsespakkerne ændrer den grundlæggende tilgang til reducere af ulighed i sundhed. Dog kan manglende motivation, og dermed tilslutning fra befolkningen, være en utilsigtet konsekvens af strukturelle tiltag, hvilket bør medtænkes. Denne forandring gennem større inddragelse af sundhedsfremme og distale faktorer vurderes, i kraft af Sundhedsstyrelsen som elitær magt, at kunne påvirke måden hvorpå social ulighed i sundhed håndteres i kommunerne gennem udarbejdelse af indsatser i forebyggelsespakkerne rettet mod både proksimale og distale faktorer.

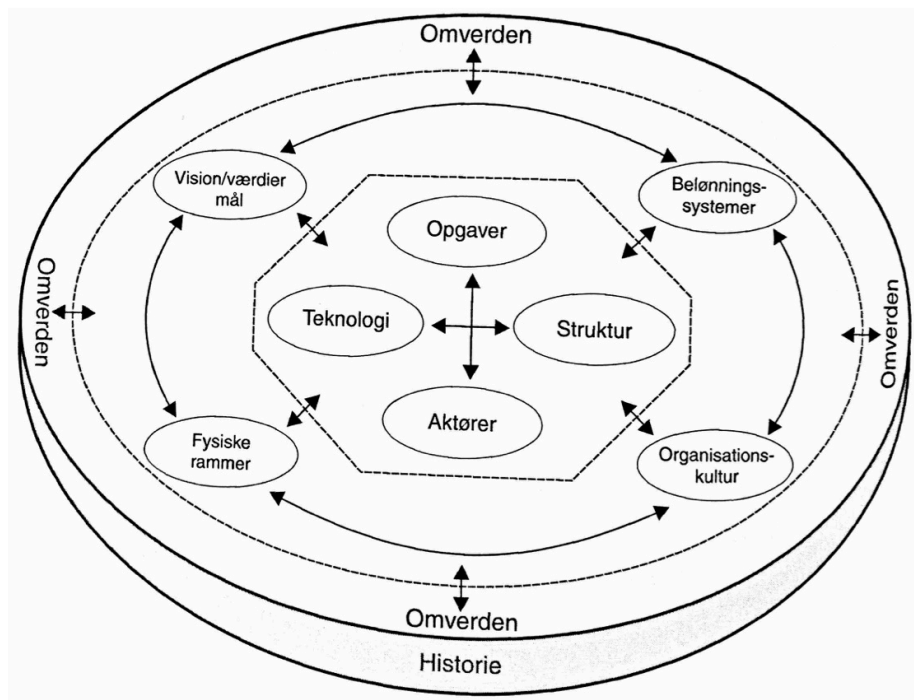
#### **9.4 INDIVIDETS ANSVAR FOR EGEN SUNDHED, FORSLAG 3**

På baggrund af de empiriske fund fremgår det, hvordan ansvaret for social ulighed i sundhed, placerer sig i spændingsfeltet mellem Sundhedsstyrelsen som magtinstans, kommunerne som den forpligtende instans og individet. Dermed kan der, ifølge Carlisle (2010), potentielt opstå barrierer på tværs af sektorerne, som for forebyggelsespakker er fra udarbejdelsen af forebyggelsespakkerne, til implementering af indsatserne og til den endelige effekt i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed opnås. Derudover kan der på tværs af sektorer, ifølge Carlisle (2010), ligeledes være forskellige incitamenter, prioriteringer og ressourcer, som er med til at differentiere forståelsen og brugen af forebyggelsespakkerne. Forebyggelsespakkerne er udarbejdet med kommunerne i sigte, men selve diskursen i forebyggelsespakkerne om social ulighed i sundhed placerer i høj grad ansvaret hos det enkelte individ. Det stemmer, ifølge Vallgård et al. (2014), overens med den liberalistiske tankegang, hvor individet har ansvaret for egen sundhed. Men denne ansvarsfralæggelse gennem forebyggelsespakkerne, har vist sig potentielt at være uhensigtsmæssig, idet ikke alle individer besidder samme kompetencer og ressourcer til at varetage egen sundhed tilstrækkeligt, samtidig med at ikke alle vurderer det at være sund i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Derudover

findes andre sociale determinanter, der kan have indflydelse på social ulighed i sundhed end kun de individuelle livsstilsfaktorer, hvorfor det vurderes at en del af ansvaret for social ulighed i sundhed ligeledes bør placeres hos samfundet. Med afsæt i ovenstående vurderes det, at der foreligger et forandringspotentiale i den sociale praksis i Sundhedsstyrelsen, hvor en del af ansvaret flyttes fra individet og tilbage til samfundet, således at forebyggelsespakkerne potentielt kan opnå en større effekt på reducere af den sociale ulighed i sundhed. Det vurderes derudover, at hvis en del af ansvaret flyttes fra individet til samfundet, gennem at større brug af strukturelle tiltag med fokus på distale faktorer frem for proksimale faktorer, kan det bidrage til, at utilsigtede konsekvenser mindskes, ved at undgå at pålægge individer et ansvar, de potentielt ikke kan løfte alene. Derved kan forebyggelsespakkerne i højere grad være medvirkende til en reducere af den sociale ulighed i sundhed.

## **9.5 IMPLEMENTERING AF FORANDRINGSFORSLAGENE**

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2008), indebærer en forandring typisk nytænkning, hvorfor Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af forebyggelsespakkerne bør nytænkes, hvis dette skal medføre en forandring, som kan bidrage til at opnå ønsket om mere lighed i sundhed. Forskellige former for forandring vil desuden, ifølge Jacobsen og Thorsvik (2008), både medføre ændringer i interne magtstrukturer i selve organisationen samt i forholdet til omgivelserne. Dermed vil implementering af forandringsforslagene i Sundhedsstyrelsens arbejde med forebyggelsespakkerne, foruden at medføre interne forandringer i de sociale strukturer i selve organisationen, ligeledes kunne bidrage med at ændre sociale strukturer i samfundet og omgivelserne. Med afsæt i dette kan det diskuteres, hvorvidt de opstillede forandringsforslag faktisk vil medføre en forandring samt hvilke elementer det er nødvendigt at medtænke i en eventuel implementering af forandringsforslagene, hvilket følgende afsnit vil omhandle. For at få indsigt i dette inddrages J. C. Ry Nielsen og Morten Rys (2014) videreudvikling af Harold Leavitts diamantmodel, Leavitt-Ry modellen, som er illustreret i figur 7 nedenfor.



**Figur 7:** Leavitt-Ry modellen (Fivelsdal & Bakka, 2014).

Modellen består af fire grundlæggende variabler; *opgaver*, *struktur*, *aktører* og *teknologi*, hvilke er indbyrdes afhængige af- og påvirker hinanden (Fivelsdal and Bakka, 2014). Med udgangspunkt i modellen, er det i implementeringen af de opstillede forandringsforslag dermed ikke nok at fokusere udelukkende på, hvilke strukturelle ændringer, såsom ændringer i arbejdsorganiseringen, implementeringen vil medføre i Sundhedsstyrelsen som organisation. Ligeledes er det vigtigt at gøre sig overvejelser om, hvordan forandringsforslagene vil påvirke andre variabler af organisationen. For at forandring kan forekomme kræves dermed, at Sundhedsstyrelsen ændrer deres opgaver, herunder målet med forebyggelsespakkerne, hvilket skal bidrage med, at forandringsforslagene bliver realiseret gennem forebyggelsespakkerne. En ændring af målet med forebyggelsespakkerne vil desuden både påvirkes af de aktører, som står for udarbejdelsen af forebyggelsespakkerne samt af de normer, værdier, holdninger, viden og færdigheder, som disse besidder, hvilket dermed også kan begrænse at målet ændres eller gennemføres. Dermed er en ændring af aktørernes tilgang, til udarbejdelsen af forebyggelsespakkerne, tilsvarende væsentligt, hvis forandringsforslagene skal realiseres. De fire grundlæggende variabler suppleres yderligere, ifølge Fivelsdal og Bakka (2014), med de fire variabler; *visioner*, *mål og værdier*, *fysiske rammer*, *kultur* og *belønningssystemer*, hvilke er med til at komplicere en forandringsproces yderligere. De visioner, værdier og mål

Sundhedsstyrelsen, som organisation har, har både stor betydning for, hvilke forandringsprocesser de ønsker at gennemføre samt hvordan de mener, dette skal realiseres. De fysiske rammer, herunder indretningen, har ifølge Fivelsdal og Bakka (2014), blandt andet stor betydning for samarbejdet. Hvis Sundhedsstyrelsen, som organisation, ønsker et tværgående samarbejde om forebyggelsespakkerne, er de fysiske rammer dermed nødt til at skulle tilpasses dette. Yderligere kan den kultur, der er tilstede, ifølge Fivelsdal og Bakka (2014), bidrage med at skabe noget fælles at arbejde hen imod. Dermed vurderes den kultur, der eksisterer inden for Sundhedsstyrelsen, både at kunne fremme eller begrænse gennemførelsen af forandringsforslagene. Foruden dette kan forskellige former for belønning bidrage med at fremme medarbejdernes adfærd, så de støtter op omkring forandringsforslagene. Ifølge Fivelsdal og Bakka (2014) kan former for belønning eksempelvis være anerkendelse og medindflydelse. Med belønninger, såsom anerkendelse og medindflydelse, kan der skabes en overensstemmelse mellem medarbejdernes mål og de mål Sundhedsstyrelsen, som organisationen, måtte have, hvilket er en forudsætning for få realiseret målet om implementering af forandringsforslagene.

Foruden ovenstående fremgår det, hvordan omverdenen, herunder samfundsmæssige strukturer samt den historiske kontekst, har betydning for, hvorvidt forandring kan finde sted (Fivelsdal and Bakka, 2014). Dermed kan omverdenen have indflydelse på forandringsmulighederne og diskursive forståelser, idet blandt andet eksisterende politiske ideologier og normer i samfundet, påvirker Sundhedsstyrelsens arbejde. Ligeledes kan en succesfuld implementering af forandringsforslagene medføre forandringer i omverdenen, gennem ændring af normer, og dermed potentielt opnå en reduktion af den sociale ulighed i sundhed. Således kommer det dialektiske samspil mellem diskursive fremstillinger og sociale strukturer til syne, både inden for Sundhedsstyrelsen som organisation og i det omkringliggende samfund.

For at øge muligheden for en succesfuld implementering af forandringsforslagene er det, på grund af variabelernes indbyrdes afhængighed og påvirkning, vigtigt at være bevidst om nødvendigheden i at sikre at alle variabler understøtter hinanden (Fivelsdal and Bakka, 2014). Dermed kan ændringer i en variabel medføre konsekvenser for Sundhedsstyrelsen, som organisation, i form af ændringer af de andre variabler, hvilket er vigtigt for at sikre succesfuld implementering. Dette betyder, at implementering af forandringsforslagene kan åbne op for forandringer, som ikke var planlagte,

hvilket tilsvarende kan medføre både utilsigtede og tilsigtede konsekvenser. Utilsigtede konsekvenser, eksempelvis i form af manglende forandring af Sundhedsstyrelsens forståelse af social ulighed i sundhed og dermed deres håndtering af dette gennem forebyggelsespakkerne. Ligeledes kan en forandring af forebyggelsespakkerne medføre, at det tilsigtede mål om at reducere social ulighed i sundhed, ikke opnås, hvis kommunerne ikke formår at udarbejde og implementere indsatser, som tager hensyn til forandringsforslagene.

## **10. DISKUSSION AF ANVENDTE METODER**

I følgende afsnit diskuteres de teoretiske og metodiske valg, for herigennem at vurdere styrker og begrænsninger samt deres anvendelighed til besvarelse af problemformuleringen, med dertilhørende forskningsspørgsmål. Dette gøres ved at sætte de teoretiske og metodiske valg op i mod anvendte kilder samt ved inddragelse af supplerende metodelitteratur.

### **10.1 SOCIALKONSTRUKTIONISME**

Socialkonstruktionisme er en relativ ny teoretisk position, som er ofte anvendt af psykologer, men det er en flerfaglig disciplin, der favner både filosofi, sociologi og lingvistik (Burr, 2003). Socialkonstruktivisme og socialkonstruktionisme er to positioner, der ofte bliver forvekslet eller slået sammen under ét begreb (Jørgensen and Phillips, 1999) og i en dansk kontekst adskilles de to ofte ikke (Bransholm Pedersen, 2018). De to tilgange adskiller sig dog fra hinanden, hvor erkendelse, inden for socialkonstruktivisme, ifølge Bransholm Pedersen (2018), er en kognitiv proces, som udspringer af den enkelte, sker i interaktion med andre mennesker og dermed er noget, der konstrueres eller skabes. Ved socialkonstruktionismen derimod skabes erkendelsen gennem sociale interaktioner og relationer, hvor sproget er med til at skabe viden (Burr, 2003). Med udgangspunkt i ovenstående, vurderes det i denne sammenhæng hensigtsmæssigt at adskille de to teoretiske positioner samt at basere det videnskabsteoretiske standpunkt på socialkonstruktionismen. Dette fordi den har kunne bidrage med et perspektiv, hvor erkendelsen og virkeligheden skabes i den sociale verden, i en social proces, og udspringer dermed ikke fra den enkelte, som ved socialkonstruktivismen. Således har socialkonstruktionismen harmoneret med specialets mere makroorienterede perspektiv på dokumenter udarbejdet af en sundhedspolitisk organisation.

Socialkonstruktionisme adskiller sig fra andre videnskabsteoretiske positioner med dens relativisme og kontingente anskuelse af viden, hvor ting kan flyde sammen. At viden er kontingent kan medføre en risiko for, at regelmæssigheder opløses, hvormed en endegyldig sandhed ikke eksisterer (Jørgensen and Phillips, 1999). Men ifølge Jørgensen og Phillips (1999) er det et karikeret billede at fremsætte om socialkonstruktionisme, og som Gergen (1985) skriver, betyder det ikke at *"anything goes"* (Gergen, 1985, p. 273). Udlægningen af socialkonstruktionismen, i dette speciale, opfatter viden og den sociale verden som værende mere regelbundet og regulerende, som Jørgensen og Phillips (1999) beskriver det. Derudover bevæger specialet sig inden for et problemområde med et veldefineret begrebsapparat. Betydningerne af begreber er inden for socialkonstruktionismen, ifølge Jørgensen og Phillips (1999), foranderlige og kontingente, men samtidig anerkendes det, at allerede fast definerede begreber er relativt låst fast, hvorfor en manipulering med disse er meget begrænset. Dog er det heller ikke formålet med specialet at opnå én endegyldig sandhed, men at opnå et indblik i konstituerende diskursive forståelser med henblik på at udforske forandringsmuligheder til gavn for folkesundheden.

På trods af anvendelsen af socialkonstruktionismen som videnskabsteoretisk position, er der elementer af specialet, som ikke hører herunder, idet den systematiske litteratursøgning eksempelvis betragtes som en sideløbende metode. Dog udspringer den videnskabsteoretiske position, ifølge Birkler (2010), af specialets problemformulering, som i dette tilfælde har et socialkonstruktionistisk fundament. Dermed er der til dels afvejet fra denne, i forbindelse med den systematiske litteratursøgning, idet det kan diskuteres om den indeholder elementer, der er mere i tråd med den hermeneutisk videnskabsteoretisk position. Inden for hermeneutikken udlægger Dahlager og Fredslund (2012), hvordan forforståelsen inden for Gadammers filosofiske hermeneutik, sættes i spil i arbejdet med teksten, således det bliver muligt at opnå horisontsammensmeltning og dermed en ny forståelse. Denne tilgang har der til dels været tendenser af, i den systematiske litteratursøgning, idet viden opnået fra problemanalysen er anvendt aktivt til udarbejdelse af facetterne og dermed den systematiske litteratursøgning. Dermed kan der være elementer af specialet, som har tråde til andre videnskabsteoretiske positioner end socialkonstruktionismen.

## 10.2 KRITISK DISKURSANALYSE SOM METODOLOGI

Ifølge Carter og Little (2007), defineres en undersøgelses metodologi som; *“The study—the description, the explanation, and the justification—of methods, and not the methods themselves.”* (Carter and Little, 2007, p. 1318). Som citatet illustrerer, anvendes specialets metodologi til at begrunde valget af de metoder, som skal anvendes til at skabe viden om specialets problemstilling. Valget af Faircloughs (1992) kritiske diskursanalyse, som specialets metodologi, er truffet på baggrund af problemformuleringen, det ene forskningsspørgsmål samt den videnskabsteoretiske position. Disse har afsæt i at undersøge, hvordan de diskursive forståelser af social ulighed i sundhed kommer til syne gennem sproget i forebyggelsespakkerne, hvorfor den kritiske diskursanalytiske tilgang anses som hensigtsmæssig. Der kan argumenteres for, at den kritiske diskursanalytiske tilgang er med til at konstruere den forståelse, der opnås af problemstillingen, hvilket dermed kan have påvirket de fremkomne fund. Således kunne valget af en anden tilgang have medført opnåelse af en anden forståelse af problemstillingen. Ifølge Jørgensen og Phillips (1999), er diskursanalyse dog velegnet til kritisk samfundsforskning, hvorigennem man kan fremme forandring. Med afsæt i dette, samt den kritiske diskursanalyses fokus på forandring og den sociale praksis, og dermed et makroorienteret perspektiv, vurderes denne tilgang, som metodologi, at have være anvendelig til at belyse problemstillingen. Ligeledes vurderes det kritiske aspekt i tilgangen at have været anvendeligt, da dette har hjulpet med at synliggøre mulige forandringspotentialer i fremstillingen af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne. Den kritiske diskursanalyse, som metodologi, anses dermed som et vigtigt redskab i folkesundhedsvidenskab, da der herigennem rettes et kritisk blik mod at tydeliggøre eksisterende virkelighedsbilleder, hvilke kan bidrage med at dekonstruere den ”common sense” forståelse af folkesundhed, som alle handler efter. Dermed kan der argumenteres for, at anvendelsen af den kritiske diskursanalyse, som metodologi, er hensigtsmæssig, når ønsket er at opnå forandring af eksisterende forståelser inden for folkesundhed.

### 10.2.1 ANVENDELSE AF FAIRCLOUGHS TREDIMENSIONELLE ANALYSEMODEL

Med afsæt i Faircloughs (1992) tilgang til kritisk diskursanalyse, som metodologi, blev Faircloughs (1992) tredimensionelle analysemodel inddraget som analysestrategi i specialet, hvilket blandt andet vurderes at have bidraget med at øge den interne konsistens mellem valget af metodologi og



metode. Derudover har den tredimensionelle model bidraget med at få skabt struktur og overblik over den kritiske diskursanalyse. Faircloughs analytiske begrebsunivers er dog yderst omfangsrigt og komplekst (Jørgensen and Phillips, 1999), hvorfor det har været nødvendigt at udvælge analytiske begreber. Ifølge Fairclough (1992) er det dog sjældent relevant at inddrage alle begreber og perspektiver i analysen, derimod er der ofte nødvendigt at udvælge specifikke områder, der kan bidrage til en besvarelse af problemformuleringen. Udover dette kan Faircloughs begreber fremstå abstrakte og uklare i deres definition, hvorfor der er forsøgt at imødekomme dette og øge transparensen ved at sætte begreberne i relation til deres anvendelighed i analysen. Således blev der foretaget en vurdering af hans begrebsapparat, med henblik på en udvælgelse af begreber, der kunne bidrage til en belysning af diskursive forståelser i forebyggelsespakkerne. Således kan der være andre områder i eksempelvis tekstanalysen eller i analysen af den diskursive praksis, som kunne have bidraget med andre perspektiver. Udvælgelsen af specifikke analytiske begreber vurderes dog at have gjort det muligt at gå i dybden med analysen af netop disse aspekter. Idet den samlede kritiske diskursanalyse, og de dertilhørende tre dimensioner, gjorde det muligt at spore diskursive forandringer i fremstillingen af social ulighed i sundhed, vurderes det, at de anvendte begreber var hensigtsmæssige til besvarelse af problemformuleringen.

Diskursanalysen er inddelt og foretaget adskilt efter de tre dimensioner; tekstanalyse, diskursiv praksis samt den sociale praksis. Denne opdeling kan, ifølge Fairclough (1992), have betydning for analysen, idet dimensionerne er indbyrdes afhængige og påvirker hinanden. Dermed kan der være sket en unaturlig adskillelse, hvormed perspektiver kan være gået tabt. Dog beskriver Fairclough (1992), hvordan de tre dimensioner repræsenterer forskellige analytiske traditioner såsom en lingvistisk analyse og analyse af den sociale praksis, hvorved analysen både indebærer et mikrosociologisk niveau og et makrosociologisk niveau, som varierer fra det beskrivende til fortolkende niveau. Således bidrog en adskillelse af de tre dimensioner i analysen til en tydeliggørelse af de enkelte dimensioner samt en mere dybdegående analyse af disse.

### **10.3 ANVENDELSE AF TEORETISKE BEGREBER**

I analysen af den sociale praksis er en forudsætning for en dybdegående analyse inddragelse af sociologisk teori. Dog gives ingen anvisninger i forhold til, hvilken form for sociologisk teori, der bør

inddrages (Jørgensen and Phillips, 1999). Med afsæt i den kritiske diskursanalyses primære formål om at udføre kritisk forskning ved at synliggøre og undersøge magtrelationer i samfundet (Jørgensen and Phillips, 1999), blev Foucaults teoretiske begreber, om biomagt og governmentality, derfor inddraget. fundet relevante at inddrage, da disse, ifølge Pedersen (2010), netop kan anvendes til at klarlægge dominerende magtstrukturer i samfundet. Den teoretiske ramme er med til at konstruere genstandsfeltet og give forskeren ideer til at stille spørgsmål på en bestemt måde til teksten. Dermed er den teoretiske ramme med til at fastlægge genstandsfeltet og give spørgsmålene retning (Jørgensen and Phillips, 1999). Foucaults begreber om biomagt og governmentality orienterer sig, ifølge Pedersen (2010), mod at klarlægge magtperspektiver i samfundet ud fra et makroperspektiv. Dette vurderes anvendeligt i analysen af den sociale praksis, da formålet, ifølge Fairclough (1992), her netop er at se problemstillingen ud fra et makroperspektiv. Foruden inddragelse af sociologisk teori, mener Fairclough (1992), at begreberne ideologi og hegemoni bør inddrages i analysen af den sociale praksis. Det kan diskuteres, om de teoretiske begreber adskiller sig tilstrækkeligt fra hinanden, idet de alle fokuserer på synliggørelse af magtstrukturer, -styring og -relationer i samfundet. Ligesom Foucaults begreber om biomagt og governmentality har begreberne ideologi og hegemoni ligeledes været anvendelige til at tydeliggøre dominerende magtstrukturer i og omkring Sundhedsstyrelsen, hvilket har gjort det muligt at stille sig kritisk over for disse i de etablerede forandringsforslag. Faircloughs (1992) begreber, ideologi og hegemoni, har bidraget med at belyse interne og underliggende magtstrukturer gennem analysen af forebyggelsespakkerne. Begreberne, om biomagt og governmentality, har derimod i højere grad bidraget med at belyse forebyggelsespakkernes eksterne magtpåvirkning i samfundet og overfor befolkningen. Dermed vurderes de teoretiske begreber at kunne supplere hinanden, da de på hver deres måde belyser problemstillingen.

#### **10.4 SYSTEMATISK LITTERATURSØGNING**

Inden for systematisk litteratursøgning er essentielle begreber validitet og reproducerbarhed (Frandsen *et al.*, 2013), herunder med en systematisk tilgang, med brug af de rette ord, kombinationer og databaser (Hørmann, 2011). Med en detaljeret afrapportering skabes der dermed mulighed for at vurdere disse aspekter (Frandsen *et al.*, 2013). Det kan være vanskeligt at opnå fuldstændig reproducerbarhed, da databaserne hele tiden fornyes, men den systematiske litteratursøgning, i

dette speciale, er foretaget med en detaljeret afrapportering, både gennem metodiske afsnit samt søgebilag, bilag 2, for herigennem at opnå transparens og mulighed for reproducerbarhed.

#### 10.4.1 SØGESTRATEGI

Søgestrategien tager udgangspunkt i Buus et al.'s (2008) beskrivelse af facetsøgning, hvor formålet er at opnå stringens i søgningen på tværs af databaser. Det kan diskuteres, hvorvidt dette er opnået, da søgestrategierne ikke er ens på tværs af databaserne, hvilket kan argumentere for en lav stringens, men som Hørmann (2011) beskriver, adskiller databaserne sig fra hinanden. Med udgangspunkt i dette, vurderes det, at forskellige strategier på tværs af databaserne er med til at skabe høj stringens, idet de udvalgte facetter, på baggrund af forskningsspørgsmålet, er tilpasset de enkelte databasers forskelligheder. Nødvendigheden af dette, udover databasernes forskelligheder, udspringer ligeledes af specialets emne; social ulighed i sundhed. Det viste sig, at ikke alle databaser har et kontrolleret emneord for dette, eksempelvis i Embase, hvor det kun var muligt at få frem som *candidate term*. Dermed kunne en direkte oversætning ikke finde sted, og det blev vurderet nødvendigt at finde de kontrollerede emneord, der kom tættest på. Dermed er facetterne indholdsmæssigt ens på tværs af databaserne, men de kontrollerede emneord varierer. Dog er der anlagt en stringent tilgang til fritekstsøgeord, til at supplere de kontrollerede emneord, som er vurderet på tværs af databaserne, således facetterne afspejler hinanden på tværs. Disse forskellige strategier er begrundet og afrapporteret tydeligt, hvilket giver transparens i- og reproducerbarhed af søgningen.

Herudover er søgestrategierne tilpasset de enkelte databasers forskelligheder, med fokus på evalueringsbegreberne *recall* og *precision*. Recall og precision er, ifølge Frandsen et al. (2013), begreber der kan være med til at kvalitetssikre søgningen. Således er de systematiske søgninger løbende evalueret med målet om høj recall og høj precision. Det kan diskuteres, hvorvidt dette er lykkedes, da recall, ifølge Frandsen et al. (2013), er et teoretisk begreb og det derfor ikke kan vides med sikkerhed, i praksis, hvorvidt dette er opnået. Derudover kan det, ifølge Frandsen et al. (2013), være vanskeligt at opnå både høj recall og høj precision, hvilket ligeledes viste sig gældende i denne søgning. Dermed er det en løbende vurdering, som dannes på baggrund af indledende søgninger om, hvorvidt tilstrækkelig høj recall og precision er opnået. Den viden, der blev opnået om databasernes indhold gennem de indledende søgninger, bidrog til, at det blev vurderet, at den endelige

systematiske litteratursøgning, bidrog med tilstrækkelig høj recall, ved at relevante studier blev identificeret. Den høje recall blev dog samtidig til dels på kompromis med precision, i enkelte databaser, hvor disse søgninger bidrog med relativt mange hits.

#### 10.4.2 STUDIERNES OVERFØRBARHED OG KVALITET

På baggrund af den systematiske litteratursøgning, viste evidensen sig imidlertid at være begrænset inden for problemstillingen, når målet samtidig var at inddrage videnskabelige studier. Derfor blev søgestrategien udvidet, og der blev gået på kompromis med studiernes overførbarehed og emne, herunder inddragelse af eksempelvis et studie fra New Zealand. Ifølge Juul (2012) kan det være svært at afgøre, hvorvidt resultater kan generaliseres til andre målpopulationer, men ofte vil det være de beskrivende resultater, der ikke kan generaliseres, som eksempelvis procentsatser, hvorimod analytiske resultater kan overføres, hvis de er bedømt med faglig viden og sund fornuft. Dermed er det primært de beskrivende resultater, som eksempelvis odds ratioer og procentsatser, fra de inddragne studier, der ikke kan generaliseres til en dansk kontekst, hvorimod det er vurderet, at studierne analytiske resultater kan inddrages.

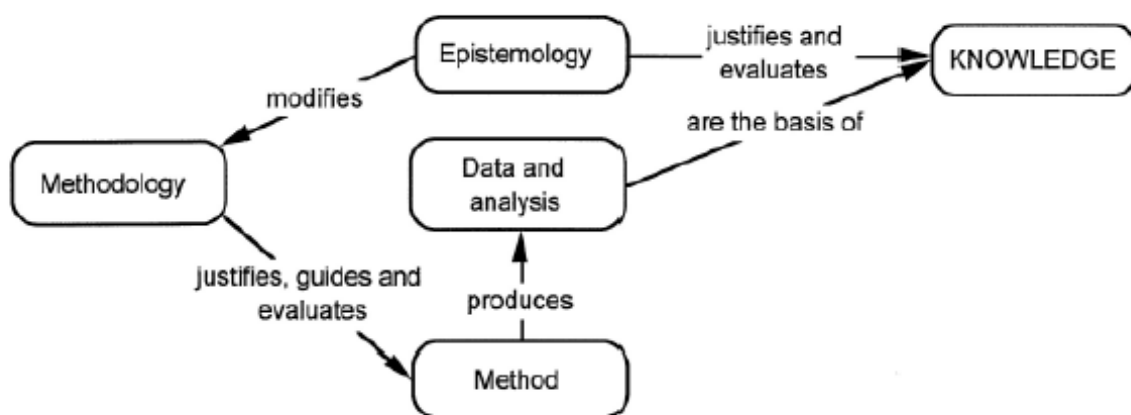
Det kan diskuteres, hvorvidt studierne er udvalgt efter mest hensigtsmæssige metode. Frandsen et al. (2013) har opstillet kriterier for sorteringsprocessen, hvor første kriterie er at udvælge efter højeste evidens for først her efter at sortere med henblik på relevans for forskningsspørgsmålet. Denne proces blev ikke fulgt, hvor kriteriet om relevans for forskningsspørgsmålet blev prioriteret højere end evidensniveau, men som Kristensen og Sigmund (2007) beskriver, er høj evidens ikke nødvendigvis det samme som høj kvalitet. Desuden kan det diskuteres, hvad høj evidens er, inden for dette speciales rammer, der placerer sig under kvalitativ forskning og derfor, ifølge Juuls (2012) beskrivelse af evidensniveauer, befinder sig lavt i disse. Således kan der argumenteres for, at de traditionelle forståelser af evidens, der udspringer af den medicinske verden, og som Sundhedsstyrelsen ligeledes bygger deres forebyggelsespakker på (Sundhedsstyrelsen, 2012h), ikke kan stå alene i denne sammenhæng, hvorfor andre kriterier vægter højere. Selvom specialet befinder sig indenfor kvalitativ forskning, er den systematiske litteratursøgning foretaget med et flervidenskabeligt perspektiv, hvorfor både kvalitative og kvantitative studier er inddraget. Således er der inddraget studier med varierende evidensniveau.

## 10.5 GYLDIGHED, TRANSPARENS OG OVERFØRBARHED

For at sikre kvaliteten af en undersøgelse er kvalitetskriterierne *gyldighed*, *transparens* og *overførbare* vigtige begreber at være opmærksomme på inden for kvalitativ forskning (Tanggaard and Brinkmann, 2015). Med afsæt heri vil følgende afsnit omhandle en diskussion af specialets kvalitet ud fra disse nævnte kvalitetskriterier.

### 10.5.1 GYLDIGHED

Begrebet gyldighed kan forstås i relation til begrebet intern validitet indenfor kvantitativ forskning. Det som definerer gyldigheden er, om det der bliver undersøgt ligeledes er det, som er hensigten (Tanggaard and Brinkmann, 2015). Således er det væsentligt, at der fremgår en tydelig sammenhæng mellem de forskellige dele i specialet. I den forbindelse er det, ifølge Carter og Little (2007), afgørende for gyldigheden af en undersøgelse, at der er intern konsistens mellem en undersøgelses *epistemologi*, *metodologi* og *metoder*, da dette bidrager til at definere kvaliteten af undersøgelsen. Denne sammenhæng illustreres i nedenstående figur 8.



**Figur 8:** Sammenhæng mellem epistemologi, metodologi og metoder (Carter & Little, 2007)

Overordnet er der skabt en intern konsistens mellem de forskellige dele i specialet ved at sikre, at der er en tydelig sammenhæng mellem både problemformuleringen, forskningsspørgsmålene, den videnskabsteoretiske position, metodologien samt de valgte metoder. I figuren fremgår det,

hvordan epistemologien påvirker valget af metodologi og efterfølgende valget af metoder. De epistemologiske antagelser har, ifølge Carter og Little (2007), betydning for, hvorvidt det menes, at der kan opnås sand viden. De epistemologiske antagelser, i specialet, kommer til udtryk gennem valget af socialkonstruktionismen, som videnskabsteoretisk position. Denne har gjort det muligt at opnå viden om, hvordan forståelsen af social ulighed i sundhed konstitueres gennem diskursive fremstillinger i forebyggelsespakkerne. Dette har den kritiske diskursanalyse, som metodologi, og herunder Faircloughs (1992) tredimensionelle analysemodel, som metode, ligeledes været anvendelig til at få indsigt i og viden om. Yderligere udgøres metoden af en systematisk litteratursøgning, hvilken vurderes at have været anvendelig til at kunne belyse andet forskningsspørgsmål og dermed bidrage til besvarelse af problemformuleringen. De valgte metoder bidrager dermed begge med viden, som har dannet baggrund for udarbejdelse af forandringsforslagene. Således vurderes gyldigheden i specialet at være højnet ved, at der er skabt en sammenhæng mellem de forskellige dele i specialet.

### 10.5.2 TRANSPARENS

Ifølge Tanggaard og Brinkmann (2015) indebærer begrebet transparens, at de metodologiske fremgangsmåder i en undersøgelse er tydeligt beskrevet og ekspliciteret. En sådan eksplicitering er vigtig, da dette skaber gennemsigtighed samt giver læsere mulighed for at foretage en vurdering af de opnåede resultater (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Manglende eksplicitering af fremgangsmåderne kan påvirke transparensen i specialet, da dette kan medføre, at læsere ikke har mulighed for at se sammenhængen mellem de forskellige komponenter og endelige fund i specialet. For at øge transparensen i specialet er der løbende sket en refleksion over sammenhængen mellem problemformuleringen, forskningsspørgsmålene, den videnskabsteoretiske position, metodologien og metoderne. Ligeledes er der foretaget en eksplicitering og argumentation for fremgangsmåderne i specialet i metodiske afsnit og bilag, eksempelvis beskrivelsen af den systematiske litteratursøgning, hvor der er foretaget en tydelig dokumentation for at øge transparensen og dermed reproducerbarheden af denne. Derudover er den anvendte analysestrategi uddybet samt kodetræ indgår som bilag, se bilag 1.

### 10.5.3 OVERFØRBARHED

Overførbarhed omhandler, hvorvidt resultaterne opnået i et studie kan overføres til andre kontekster (Launsø, Rieper and Olsen, 2011). Det kan diskuteres, hvorvidt den viden, der er opnået kan betragtes som sand viden, og dermed overføres til andre kontekster, da der, ud fra et socialkonstruktionistisk synspunkt, i samfundet kan eksistere flere diskurser om hvad, der anses for sand viden. Dermed kan den viden, der er opnået omkring de diskursive forståelser af social ulighed i sundhed betragtes som kontekstafhængig, omskiftelig og foranderlig. Ligeledes er viden altid historisk og kulturel specifik, hvilket kan betyde, at den viden, der er opnået, ikke er evig og almengyldig, men derimod præges af den sociale og kulturelle kontekst, hvori den opstår.

Ifølge socialkonstruktionismen og kritisk diskursanalyse kan kvaliteten af en undersøgelse styrkes ved at inddrage flere perspektiver på problemstillingen (Jørgensen and Phillips, 1999; Burr, 2003). Dermed er kvaliteten i specialet styrket ved udarbejdelse af en systematiske litteratursøgning sammenholdt med en kritiske diskursanalyse, hvilket har bidraget med flere perspektiver på forebyggelse af social ulighed i sundhed. Således vurderes det at have styrket begrundelsen for udarbejdelse af forandringsforslagene, og dermed overførbarheden af disse. Det kan diskuteres, hvorvidt resultaterne, og dermed forandringsforslagene, kan overføres til andre kontekster end den danske de er udarbejdet i. Den danske kontekst, lovene og organiseringen her, kan være med til at begrænse overførbarheden til andre kontekster. Derimod er der i den systematiske litteratursøgning og forebyggelsespakkerne inddraget internationale studier som grundlag. Dermed kan der være elementer af resultaterne, der har analytisk generaliserbarhed og dermed kan overføres til andre kontekster, hvor lignende forebyggende tiltag gør sig gældende. Inden for en dansk kontekst vurderes der i højere grad at være potentiale for overførbarhed, idet Sundhedsstyrelsen, som social praksis, udarbejder andre anbefalinger til kommunerne end forebyggelsespakkerne, hvormed forandringsforslagene ligeledes kan have relevans her.

# DEL 5

- KONKLUSION -



## 10. KONKLUSION

Formålet med specialet var at opnå en indsigt i de diskursive forståelser, der er konstituerende i forebyggelsespakkerne samt at udarbejde et beslutningsgrundlag til forandring, på baggrund af en diskursanalyse og et systematisk litteraturstudie, således at den sociale ulighed i sundhed bliver reduceret og utilsigtede konsekvenser mindskes.

I den kritiske diskursanalyse fremkom i alt fem diskurstyper; sundheds-, samfundsøkonomisk-, liberal-, ansvars- og en stigmatiseringsdiskurs. På baggrund af den kritiske diskursanalyse kan det konkluderes, at der, indenfor tilgangen til reducere af social ulighed i sundhed i forebyggelsespakkerne, er en hegemonisk magtkamp, hvor en forebyggelsesstrategi med fokus på individuelle risikofaktorer og adfærdsændring vinder hegemoni.

Det kan konkluderes, at Sundhedsstyrelsen kan anskues som en biomagt, hvor de diskursive fremstillinger er med til at producere binære systemer, eksempelvis gennem forståelse af social ulighed i sundhed som dikotomi. Ydermere anvender Sundhedsstyrelsen ordet gradient i forståelsen af social ulighed i sundhed, men den underliggende betydning af ordvalgene er som en dikotomi, hvilket tyder på en forandring i diskursen. Desuden sker der styring til selvstyring gennem placeringen af ansvaret for udarbejdelse og iværksættelse af forebyggende indsatser rettet mod social ulighed i sundhed hos kommunen og ansvaret for forbedring af egen sundhed hos individet. Ydermere påvirker de sociale strukturer i samfundet, herunder politiske krav, Sundhedsstyrelsen og dermed forebyggelsespakkerne, hvilket kommer udtryk ved at samfundsøkonomiske gevinster vinder hegemoni. Dermed bliver individuelle gevinster mindre fremtrædende, hvilket kan have sundhedsmæssige konsekvenser, idet anbefalingerne i forebyggelsespakkerne ikke får den tilsigtede effekt på folkesundheden gennem mangel på reducere af social ulighed i sundhed.

På baggrund af den litterære analyse kan det konkluderes, at evidensen om forebyggelse af social ulighed i sundhed viser, at en regerings ressourcer har betydning for prioriteringen af indsatser og implementeringen af disse. Implementeringen er en tværsektoriel opgave, hvilket kan give udfordringer i forhold til samarbejdet og medføre interessekonflikter mellem lokale-, kommunale- og statslige sektorer. Derudover findes der, på baggrund af den litterære analyse, mange forskellige strategier, der kan anvendes til reducere af social ulighed i sundhed, hvor højrisiko strategier er

anvendelige til at forbedre sundhed inden for en gruppe, hvorimod befolkningsorienterede strategier har positiv effekt på hele befolkningen.

Med udgangspunkt i diskussionen af de empiriske fund, herunder kritiske diskursanalyse og den litterære analyse, samt med inddragelse af supplerende litteratur og teori, blev mulighed for forandring tydeliggjort med tre forandringsforslag, således at der opnås en reducere af social ulighed i sundhed og utilsigtede konsekvenser mindskes.

For det første vurderes der at være potentiale for forandring, i måden social ulighed i sundhed ansues på. I forebyggelsespakkerne kan en anskuelse som en gradient, i stedet for dikotomi, med fordel implementeres, således at utilsigtede konsekvenser, som stigmatisering og fejlagtig kategorisering af grupper i samfundet kan mindskes. Andet forandringsforslag er, at forebyggelsespakkerne skifter fokus fra forebyggende indsatser med fokus på proksimale faktorer til i højere grad at inddrage sundhedsfremmende indsatser samt indsatser med fokus på distale faktorer, således at vedvarende reducere af social ulighed i sundhed kan opnås. I forlængelse af andet forandringsforslag er tredje forandringsforslag, hvor ansvaret for sundhed ikke kun placeres hos individet, men at forebyggelsespakkerne anerkender det folkesundhedsmæssige potentiale, der er i strukturelle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, således forebyggelsespakkerne kan opnå en effekt på reducere af social ulighed i sundhed. Således kan det undgås at pålægge individer et ansvar, de potentielt ikke kan løfte. For at forandringsforslagene skal have en effekt på folkesundheden, og bidrage med at nå det tilsigtede mål om at reducere social ulighed i sundhed, kræver det en succesfuld implementering. Det kan gøres med udgangspunkt i Leavitt-Ry modellen, således der tages højde for faktorer, der påvirker forandringsprocessernes komplicerede natur.

Således konkluderes det, at hvis stillede forandringsforslag implementeres, vil det gavne folkesundheden gennem forbedring af befolkningens sundhed, reducere af den sociale ulighed i sundhed samt mindskning af utilsigtede konsekvenser.

## Referencer

- Abel, T. (2007) 'Cultural Capital in Health Promotion', in McQueen, D. V. and Kickbusch, I. (eds) *Health and Modernity - The role of theory in Health Promotion*. New York: Springer, pp. 43–73.
- Allmark, P. (2006) 'Choosing Health and the inner citadel', *Journal of Medical Ethics*, 32(1), pp. 3–6. doi: 10.1136/jme.2005.011999.
- Andersen, O., Laursen, L. and Petersen, J. K. (2005) *Dødelighed og erhverv 1996-2000*. København.
- Askautrud, M. and Ellefsen, B. (2008) 'Autonomy in nursing homes -- a description of how the head nurse relates to the principle of autonomy in practise.', *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*. Oslo: Sage Publications, Ltd., 28(4), pp. 4–8. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105641467&site=ehost-live>.
- Berkman, N. D. N., Sheridan, S. S. L., Donahue, K. K. E., Halpern, D. J. D. and Crotty, K. (2011) 'Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review.', *Annals of Internal Medicine*, 155(2), pp. 97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. and Crotty, K. (2011) 'Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review', *Annals of Internal Medicine*, 155(2), pp. 97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- Birkler, J. (2010) *Videnskabsteori : en grundbog*. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Boström, G. and Rosen, M. (2003) 'Measuring social inequalities in health - politics or science?', *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, pp. 211–215. doi: 10.1080/14034940210164911.
- Bransholm Pedersen, K. (2018) 'Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : en indføring', in Juul, S. and Bransholm Pedersen, K. (eds) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : en indføring*. København: Nota, p. 40 sider. Available at: <https://nota.dk/bibliotek/bogid/638101>.
- Brinkmann, S. (2015) 'Etik i en kvalitativ verden', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder - En grundbog*. 2. udgave,. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, pp. 463–479.

Brown, T., Platt, S. and Amos, A. (2014) 'Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: A systematic review', *Drug and Alcohol Dependence*. Elsevier Ireland Ltd, 138(1), pp. 7–16. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.03.001.

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), pp. 1–8. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014489.

Brønnum-Hansen, H. and 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(1), p. 994. doi: 10.1186/1471-2458-12-994.

Brønnum-Hansen, H. and Juel, K. (2004) 'Impact of smoking on the social gradient in health expectancy in Denmark', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(7), pp. 604–610. doi: 10.1136/jech.2003.012955.

Burr, V. (2003) *Social Constructionism*. 2. udgave. New York: Routledge.

Buus, N., Tinglef, E. B., Rossen, C. B. and Kristiansen, H. M. (2008) 'Litteratursøgning i Praksis - begreber, strategier og modeller', *Sygeplejersken*, 10, pp. 2–8.

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), pp. 117–127. doi: 10.1080/09581590802277341.

Carter, S. and Little, M. (2007) 'Justifying knowledge, Justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in Qualitative Research', *Qualitative Health Research*, 17(1316), pp. 1316–1328.

CASP UK (2017) *10 questions to help you make sense of qualitative research*. Available at: [http://docs.wixstatic.com/ugd/dded87\\_25658615020e427da194a325e7773d42.pdf](http://docs.wixstatic.com/ugd/dded87_25658615020e427da194a325e7773d42.pdf) (Accessed: 6 June 2018).

Chahardah-cherik, S., Gheibizadeh, M. and Jahani, S. (2018) 'The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes', 6(1), pp. 65–75.

Crotty, M. (1998) *The Foundations of Social Research - Meaning and perspective in the research process*. 1. udgave. Sage Publications Ltd.

Dahlager, L. and Fredslund, H. (2012) 'Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4th edn. København: Munksgaard Danmark, pp. 157–181.

Danmarks Statistik (2018) *Middellevetid 2016-2017*.

Diderichsen, F. (2011) *Ulighed i sundhed, Medicinsk Sociologi*. København S. doi: 978-87-7601-340-0.

Diderichsen, F., Scheele, C. E. and Little, I. G. (2015) *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience*. København.

von Elm, E., Altman, D., Egger, M., Pocock, S., Gøtzsche, P. and Vandenbroucke, J. (2008) 'The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies', *J Clin Epidemiol.*, 61(4), pp. 344–9. Available at: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(07\)00436-2/pdf](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(07)00436-2/pdf).

Elsborg, L., Krossdal, F. and Kayser, L. (2017) 'Health literacy among Danish university students enrolled in health-related study programmes', *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(8), pp. 831–838. doi: 10.1177/1403494817733356.

Elstad, J. I. (2000) *Social Inequalities in Health and Their Explanation*. Oslo: Norwegian Social Research.

Faber Frandsen, T., Buck Christensen, J. and Ølholm, A. M. (2016) 'Systematisk søgning efter kvalitativ litteratur kan styrkes', *Ugeskrift for læger*, 178, pp. 2–5.

Fairclough, N. (1992) *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press.

- Fairclough, N. (2003) *Analysing discourse : textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Fairclough, N. (2008) *Kritisk diskursanalyse - En tekstsamling*. 1. udgave,. Edited by M. Hansteen. Hans Reitzels Forlag.
- Fiorillo, D. and Sabatini, F. (2011) 'Quality and quantity: The role of social interactions in self-reported individual health', *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 73(11), pp. 1644–1652. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.007.
- Fivelsdal, E. and Bakka, J. F. (2014) *Organisationsteori: struktur, kultur, processer*. 6. udgave. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A.-K., Christensen, J. B., Fasterholdt, I. and Oelholm, A. M. (2013) 'En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger', *Ugeskrift for læger*, 176(7), pp. 647–650.
- Frick, U., Irving, H. and Rehm, J. (2012) 'Social relationships as a major determinant in the valuation of health states', *Quality of Life Research*, 21(2), pp. 209–213. doi: 10.1007/s11136-011-9945-0.
- Galobardes, B., Lynch, J. and Smith, G. D. (2007) 'Measuring socioeconomic position in health research', *British Medical Bulletin*, 81–82(1), pp. 21–37. doi: 10.1093/bmb/ldm001.
- Gergen, K. J. (1985) 'The social constructionist movement in moder psychology', *American Psychologist*, 40(3), pp. 255–265.
- Gergen, K. J. and Mellon, K. (2017) *Socialkonstruktionisme og uddannelse*. København: Hans Reitzel.
- Greyson, D., Knight, R. and Shoveller, J. A. (2018) 'Ethics , effectiveness and population health information interventions : a Canadian analysis', (March), pp. 1–9. doi: 10.1093/heapro/day004.
- Hanak, M. L., Falk, J., Størup, M. and Bruun, J. J. (2007) *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2*. København. Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/F69660BA049649D68187AD1C12281CA6.ashx>).

Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S. and Nielsen, M. E. J. (2009) *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme, Sundhedsstyrelsen*.

Hørmann, E. (2011) 'Litteratursøgning', in Glasdam, S. (ed.) *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. 1. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag, pp. 36–46.

Høyer, K. (2011) 'Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode?', in Vallgård, S. and Koch, L. (eds) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave. København: Munksgaard, pp. 17–41.

Ishikawa, H. and Yano, E. (2008) 'Patient health literacy and participation in the health-care process', *Health Expectations*, 11(2), pp. 113–122. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x.

Jacobsen, D. I. and Thorsvik, J. (2008) *Hvordan organisationer fungerer - Indføring i organisation og ledelse*. 2. udgave,. Edited by H. Persson. Kbh: Hans Reitzels Forlag.

Jakobsen, M. . and Kristiansen, S. (2010) 'Erving Goffman', in Laurberg, M. (ed.) *Sundhedssociologi - En grundbog*. 1. udgave,. København: Forfatterne og Hans Rietzels Forlag, pp. 137–162.

Juel, K., Bjerregaard, P. and Madsen, M. (2000) 'Mortality and life expectancy in Denmark and in other European countries', *Eur J Public Health*, 10(February), pp. 93–100.

Juul, S. (2012) *Epidemiologi og evidens*. 2nd edn. København: Munksgaard.

Jørgensen, M. W. and Phillips, L. (1999) *Diskursanalyse som teori og metode*. København: Samfundslitteratur Roskilde Universitetsforlag. doi: 10.1093/isle/ist137.

Jørgensen, T., Capewell, S., Prescott, E., Allender, S., Sans, S., Zdrojewski, T., De Bacquer, D., De Sutter, J., Franco, O. H., Løgstrup, S., Volpe, M., Malyutina, S., Marques-Vidal, P., Reiner, Ž., Tell, G. S., Verschuren, W. M. and Vanuzzo, D. (2013) 'Population-level changes to promote cardiovascular health', *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(3), pp. 409–421. doi: 10.1177/2047487312441726.

Kjøller, M. (2007) 'Baggrund og formål', *Folkesundhedsrapporten 2007*, pp. 37–44.

- Kjøllestad, M. R., Holmboe-Ottesen, G., Mosdøl, A. and Wandel, M. (2010) 'The relative importance of socioeconomic indicators in explaining differences in BMI and waist:hip ratio, and the mediating effect of work control, dietary patterns and physical activity.', *The British journal of nutrition*, 104(8), pp. 1230–40. doi: 10.1017/S0007114510001868.
- Kleinman, A. (1981) *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press (Comparative studies of health systems and medical care, 3).
- Kristensen, F. B. and Sigmund, H. (2007) *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*. 2. udgave. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.
- Launsø, L., Rieper, O. and Olsen, L. (2011) *Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 6. udgave. Edited by L. Launsø. Kbh. : Nyt Nordisk Forlag.
- Lee, K. (2010) 'How do we move forward on the social determinants of health: The global governance challenges', *Critical Public Health*, 20(1), pp. 5–14. doi: 10.1080/09581590903563573.
- Lee, L. M. (2017) 'A Bridge Back to the Future: Public Health Ethics, Bioethics, and Environmental Ethics', *The American Journal of Bioethics*. Taylor & Francis, 17(9), pp. 5–12. doi: 10.1080/15265161.2017.1353164.
- Link, B. G. and Phelan, J. (1995) 'Social Conditions As Fundamental Causes of Disease', *Journal of Health and Social Behavior*, 35(1995), pp. 80–94.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J. and Møller, A. (2014) *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til evidensbaseret praksis*. København: Munksgaard.
- Lynggaard, K. (2015) 'Dokumentanalyse', in Brinkmann, S. and Tanggaard, L. (eds) *Kvalitative metoder en grundbog*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag, pp. 463–479.
- Macintyre, S., Chalmers, I., Horton, R. and Smith, R. (2001) 'Using evidence to inform health policy: case study', *BMJ: British Medical Journal*, 322(7280), p. 222.
- Mackenbach, J. P., Looman, C. W. N., Artnik, B., Bopp, M., Deboosere, P., Dikken, C., Kalediene, R.,



- Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Regidor, E., Rychtaříková, J. and 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), pp. 1117–1133. doi: 10.1111/1467-9566.12562.
- Mackenbach, J. P. and McKee, M. (2013) ‘A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries’, *European Journal of Public Health*, 23(2), pp. 195–201. doi: 10.1093/eurpub/cks192.
- Marckmann, G., Schmidt, H., Sofaer, N. and Strech, D. (2015) ‘Putting Public Health Ethics into Practice: A Systematic Framework’, *Frontiers in Public Health*, 3(February), pp. 1–8. doi: 10.3389/fpubh.2015.00023.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988) ‘Ecological Perspective on Promotion Programs’, *Health Education Quarterly*, 15(4), pp. 351–377. doi: 10.1177/109019818801500401.
- Mechanic, D. (2007) ‘Population health: Challenges for science and society’, *Milbank Quarterly*, 83(5), pp. 533–559.
- Merton, R. (1936) ‘The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action’, *American Sociological Association*, 1(6), pp. 894–904.
- Mhurchu, C. N., Eyles, H., Genc, M., Scarborough, P., Rayner, M., Mizdrak, A., Nnoaham, K. and Blakely, T. (2015) ‘Effects of health-related food taxes and subsidies on mortality from diet-related disease in New Zealand: An econometric-epidemiologic modelling study’, *PLoS ONE*, 10(7), pp. 1–18. doi: 10.1371/journal.pone.0128477.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. and Altman, D. G. (2009) ‘Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement’, *PLoS Med*, 6(7).
- Moon, G., Aitken, G., Roderick, P., Fraser, S. and Rowlands, G. (2015) ‘Towards an understanding of the relationship of functional literacy and numeracy to geographical health inequalities’, *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd, 143, pp. 185–193. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.045.

- Moor, I., Spallek, J. and Richter, M. (2017) 'Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: A systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71, pp. 565–575. doi: 10.1136/jech-2016-207589.
- Nutbeam, D. (2000) 'Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health Promotion International*, 15(3), pp. 259–267. Available at: <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/15.3.259>.
- Nys, T. R. V. (2008) 'Paternalism in Public Health Care', *Public Health Ethics*, 1(1), pp. 64–72. doi: 10.1093/phe/phn002.
- OECD (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/eag-2017-en.
- Otto, L. (2009) 'Sundhed i praksis', in Glasdam, S. (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. 1. udgave. Dansk Sygeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 31–53.
- Pedersen, I. K. (2010) 'Michel Foucault', in *Sundhedssociologi - En grundbog*. København K: Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, K. M. (2013) *Sundhedsøkonomi*. Kbh.: Munksgaard.
- Peeters, R. and Schuilenburg, M. (2016) 'The birth of mindpolitics: Understanding nudging in public health policy', *Social Theory and Health*. Palgrave Macmillan UK, 15(2), pp. 138–159. doi: 10.1057/s41285-016-0024-z.
- Peters, E., Klein, W., Kaufman, A., Meilleur, L. and Dixon, A. (2013) 'More Is Not Always Better: Intuitions About Effective Public Policy Can Lead to Unintended Consequences', *Soc Issues Policy Rev*, 7(1), pp. 186–196. doi: 10.1373/clinchem.2013.215251.Circulating.
- Regeringen (1999) *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen*. København.

Regeringen (2002) 'Sund hele livet : de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10'. København K: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. doi: ISBN: ISBN 87-90227-69-7 (e-version).

Regeringen (2004) *Aftale om strukturreform mellem regeringen og Dansk Folkeparti - juni 2004*.

Regeringen, D. R. og K. (2016) 'Nationale mål for sundhedsvæsenet', *The Ministry of Health*, p. 24. doi: D.

Ringold, D. J. (2002) 'Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions: Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market', *Journal of Consumer Policy*, 25(1), pp. 27–63. doi: 10.1023/A:1014588126336.

Rose, G. (2001) 'Sick Individuals and Sick Populations', *International Journal of Epidemiology*, 14(1), pp. 32–38. doi: 10.1093/ije/14.1.32.

Seuring, T., Archangelidi, O. and Suhrcke, M. (2015) 'The Economic Costs of Type 2 Diabetes: A Global Systematic Review', *Pharmacoeconomics*. Springer International Publishing, 33, pp. 811–831. doi: 10.1007/s40273-015-0268-9.

Shaw, S. J., Huebner, C., Armin, J., Orzech, K. and Vivian, J. (2008) 'The Role of Culture in Health Literacy and Chronic Disease Screening and Management', *Immigrant Minority Health*, 11, pp. 460–467. Available at: <https://link-springer-com.zorac.aub.aau.dk/content/pdf/10.1007%2Fs10903-008-9135-5.pdf>.

Simovska, V. (2012) 'Hvad er sundhed?', in Simovska, V. and Jensen, J. M. (eds) *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. 2. udgave. Gads Forlag.

Sortso, C., Jorgen, L., Emneus, M., Green, A. and Jensen, P. (2016) 'Decomposing Inequality in Diabetes Patients' Morbidity Patterns, Survival and Health Care Usage in Denmark', pp. 1–70.

Stafford, M., Badland, H., Nazroo, J., Halliday, E., Walthery, P., Povall, S., Dibben, C., Whitehead, M. and 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), pp. 979–986. doi:

10.1136/jech-2014-203902.

Sundhedsministeriet (2010) *Bekendtgørelse af sundhedsloven, § 2.2*. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=183932> (Accessed: 18 December 2016).

Sundhedsstyrelsen (2012a) *Forebyggelsespakke Alkohol*.

Sundhedsstyrelsen (2012b) *Forebyggelsespakke Fysisk Aktivitet*.

Sundhedsstyrelsen (2012c) *Forebyggelsespakke Indeklima i Skoler*.

Sundhedsstyrelsen (2012d) *Forebyggelsespakke Mad & Måltider*.

Sundhedsstyrelsen (2012e) *Forebyggelsespakke Mental Sundhed*.

Sundhedsstyrelsen (2012f) *Forebyggelsespakke Overvægt*.

Sundhedsstyrelsen (2012g) *Forebyggelsespakke Tobak*.

Sundhedsstyrelsen (2012h) *Introduktion til sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*. doi: 10.1007/s13398-014-0173-7.2.

Sundhedsstyrelsen (2015) *Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme, Sundhedsstyrelsen*. København S. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.

Sundhedsstyrelsen (2017) *Om os*. Available at: <https://www.sst.dk/da/om-os> (Accessed: 6 June 2018).

Sundhedsstyrelsen (2018a) *Fortsat fremgang i kommunernes forebyggelse*. Available at: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/fortsat-fremgang-i-kommunernes-forebyggelse> (Accessed: 7 March 2018).

Sundhedsstyrelsen (2018b) *Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*. Available at: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker> (Accessed: 22 February 2018).

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, S. and Brand, H. (2012)

'Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models', *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd, 12(80). doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N., Denney-Wilson, E. and Harris, M. F. (2012) 'A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors', *BMC Family Practice*, 13. doi: 10.1186/1471-2296-13-49.

Tanggaard, L. and Brinkmann, S. (2015) 'Kvalitet i kvalitative studier', in *Kvalitative Metoder - en grundbog*. 2. udgave,. Hans Reitzel forlag, pp. 521–531.

The Ministry of Health and Regeringen (2014) *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år, Sum.Dk*. København: Regeringen. doi: [http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal-2.ashx](http://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Nationale-maal/Nationale-Maal-2.ashx).

Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M. and Worthy, G. (2008) 'Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review', *Tobacco Control*, 17(4), pp. 230–237. doi: 10.1136/tc.2007.023911.

Torsheim, T., Nygren, J. M., Rasmussen, M., Arnarsson, A. M., Bendtsen, P., Schnohr, C. W., Nielsen, L. and Nyholm, M. (2017) 'Social inequalities in self-rated health: A comparative cross-national study among 32,560 Nordic adolescents', *Scandinavian Journal of Public Health*, (July), p. 140349481773473. doi: 10.1177/1403494817734733.

Vallgård, S. (2001) 'Governing people' s lives', *European Journal of Public Health*, 11, pp. 386–92. doi: 10.1093/eurpub/11.4.386.

Vallgård, S. (2005) 'Hvad er sundhedsfremme? : en analyse af begrebet og styringsmetoderne', *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*. (Sundhedsfremme og forebyggelse), pp. 15–31.

Vallgård, S. (2008) 'Social inequality in health: Dichotomy or gradient?. A comparative study of problematizations in national public health programmes', *Health Policy*, 85(1), pp. 71–82. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.07.004.

Vallgård, S. (2009a) 'Forebyggelse og sundhedsfremme - definitioner, historie og magtudøvelse',

in Glasdam, S. (ed.) *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Vallgård, S. (2009b) 'Sundhedspolitik i de skandinaviske lande', in Glasdam, S. (ed.) *Folkesundhed: i et kritisk perspektiv*. København: Dansk Sygeplejeråd, pp. 166–187.

Vallgård, S. (2014) 'Ethics, equality and evidence in health promotion Danish guidelines for municipalities', *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(4), pp. 337–343. doi: 10.1177/1403494814525007.

Vallgård, S., Diderichsen, F. and Jørgensen, T. (2014) *Sygdomsforebyggelse*. København: Munksgaard.

Vallgård, S. and Krasnik, A. (2010) *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark.

Verweij, M. and van den Hoven, M. (2012) 'Nudges in public health: Paternalism is paramount', *American Journal of Bioethics*, 12(2), pp. 16–17. doi: 10.1080/15265161.2011.634489.

Wackerhausen, S. (1994) 'Et åbent sundhedsbegreb', in Jensen, U. J. and Andersen, P. F. (eds) *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. 1. udgave,. Århus: Philosophia og forfatterne, pp. 43–73.

Watt, R. G. (2007) 'From victim blaming to upstream action : tackling the social determinants of oral health inequalities', pp. 1–11.

Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E. M., Stang, A., Möhlenkamp, S., Jöckel, K. H., Erbel, R. and Siegrist, J. (2010) 'Poor social relations and adverse health behaviour: Stronger associations in low socioeconomic groups?', *International Journal of Public Health*, 55(1), pp. 17–23. doi: 10.1007/s00038-009-0070-6.

Whitehead, M. (1992) 'The Concepts and Principles of Equity and Health', *International Journal of Health Services*, 22(3), pp. 429–445. doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN.

World Health Organisation (2008) *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva.

World Health Organization (1948) *Constitution of the World Health Organization*. Geneva.

World Health Organization (1981) *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva.

Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>.

World Health Organization (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Ontario

Canada: World Health Organization. Available at:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

World Health Organization (2002) *Macroeconomics and health : investing in health for economic development : report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: World Health Organisation.

World Health Organization (2010) *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*.

Albany, SWITZERLAND: World Health Organization. Available at:

<http://ebookcentral.proquest.com/lib/aalborguniv-ebooks/detail.action?docID=557625>.

World Health Organization (2014) 'Constitution of the World Health Organization'. Geneva, (Forty-eighth edition), pp. 1–19. doi: 12571729.

World Health Organizaton (2012) *Addressing the social determinants of health: the urban*

*dimension and the role of local government, Health (San Francisco)*. Copenhagen. Available at:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/addressing-the-social-determinants-of-health-the-urban-dimension-and-the-role-of-local-government>.

## **11. BILAGSLISTE**

Bilag 1: KODETRÆ

Bilag 2: SØGEBILAG

Bilag 3: TJEKLISTER

BILAGSREFERENCELISTE



## BILAG 1: KODETRÆ

| TEKSTANALYSE | FOREBYGGELSES-<br>SESPAKKE | CITAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ordvalg      | Alkohol                    | <i>"... af det forebyggende og behandlende arbejde opnås" s. 12</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|              | Fysisk Aktivitet           | <i>"Derfor er det en fordel, hvis indsatserne til fremme af fysisk aktivitet spænder bredt, således at hele befolkningen har mulighed for at være fysisk aktive gennem hele livet." s. 4</i><br><br><i>"... særligt udsatte grupper." s. 4</i><br><br><i>"Hvis fysisk inaktive danskere som minimum opnår at blive moderat fysisk aktive, vil det årligt medføre knap 4.500 færre dødsfald i Danmark svarende til syv til otte procent af alle dødsfald." s. 6</i> |
|              | Mad og Måltider            | <i>"... kan have en både sundhedsfremmende og sygdomsbeskyttende virkning." s. 4</i><br><br><i>"De strukturelle og sociale rammer omkring børns og unges måltider har vist sig at være centrale for opbygningen" s. 4</i><br><br><i>"Kommunen har med sin daglige kontakt til en stor del af borgerne en enestående mulighed for at skabe gode rammer for sund mad og gode måltidsvaner." s. 4</i>                                                                 |
|              | Mental Sundhed             | <i>"Meget tyder på, at antallet af risikofaktorer har stor betydning for dårlig mental sundhed og evt. senere udvikling af psykiske lidelser, samt at faktorer i omgivelserne kan være med til at forme udviklingsforløb, der resulterer i funktionsnedsættelse, uarbejdsdygtighed og sygdom." s. 4</i>                                                                                                                                                            |
|              | Overvægt                   | <i>"Denne forebyggelsespakke omhandler fremme af normalvægt, forebyggelse af moderat overvægt blandt borgere med normalvægt og forebyggelse af svær overvægt blandt borgere med moderat overvægt". s. 4</i><br><br><i>"Der ses en tydelig social gradient i forekomsten af moderat overvægt, og gradienten er endnu større for svær overvægt. Jo færre års uddannelse, jo højere forekomst af både moderat og svær overvægt. Forekomsten af overvægt er</i>        |

|                              |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              |                         | <i>tre til fire gange højere hos kortuddannede end hos længere uddannede 29, 33.” s. 9</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                              | <b>Tobak</b>            | <i>“En målrettet rygestopindsats, hvor rygestoptilbud tager hensyn til rygernes forskelligheder, fx tobaksafhængighed, alder og socioøkonomiske forhold, kan bidrage til at udligne social ulighed i sundhed på tobaksområdet. Indsatsen kan kvalificeres ved at arbejde ud fra en anerkendende tilgang og inddrage de værdier og forventninger, som rygeren har.” s. 13</i> |
| <b>Modalitet (grammatik)</b> | <b>Alkohol</b>          | <i>“Derudover er der en række tilgange og indsatser, som det vurderes, at der er positiv effekt af, men hvor der ikke i samme omfang er evidens for effekten.” s. 12</i>                                                                                                                                                                                                     |
|                              | <b>Fysisk Aktivitet</b> | <i>“Hvis man derimod laver særlige tilbud til fx socialt udsatte overvægtige, der er fysisk inaktive, er risikoen for stigmatisering større.” s. 13</i>                                                                                                                                                                                                                      |
|                              | <b>Mad og Måltider</b>  | <i>“En multikomponent indsats kan bestå af bred information, individuel vejledning til personer i særlig risiko, ændringer i de fysiske rammer for mad og måltider samt indsatser i sociale miljø.” s. 10</i>                                                                                                                                                                |
|                              | <b>Mental Sundhed</b>   | <i>“Indsatser til fremme af mental sundhed spiller dermed en afgørende rolle for at reducere social ulighed i sundhed.” s. 5</i>                                                                                                                                                                                                                                             |
|                              | <b>Overvægt</b>         | <i>“Fra 1987-2010 ses en større stigning i overvægt blandt længere uddannede end blandt kortuddannede. Dermed fremkommer et samlet fald i den sociale ulighed i både moderat og svær overvægt hos voksne” s. 9</i>                                                                                                                                                           |
|                              | <b>Tobak</b>            | <i>“Da både forekomsten og effekten af tobaksrygning er socialt skævt fordelt, har den en stor betydning for ulighed i sundhed i den danske befolkning.” s. 4</i>                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Kohæsion</b>              | <b>Alkohol</b>          | <i>“Det har betydelige omkostninger – ikke kun for den enkelte borger – men også for dennes børn og samfundet.” s. 1</i>                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                              |                         | <i>“Det kan blandt andet skyldes, at alkohol- området har været og stadig er forholdsvis tabubelagt.” s. 13</i>                                                                                                                                                                                                                                                              |

|  |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Fysisk Aktivitet</b> | <i>"Der ville være endnu større gevinster, hvis alle inaktive får et højt aktivitetsniveau – og endnu større, hvis de fastholder det gennem hele livet." s. 9</i>                                                                                                                                  |
|  | <b>Mad og Måltider</b>  | <i>"Regelmæssige måltider i løbet af en dag fremmer muligheden for at holde fast i sunde madvaner, mens uregelmæssige måltidsmønstre kan medføre øget risiko for indtag af usund mad mellem måltiderne, lavt indtag af frugt og grønt samt udvikling af overvægt." s. 4</i>                        |
|  | <b>Mental Sundhed</b>   | <i>"... hvis det via tidlig indsats lykkes at sikre et liv som selvforsørgende for ét ud af fem børn, så vil der udover den menneskelige gevinst være tale om en samfundsøkonomisk gevinst." s. 9</i>                                                                                              |
|  | <b>Overvægt</b>         | <i>"Størstedelen af anbefalingerne i forebyggelsespakkerne om mad &amp; måltider og fysisk aktivitet er afgørende elementer i en bred kommunal indsats til forebyggelse af overvægt, også selvom det for mange af indsatserne ikke er undersøgt, om de isoleret set forebygger overvægt." s.15</i> |
|  | <b>Tobak</b>            | <i>"Der er en klar social gradient i rygeadfærden. Undersøgelser viser således, at der er mere end dobbelt så mange dagligrygere og tre gange så mange storrygere blandt de kortest uddannede som blandt de længst uddannede." s. 4</i>                                                            |

## BILAG 2: SØGEBILAG

### PROBLEMFORMULERING

*Hvilke diskursive forståelser af social ulighed i sundhed er konstituerende i de nationale forebyggelsespakker, og hvordan kan disse, sammenholdt med nyeste evidens, danne grundlag for forandring, så den sociale ulighed i sundhed reduceres og utilsigtede konsekvenser mindskes?*

### FORSKNINGSSPØRGSMÅL

Hvilken evidens foreligger om forebyggelse af social ulighed i sundhed, og hvordan kan viden om dette inddrages i relation til reduktion af social ulighed i sundhed i Danmark?

### VALG AF SØGEORD

Formålet med den systematiske litteratursøgning er at bidrage med evidens om forebyggelse af social ulighed i sundhed, med henblik på besvarelse af forskningsspørgsmålet og endeligt specialets problemformulering. Søgeord i den systematiske litteratursøgning er valgt med udgangspunkt i ovenstående forskningsspørgsmål. For at kunne identificere evidensen er facetterne som findes relevante for problemstillingen illustreret i tabellen nedenfor.

| Facet 1        | Facet 2 | Facet 3      | Facet 4         |
|----------------|---------|--------------|-----------------|
| Social ulighed | Sundhed | Forebyggelse | Sundhedspolitik |

#### Facet 1 – Social ulighed:

Den første facet, social ulighed, er udvalgt, da denne udgør selve problemområdet og stemmer overens med den betegnelse, der anvendes i specialet. Med afsæt i, at social ulighed er et komplekst begreb, og at der eksisterer forskellige forståelser og definitioner heraf (Elstad, 2000; Vallgård, 2008), er der, for at sikre en bred afdækning af begrebet, i den systematiske litteratursøgning søgt på synonymer indenfor facetten. Foruden en søgning på social ulighed er der blandt andet søgt på synonymer som sociale uligheder og ulighed. Derudover er der i databaser, hvor der ikke er

kontrollerede emneord for social ulighed i sundhed, eller synonym herfor, søgt på beslægtede kontrollerede emneord som socioøkonomiske faktorer og sundhedsmæssige uligheder.

#### Facet 2 - Sundhed:

Social ulighed er et begreb, som eksisterer inden for forskellige problemområder. I specialet er formålet at undersøge social ulighed i relation til sundhed, hvorfor anden facet, *sundhed*, er udvalgt til at fokusere den systematiske litteratursøgning på netop dette. I denne facet er det, foruden at søge stringent på begrebet sundhed, desuden valgt at søge på synonymet sundhedsadfærd.

#### Facet 3 - Forebyggelse:

Den tredje facet, *forebyggelse*, udvælges da, der i specialet ønskes at søge indsigt i måder, hvorpå den sociale ulighed i sundhed effektivt kan forebygges gennem interventioner rettet herimod.

#### Facet 4 - Sundhedspolitik:

Fjerde facet, *sundhedspolitik*, er udvalgt med afsæt i ønsket om at identificere litteratur omhandlende problemstillingen i en organisatorisk kontekst, hvilket blandt andet vurderes at kunne bidrage med et mere makroorienteret perspektiv på problemstillingen.

### VALGTE INFORMATIONSKILDER

| Database      | Begrundelse for valg af informationskilde                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Embase</b> | Dette er en omfangsrig medicinsk database, som indeholder en stor mængde af litteratur indenfor det naturvidenskabelige område. Desuden indeholder den i højere grad europæiske studier (Elsevir, 2018), hvilket er ønskværdigt i relation til overførbareheden til en dansk kontekst. |
| <b>CINAHL</b> | Databasen indeholder litteratur inden for emner som bl.a. sygepleje (EBSCO, 2018). Med ønsket om inddragelse af et flervidenskabeligt perspektiv, kan databasen desuden bidrage med litteratur af både kvalitativ og kvantitativ art.                                                  |

|                               |                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cochrane</b>               | Anvendes da databasen indeholder studier med høj evidens og kvalitet, hvor databasen bl.a. har et stort indhold af systematiske reviews og metaanalyser (Wiley, J. & Sons, 2018). |
| <b>Sociological Abstracts</b> | Databasen er udvalgt pga. det store indhold af litteratur inden for psykologiske, sociologiske og samfundsvidenskabelige aspekter (ProQuest, 2018).                               |

## AFGRÆNSNINGER I DATABASER

Overordnet er der ikke anvendt limits i nogle af de anvendte databaser, da dette kunne have medført, at studier som havde været relevante, ikke var fremkommet. Desuden var antallet af hits i nogle af de anvendte databaser begrænset, hvorfor anvendelse af limits blot ville begrænse dette yderligere.

## IN- OG EKSKLUSIONSKRITERIER

| Inklusionskriterier                                                                                                                                                                                                                                                                            | Eksklusionskriterier                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dansk-, norsk-, svensk-, engelsksprogede</li> <li>• Relevans for forskningsspørgsmålet</li> <li>• Organisatorisk perspektiv</li> <li>• Udarbejdet i en vestlig kontekst</li> <li>• Videnskabelige studier</li> <li>• Abstract tilgængeligt</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studier ældre end ti år</li> <li>• Bøger, afhandlinger, Poster abstracts, editorials</li> </ul> |

## OVERSIGT OVER FACETSØGNING OG ANVENDTE SØGEORD

I nedenstående tabeller ses oversigter over facetsøgningerne i de anvendte databaser samt de søgeord som er brugt i de enkelte databaser. På grund af databasernes forskellighed er anvendelsen af søgeord tilsvarende forskellige. Der er dog forsøgt at anvende søgeord som er sammenlignelige og synonyme med hinanden. Indenfor de enkelte facetter ses, hvorledes søgeordene er kombineret med den boolske operatør OR, og ligeledes hvordan facetterne på tværs er kombineret med AND.

| OR<br>↓ | AND →                                                                                                                                                                                                 |                                                            |                                                                                                                                                      |                               |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|         | Database: Embase                                                                                                                                                                                      |                                                            |                                                                                                                                                      |                               |
|         | Facet 1                                                                                                                                                                                               | Facet2                                                     | Facet 3                                                                                                                                              | Facet 4                       |
|         | <b>EMTREE</b><br><b>(Candidate term)</b><br>'Social inequality'/exp<br>'Social inequality'/exp<br>'ties'/exp<br>'Inequality'/exp<br><br><b>Fritekst</b><br>'Social inequal*'<br>Inequal*<br>Disparit* | <b>EMTREE</b><br>'Health'/exp<br><br>'Health behavior'/exp | <b>EMTREE</b><br>'primary prevention'/exp<br>'secondary prevention'/exp<br>'tertiary prevention'/exp<br><br><b>Fritekst</b><br>"Disease prevention*" | <b>EMTREE</b><br>'policy'/exp |

| OR<br>↓ | AND →                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|         | Database: Cochrane                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |
|         | Facet 1                                                                                                                                                                                                                                                           | Facet2                                                                                                                                   | Facet 3                                                                                                                                                                                                         | Facet 4                                              |
|         | <b>MeSH descriptor</b><br>[Socioeconomic Factors] explode all trees<br><br><b>Fritekst</b><br>"inequality" (Word variations have been searched)<br>Social inequality (Word variations have been searched)<br><br>"Disparit*" (Word variations have been searched) | <b>MeSH descriptor</b><br>[Health] explode all trees<br>[Health Behavior] explode all trees<br><br><b>Fritekst</b><br>"Health behaviour" | <b>MeSH descriptor</b><br>[Primary Prevention] explode all trees<br>[Secondary Prevention] explode all trees<br>[Tertiary Prevention] explode all trees<br><br><b>Fritekst</b><br>"Disease prevention program*" | <b>MeSH descriptor</b><br>[Policy] explode all trees |



| OR<br>↓ | AND →                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                         |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | Database: Sociological Abstract                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                         |
|         | Facet 1                                                                                                                                                         | Facet 2                                                                                                                                                                 | Facet 3                                                                                                                                                     | Facet 4                                                                                                                                                                 |
|         | <b>Sociological Thesaurus</b><br>MAINSUBJECT.EX-ACT.EXPLODE("Inequality")<br><br>MAINSUBJECT.EX-ACT("Equality")<br><br><b>Fritekst</b><br>Disparit*<br>Inequal* | <b>Sociological Thesaurus</b><br>MAINSUBJECT.EX-ACT.EXPLODE("Health Behavior")<br><br>MAINSUBJECT.EX-ACT.EXPLODE("Health")<br><br><b>Fritekst</b><br>"Health behaviour" | <b>Sociological Thesaurus</b><br>MAINSUBJECT.EX-ACT("Prevention")<br><br>MAINSUBJECT.EX-ACT("Risk Factors")<br><br><b>Fritekst</b><br>"Disease prevention*" | <b>Sociological Thesaurus</b><br>MAINSUBJECT.EX-ACT.EXPLODE("Social Policy")<br><br>MAINSUBJECT.EX-ACT.EXPLODE("Policy")<br><br><b>Fritekst</b><br>"Health care polic*" |

| OR<br>↓ | AND →                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                                                                 |                                          |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|         | Database: CINAHL                                                                                          |                                                             |                                                                                                                                                                                 |                                          |
|         | Facet 1                                                                                                   | Facet 2                                                     | Facet 3                                                                                                                                                                         | Facet 4                                  |
|         | <b>Headings</b><br>(MH "Health Status Disparities")<br><br><b>Fritekst</b><br>TX inequal*<br>TX Disparit* | <b>Headings</b><br>(MH "Health+")<br>(MH "Health Behavior") | <b>Headings</b><br>(MH "Preventive Health Care+")<br><br><b>Fritekst</b><br>TX "Disease prevention*" TX "tertiary prevention" TX "secondary prevention" TX "primary prevention" | <b>Headings</b><br>(MH "Health Policy+") |

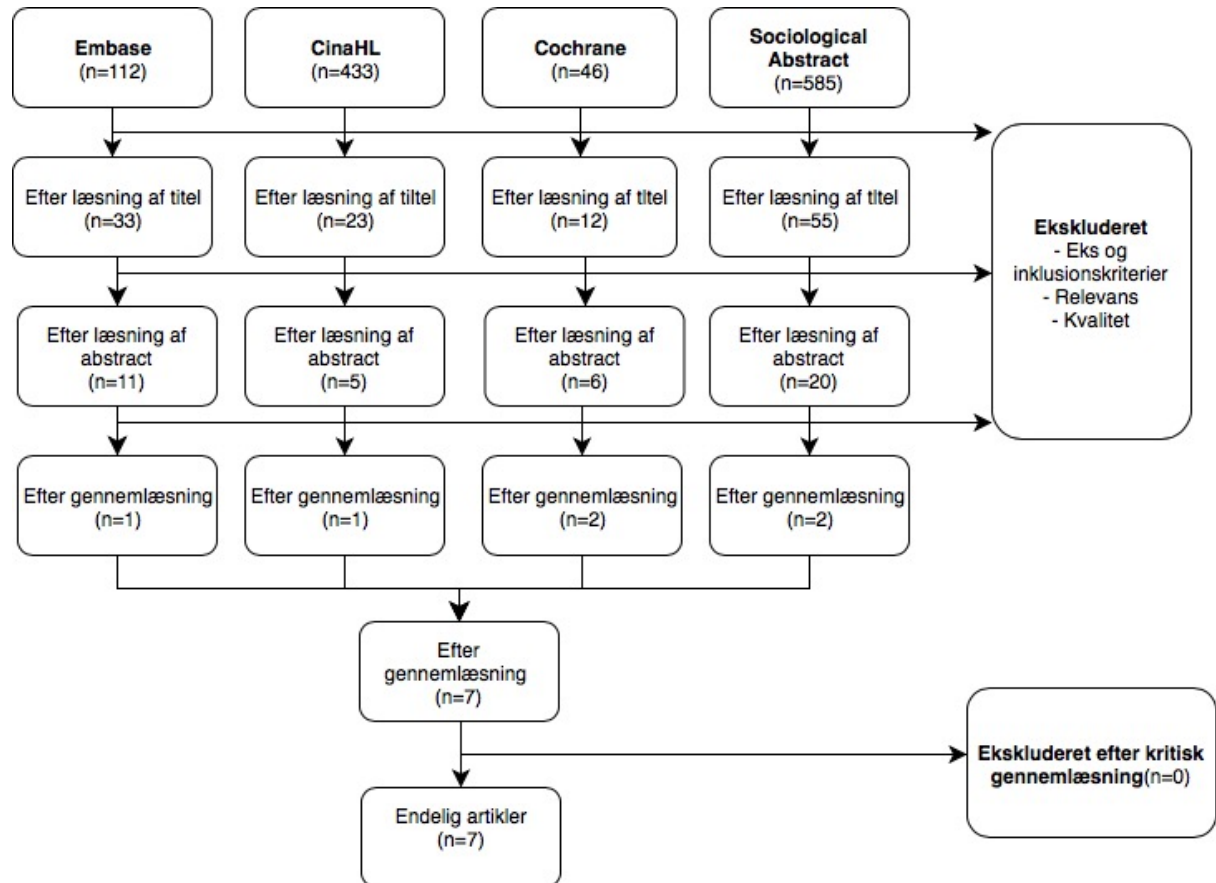
## RESULTAT AF SØGNING

For at skabe transparens over antallet af hits i de forskellige facetter og i kombination af facetterne på tværs, illustreres dette i en oversigt over søgningerne i de forskellige databaser i tabellen nedenfor. De endelige søgninger er markeret med fed.

| Informationskilde<br>Facetkombinationer | Cochrane  | Embase     | CINAHL     | Sociological<br>Abstracts |
|-----------------------------------------|-----------|------------|------------|---------------------------|
| Facet 1                                 | 12.308    | 111.584    | 65.560     | 108.120                   |
| Facet 2                                 | 35.771    | 915.375    | 232.729    | 42.531                    |
| Facet 3                                 | 7407      | 85.469     | 203.210    | 15.150                    |
| Facet 4                                 | 960       | 262.018    | 56.312     | 79.303                    |
| Facet 1+2+3                             | 89        | 841        | 3.536      | 328                       |
| Facet 1+3+4                             | 2         | 217        | 814        | 133                       |
| Facet 1+2+4                             | <b>46</b> | 3.908      | 1.497      | <b>585</b>                |
| Facet 1+2+3+4                           | 0         | <b>112</b> | <b>433</b> | 52                        |

## UDVÆLGELSE AF STUDIER

I tabellen nedenfor fremgår et flowdiagram over udvælgelsen af studier i de enkelte databaser.



## OVERSIGHT OVER STUDIERNES KILDE

| Databaser→<br>Studier ↓                                                                                                                                                                                    | Embase   | CINAHL   | Sociologi-<br>cal Ab-<br>stracts | Cochrane |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------------------------------|----------|
| <i>Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review (Structured abstract)</i>                                                                 |          |          |                                  | <b>X</b> |
| <i>Effects of health-related food taxes and subsidies on mortality from diet-related disease in New Zealand: An econometric-epidemiologic modeling study</i>                                               | <b>X</b> |          |                                  |          |
| <i>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</i>                   |          |          |                                  | <b>X</b> |
| <i>A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries</i>                                                                                                                        |          | <b>X</b> |                                  |          |
| <i>Towards an understanding of the relationship of functional literacy and numeracy to geographical health inequalities</i>                                                                                |          |          | <b>X</b>                         |          |
| <i>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</i> |          |          | <b>X</b>                         |          |
| <i>The birth of mindpolitics: understanding nudging in public health policy</i>                                                                                                                            |          |          | <b>X</b>                         |          |

## DOKUMENTATION AF SØGNING (SCREENSHOTS)

Cochrane søgning d. 20. april 2018

| Search                                                                                                                                                                           | Search Manager                                                                      | Medical Terms (MeSH)                                                                                                 | Browse                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| To search an exact word(s) use quotation marks, e.g. "hospital" finds hospital; hospital (no quotation marks) finds hospital and hospitals; pay finds paid, pays, paying, payed) |                                                                                     |                                                                                                                      |                                                                                             |
| <a href="#">Add to top</a>                                                                                                                                                       |                                                                                     | <a href="#">View fewer lines</a>  |                                                                                             |
|                                                                                                 |    | #1 MeSH descriptor: [Socioeconomic Factors] explode all trees                                                        |  9334    |
|                                                                                                 |    | #2 "inequality" (Word variations have been searched)                                                                 |  730     |
|                                                                                                 |    | #3 "Social inequality" (Word variations have been searched)                                                          |  69      |
|                                                                                                 |    | #4 "Disparit*" (Word variations have been searched)                                                                  |  2669    |
|                                                                                                 |    | #5 MeSH descriptor: [Health] explode all trees                                                                       |  8228    |
|                                                                                                 |    | #6 MeSH descriptor: [Health Behavior] explode all trees                                                              |  26087   |
|                                                                                                 |    | #7 "Health behaviour" (Word variations have been searched)                                                           |  6635    |
|                                                                                                 |    | #8 MeSH descriptor: [Primary Prevention] explode all trees                                                           |  4475    |
|                                                                                                 |    | #9 MeSH descriptor: [Secondary Prevention] explode all trees                                                         |  2924    |
|                                                                                                 |    | #10 MeSH descriptor: [Tertiary Prevention] explode all trees                                                         |  4       |
|                                                                                                 |    | #11 "Disease prevention program" (Word variations have been searched)                                                |  68      |
|                                                                                                 |    | #12 MeSH descriptor: [Policy] explode all trees                                                                      |  960     |
|                                                                                               |  |  #13 #1 or #2 or #3 or #4         |  12308 |
|                                                                                               |  |  #14 #5 or #6 or #7               |  35771 |
|                                                                                               |  |  #15 #8 or #9 or #10 or #11       |  7407  |
|                                                                                               |  |  #16 #13 and #14 and #15          |  89    |
|                                                                                               |  |  #17 #13 and #15 and #12          |  2     |
|                                                                                               |  |  #18 #13 and #14 and #12          |  46    |
|                                                                                               |  |  #19 #13 and #14 and #15 and #12  |  0     |

## Embase søgning 29. april 2018

| <input type="checkbox"/> History | Save   Delete   Print view   Export   Email | Combine > | using <input checked="" type="radio"/> And <input type="radio"/> Or | ^ Collapse |
|----------------------------------|---------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> #20     | #11 AND #14 AND #15 AND #16                 |           |                                                                     | 112        |
| <input type="checkbox"/> #19     | #11 AND #14 AND #15                         |           |                                                                     | 3,908      |
| <input type="checkbox"/> #18     | #11 AND #14 AND #16                         |           |                                                                     | 217        |
| <input type="checkbox"/> #17     | #14 AND #15 AND #16                         |           |                                                                     | 841        |
| <input type="checkbox"/> #16     | #7 OR #8 OR #9 OR #10                       |           |                                                                     | 85,469     |
| <input type="checkbox"/> #15     | #12 OR #13                                  |           |                                                                     | 915,375    |
| <input type="checkbox"/> #14     | #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6            |           |                                                                     | 111,584    |
| <input type="checkbox"/> #13     | 'health behavior'/exp                       |           |                                                                     | 355,979    |
| <input type="checkbox"/> #12     | 'health'/exp                                |           |                                                                     | 598,041    |
| <input type="checkbox"/> #11     | 'policy'/exp                                |           |                                                                     | 262,018    |
| <input type="checkbox"/> #10     | 'disease prevention'                        |           |                                                                     | 35,186     |
| <input type="checkbox"/> #9      | 'tertiary prevention'/exp                   |           |                                                                     | 149        |
| <input type="checkbox"/> #8      | 'secondary prevention'/exp                  |           |                                                                     | 24,094     |
| <input type="checkbox"/> #7      | 'primary prevention'/exp                    |           |                                                                     | 35,752     |
| <input type="checkbox"/> #6      | disparit*                                   |           |                                                                     | 85,947     |
| <input type="checkbox"/> #5      | inequal*                                    |           |                                                                     | 31,343     |
| <input type="checkbox"/> #4      | 'social inequal'                            |           |                                                                     | 3,363      |
| <input type="checkbox"/> #3      | 'inequality'/exp                            |           |                                                                     | 26         |
| <input type="checkbox"/> #2      | 'social inequalities'/exp                   |           |                                                                     | 24         |
| <input type="checkbox"/> #1      | 'social inequality'/exp                     |           |                                                                     | 80         |

## CINAHL d. 20. april 2018

|                              |                                  |                               |                                        |                              |                      |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> S18 | S8 AND S12 AND S13 AND S14       | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (433)</a>     | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S17 | S8 AND S12 AND S13               | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (1,497)</a>   | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S16 | S8 AND S12 AND S14               | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (814)</a>     | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S15 | S12 AND S13 AND S14              | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (3,536)</a>   | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S14 | S6 OR S7 OR S9 OR S10 OR S11     | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (203,210)</a> | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S13 | S4 OR S5                         | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (232,729)</a> | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S12 | S1 OR S2 OR S3                   | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (65,560)</a>  | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S11 | TX "tertiary prevention"         | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (1,006)</a>   | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S10 | TX "secondary prevention"        | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (8,604)</a>   | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S9  | TX "primary prevention"          | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (10,490)</a>  | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S8  | (MH "Health Policy+")            | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (56,312)</a>  | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S7  | TX "Disease prevention"          | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (27,510)</a>  | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S6  | (MH "Preventive Health Care+")   | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (167,376)</a> | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S5  | (MH "Health Behavior")           | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (29,091)</a>  | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S4  | (MH "Health+")                   | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (211,590)</a> | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S3  | TX Disparit*                     | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (46,196)</a>  | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S2  | TX inequal*                      | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (25,452)</a>  | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |
| <input type="checkbox"/> S1  | (MH "Health Status Disparities") | Search modes - Boolean/Phrase | <a href="#">View Results (3,174)</a>   | <a href="#">View Details</a> | <a href="#">Edit</a> |

## Sociological Abstracts d. 23. april 2018

| <input type="checkbox"/> Set ▾ | Search                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Databases              | Results  | Actions                   |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> S25   | <a href="#">⊞ (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Inequality") OR MAINSUBJECT.EXACT("Equality") OR Disparit* OR Inequal*) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health Behavior") OR ("Health behaviour" OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Risk Factors") OR ("Disease prevention*")) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Policy") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Policy") OR ("Health care polic*"))</a> | Sociological Abstracts | 52*      | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S24   | <a href="#">⊞ (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Inequality") OR MAINSUBJECT.EXACT("Equality") OR Disparit* OR Inequal*) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Risk Factors") OR ("Disease prevention*")) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Policy") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Policy") OR ("Health care polic*"))</a>                                                                                                                  | Sociological Abstracts | 133*     | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S23   | <a href="#">⊞ (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Inequality") OR MAINSUBJECT.EXACT("Equality") OR Disparit* OR Inequal*) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health Behavior") OR ("Health behaviour" OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health")) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Policy") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Policy") OR ("Health care polic*"))</a>                                                                                                       | Sociological Abstracts | 585*     | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S22   | <a href="#">⊞ (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Inequality") OR MAINSUBJECT.EXACT("Equality") OR Disparit* OR Inequal*) AND (MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health Behavior") OR ("Health behaviour" OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Risk Factors") OR ("Disease prevention*"))</a>                                                                                                                   | Sociological Abstracts | 328*     | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S21   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Policy") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Policy") OR ("Health care polic*")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sociological Abstracts | 79,303*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S20   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Risk Factors") OR ("Disease prevention*")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sociological Abstracts | 15,150*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S19   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT("Prevention") OR MAINSUBJECT.EXACT("Risk Factors") OR ("Disease prevention*")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sociological Abstracts | 15,150*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S18   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health Behavior") OR ("Health behaviour" OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health"))</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sociological Abstracts | 42,531*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S17   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Inequality") OR MAINSUBJECT.EXACT("Equality") OR Disparit* OR Inequal*</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sociological Abstracts | 108,120* | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S16   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sociological Abstracts | 38,026*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S16   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sociological Abstracts | 38,026*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S15   | <a href="#">⊞ "Health care polic*"</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sociological Abstracts | 3,863*   | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S14   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Policy")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sociological Abstracts | 75,920*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S13   | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Social Policy")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Sociological Abstracts | 26,227*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S12   | <a href="#">⊞ "Disease prevention*"</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sociological Abstracts | 1,836*   | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S9    | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT("Risk Factors")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sociological Abstracts | 6,296*   | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S8    | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT("Prevention")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sociological Abstracts | 7,614*   | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S7    | <a href="#">⊞ "Health behaviour"</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sociological Abstracts | 814*     | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S5    | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Health Behavior")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sociological Abstracts | 5,327*   | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S4    | <a href="#">⊞ Inequal*</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sociological Abstracts | 89,305*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S3    | <a href="#">⊞ Disparit*</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sociological Abstracts | 25,904*  | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S2    | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT("Equality")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sociological Abstracts | 6,014*   | <a href="#">Actions ▾</a> |
| <input type="checkbox"/> S1    | <a href="#">⊞ MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Inequality")</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sociological Abstracts | 30,754*  | <a href="#">Actions ▾</a> |



## BILAG 3: TJEKLISTER

### CASP

|                         |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No.                     | Questions<br>(Yes/No/Can't tell)                                         | <i>Effects of health-related food taxes and subsidies on mortality from diet-related disease in New Zealand: An econometric-epidemiologic modelling study</i><br><br>Mhurchu, C., Eyles, H., Genc, M., Scarborough, P., Rayner, M., Mizdrak, A., Nnoaham, K. og Blakely, T. | <i>A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries</i><br><br>Mackenbach, J.P., McKee, M. 2013, Holland, | <i>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</i><br><br>Carlisle, S. | <i>The birth of mindpolitics: understanding nudging in public health policy</i><br><br>Peeters, R., Schuilenburg, M. |
| Screening Questions     |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| 1                       | Was there a clear statement of the aims?                                 | Yes                                                                                                                                                                                                                                                                         | Yes                                                                                                                                   | Yes                                                                                                                                                                                                                            | Yes                                                                                                                  |
| 2                       | Is a qualitative methodology appropriate?                                | Can't tell                                                                                                                                                                                                                                                                  | Can't tell                                                                                                                            | Yes                                                                                                                                                                                                                            | Yes                                                                                                                  |
| Is it worth continuing? |                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                      |
| 3                       | Was the research design appropriate to address the aims of the research? | Yes                                                                                                                                                                                                                                                                         | Yes                                                                                                                                   | Yes                                                                                                                                                                                                                            | Yes                                                                                                                  |
| 4                       | Was the recruitment strategy                                             | Yes                                                                                                                                                                                                                                                                         | Yes                                                                                                                                   | Yes                                                                                                                                                                                                                            | Yes                                                                                                                  |

|    |                                                                                      |            |     |            |            |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|------------|------------|
|    | appropriate to the aims of the research?                                             |            |     |            |            |
| 5  | Was the data collected in a way that addressed the research issue?                   | Yes        | Yes | Yes        | Yes        |
| 6  | Has the relationship between researcher and participants been adequately considered? | Can't tell | Yes | Can't tell | Can't tell |
| 7  | Have ethical issues been taken into consideration?                                   | No         | No  | No         | No         |
| 8  | Was the data analysis sufficiently rigorous?                                         | Yes        | Yes | Can't tell | Yes        |
| 9  | Is there a clear statement of findings?                                              | Yes        | Yes | No         | Yes        |
| 10 | How valuable is the research?                                                        | Yes        | Yes | Yes        | Yes        |

## PRISMA

| Section/topic             | # | <i>Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review (Structured abstract)</i><br><br>Brown, T., Platt, S., Amos, A.                                                                                                                            | Reported on page # |
|---------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>TITLE</b>              |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Title                     | 1 | Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.                                                                                                                                                                                                                                         | 1                  |
| <b>ABSTRACT</b>           |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Structured summary        | 2 | Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number. | 1                  |
| <b>INTRODUCTION</b>       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Rationale                 | 3 | Describe the rationale for the review in the context of what is already known.                                                                                                                                                                                                                              | 8                  |
| Objectives                | 4 | Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).                                                                                                                                                  | 8                  |
| <b>METHODS</b>            |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Protocol and registration | 5 | Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.                                                                                                                               | 8                  |
| Eligibility criteria      | 6 | Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.                                                                                                      | 9                  |
| Information sources       | 7 | Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.                                                                                                                                  | 9                  |

|                                    |    |                                                                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Search                             | 8  | Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.                                                                                          |     |
| Study selection                    | 9  | State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).                                                              | 8-9 |
| Data collection process            | 10 | Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.                                             | 8-9 |
| Data items                         | 11 | List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.                                                                                  | 9   |
| Risk of bias in individual studies | 12 | Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis. | 9   |
| Summary measures                   | 13 | State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).                                                                                                                                          |     |
| Synthesis of results               | 14 | Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., $I^2$ ) for each meta-analysis.                                                              | 9   |

| Section/topic               | #  | Checklist item                                                                                                                                   | Reported on page # |
|-----------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Risk of bias across studies | 15 | Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).     | 9                  |
| Additional analyses         | 16 | Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified. | 9                  |
| <b>RESULTS</b>              |    |                                                                                                                                                  |                    |

|                               |    |                                                                                                                                                                                                          |       |
|-------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Study selection               | 17 | Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.                                          | 10    |
| Study characteristics         | 18 | For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.                                                             | 10-12 |
| Risk of bias within studies   | 19 | Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).                                                                                                | 10    |
| Results of individual studies | 20 | For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot. | 10-12 |
| Synthesis of results          | 21 | Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.                                                                                                  | 10-12 |
| Risk of bias across studies   | 22 | Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).                                                                                                                          | 9,12  |
| Additional analysis           | 23 | Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).                                                                                    |       |
| <b>DISCUSSION</b>             |    |                                                                                                                                                                                                          |       |
| Summary of evidence           | 24 | Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).                     | 12-13 |
| Limitations                   | 25 | Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).                                            | 13    |
| Conclusions                   | 26 | Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.                                                                                  | 13    |
| <b>FUNDING</b>                |    |                                                                                                                                                                                                          |       |

|         |    |                                                                                                                                            |    |
|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Funding | 27 | Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review. | 13 |
|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## STROBE – KOHORTE

*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*

Stafford, M., Badland, H., Nazroo, J., Halliday, E., Walthery, P., Povall, S., Dibben, C., Whitehead, M. og Popay, J.

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cohort studies*

|                      | Item No | Recommendation                                                                                                                  | +/% |
|----------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Title and abstract   | 1       | (a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract                                          | %   |
|                      |         | (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found                             | +   |
| Introduction         |         |                                                                                                                                 |     |
| Background/rationale | 2       | Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported                                            | +   |
| Objectives           | 3       | State specific objectives, including any prespecified hypotheses                                                                | +   |
| Methods              |         |                                                                                                                                 |     |
| Study design         | 4       | Present key elements of study design early in the paper                                                                         | %   |
| Setting              | 5       | Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection | +   |
| Participants         | 6       | (a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up      | %   |
|                      |         | (b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed                                             | +   |

|                          |     |                                                                                                                                                                                                   |   |
|--------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Variables                | 7   | Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable                                                          | + |
| Data sources/measurement | 8*  | For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group              | + |
| Bias                     | 9   | Describe any efforts to address potential sources of bias                                                                                                                                         | % |
| Study size               | 10  | Explain how the study size was arrived at                                                                                                                                                         | + |
| Quantitative variables   | 11  | Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why                                                                      | + |
| Statistical methods      | 12  | (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding                                                                                                             | + |
|                          |     | (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions                                                                                                                               |   |
|                          |     | (c) Explain how missing data were addressed                                                                                                                                                       | + |
|                          |     | (d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed                                                                                                                                    | % |
|                          |     | (e) Describe any sensitivity analyses                                                                                                                                                             |   |
| Results                  |     |                                                                                                                                                                                                   |   |
| Participants             | 13* | (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed | % |
|                          |     | (b) Give reasons for non-participation at each stage                                                                                                                                              | % |
|                          |     | (c) Consider use of a flow diagram                                                                                                                                                                |   |



|                          |     |                                                                                                                                                                                                              |   |
|--------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Descriptive data         | 14* | (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders                                                                     | + |
|                          |     | (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest                                                                                                                          | % |
|                          |     | (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)                                                                                                                                                  |   |
| Outcome data             | 15* | Report numbers of outcome events or summary measures over time                                                                                                                                               | + |
| Main results             | 16  | (a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included | + |
|                          |     | (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized                                                                                                                                    |   |
|                          |     | (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period                                                                                             |   |
| Other analyses           | 17  | Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses                                                                                                               | + |
| <b>Discussion</b>        |     |                                                                                                                                                                                                              |   |
| Key results              | 18  | Summarise key results with reference to study objectives                                                                                                                                                     | + |
| Limitations              | 19  | Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias                                                   | + |
| Interpretation           | 20  | Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence                                   | + |
| Generalisability         | 21  | Discuss the generalisability (external validity) of the study results                                                                                                                                        | % |
| <b>Other information</b> |     |                                                                                                                                                                                                              |   |

---

|         |    |                                                                                                                                                               |   |
|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Funding | 22 | Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based | + |
|---------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

---

\*Give information separately for exposed and unexposed groups.

## STROBE - TVÆRSNIT

*Towards an understanding of the relationship of functional literacy and numeracy to geographical health inequalities*

Moon, G., Aiken, G., Roderick, P, Fraser, S., Rowlands, G.

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of ***cross-sectional studies***

|                       | Item No | Recommendation                                                                                                                             |   |
|-----------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Title and abstract    | 1       | (a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract                                                     | + |
|                       |         | (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found                                        | + |
| Introduction          |         |                                                                                                                                            |   |
| Background/ratio-nale | 2       | Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported                                                       | + |
| Objectives            | 3       | State specific objectives, including any prespecified hy-potheses                                                                          | + |
| Methods               |         |                                                                                                                                            |   |
| Study design          | 4       | Present key elements of study design early in the pa-per                                                                                   | + |
| Setting               | 5       | Describe the setting, locations, and relevant dates, in-cluding periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection           | + |
| Participants          | 6       | (a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants                                                | + |
| Variables             | 7       | Clearly define all outcomes, exposures, predictors, po-tential confounders, and effect modifiers. Give diagno-stic criteria, if applicable | + |

|                          |     |                                                                                                                                                                                                   |   |
|--------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Data sources/measurement | 8*  | For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group              | + |
| Bias                     | 9   | Describe any efforts to address potential sources of bias                                                                                                                                         | - |
| Study size               | 10  | Explain how the study size was arrived at                                                                                                                                                         | - |
| Quantitative variables   | 11  | Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why                                                                      | + |
| Statistical methods      | 12  | (a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding                                                                                                             | + |
|                          |     | (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions                                                                                                                               | + |
|                          |     | (c) Explain how missing data were addressed                                                                                                                                                       | - |
|                          |     | (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy                                                                                                                | - |
|                          |     | (e) Describe any sensitivity analyses                                                                                                                                                             | - |
| <b>Results</b>           |     |                                                                                                                                                                                                   |   |
| Participants             | 13* | (a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed | + |
|                          |     | (b) Give reasons for non-participation at each stage                                                                                                                                              |   |
|                          |     | (c) Consider use of a flow diagram                                                                                                                                                                |   |
| Descriptive data         | 14* | (a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders                                                          | - |

|                                                                                     |     |                                                                                                                                                                                                              |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest |     |                                                                                                                                                                                                              |   |
| Outcome data                                                                        | 15* | Report numbers of outcome events or summary measures                                                                                                                                                         | + |
| Main results                                                                        | 16  | (a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included | + |
|                                                                                     |     | (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized                                                                                                                                    | - |
|                                                                                     |     | (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period                                                                                             | - |
| Other analyses                                                                      | 17  | Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses                                                                                                               | - |
| <b>Discussion</b>                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                              |   |
| Key results                                                                         | 18  | Summarise key results with reference to study objectives                                                                                                                                                     | + |
| Limitations                                                                         | 19  | Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias                                                   | + |
| Interpretation                                                                      | 20  | Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence                                   | + |
| Generalisability                                                                    | 21  | Discuss the generalisability (external validity) of the study results                                                                                                                                        | + |
| <b>Other information</b>                                                            |     |                                                                                                                                                                                                              |   |
| Funding                                                                             | 22  | Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based                                                | - |

\*Give information separately for exposed and unexposed groups.

## BILAGSREFERENCELISTE

EBSCO, I (2018) *Cinahl*. Available at: <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database> (Accessed: 30 May 2018).

Elsevir (2018) *Embase*. Available at: <https://www.elsevir.com/solutions/embase-biomedical-research> (Accessed: 30 May 2018).

Elstad, J. I. (2000) *Social Inequalities in Health and Their Explanation*. Oslo: Norwegian Social Research.

ProQuest (2018) *Sociological Abstracts*. Available at: <https://search-proquest-com.zorac.aub.dk/socabs?accountid=8144> (Accessed: 30 May 2018)

Vallgård, S. (2008) 'Social inequality in health: Dichotomy or gradient?. A comparative study of problematizations in national public health programmes', *Health Policy*, 85(1), pp. 71-82. Doi 10.1016/j.healthpol.2007.07.004.

Wiley, J. & Sons, I. (2018) *About the Cochrane Library*. Available at: <http://www.cochranelibrary.com.zorac.aub.aau.dk/about/about-the-cochrane-library.html> (Accessed: 30 May 2018):