Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi

Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi

Johanne Lind Rasmussen &

Maria Kjøller Pedersen (red.)

Med bidrag af: Lotte Evron, Kamila Adellund Holt,
Helen Grundtvig Kristensen, Maria Kjøller Pedersen, Lene Povlsen,
Johanne Lind Rasmussen, Anne Vinter Schmidt,
Lisbeth Villemoes Sørensen.

Gads Forlag

Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi
2. udgave, 1. oplag
© Forfatterne og Gads Forlag 2020
www.gad.dk

Fagredaktion: Johanne Lind Rasmussen og Maria Kjøller Pedersen
Forlagsredaktion: An-Magritt Erdal
Omslag: Peter Stoltze
Sats og grafisk layout: LYMI DTP-Service

ISBN: 978-87-12-06040-6

Denne bog er beskyttet i medfør af gældende dansk lov om ophavsret. Kopiering må kun ske i overensstemmelse med loven. Det betyder bl.a., at kopiering til undervisningsbrug kun må ske efter aftale med Copydan Tekst og Node. Det er tilladt at citere med kildeangivelse i anmeldelser.

FAGFÆLLE-
BEDØMT

/Bedømmelsen betyder, at der fra en af forlaget uafhængig fagfælle på minimum ph.d.-niveau er foretaget en skriftlig vurdering, som godtgør denne bogs videnskabelige kvalitet og originale bidrag.
/The certification means that an independent peer of at least PhD level has made a written assessment justifying this book's scientific quality and original contributions.

Nye bøger fra Gads Forlag
Tilmeld dig vores nyhedsbrev på www.gad.dk og få information om nye bøger og følg Gad Sundhedsfag på Facebook og Linkedin.

Indholdsfortegnelse

Om forfatterne 7

Forord 9

Del 1 Folkesundhedsvidenskab 15

Kapitel 1: Sundhed og folkesundhed 17
Af Lene Povlsen

Kapitel 2: Folkesundhedsarbejde i et historisk perspektiv 33
Af Lene Povlsen

Kapitel 3: Sundhedsfremme og forebyggelse 53
Af Lotte Evron

Kapitel 4: Den demografiske udvikling og dens betydning for folkesundheden 87
Af Johanne Lind Rasmussen

Kapitel 5: Social ulighed i folkesundhed 115
Af Maria Kjøller Pedersen

Del 2 Epidemiologi 131

Kapitel 6: Epidemiologiske analyser 133
Af Maria Kjøller Pedersen

Kapitel 7: Epidemiologiske design 159
Af Anne Vinther Schmidt

Kapitel 8: Kausalitet og fejlkilder i epidemiologisk forskning 191
Af Anne Vinther Schmidt

Del 3 Søgning og kritisk læsning af epidemiologiske forskningsartikler 203

Kapitel 9: Litteratursøgning 205
Af Helen Grundtvig Kristensen

Kapitel 10: Opbygning og læsning af forskningsartikler 237
Af Lisbeth Villemoes Sørensen

Kapitel 11: Kritisk artikellæsning 247
Af Maria Kjøller Pedersen og Kamila Holt

Kapitel 12: Analyse og kritisk artikellæsning af en tværsnitsundersøgelse 267
Af Kamila Adellund Holt

Kapitel 13: Analyse og kritisk artikellæsning af randomiseret kontrolleret undersøgelse 279
Af Kamila Adellund Holt

Register 297

Om forfatterne

Lotte Evron (f. 1965). Ph.d. i faldforebyggelse, cand. mag. i almen pædagogik, sygeplejerske. Lektor ved Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser.

Kamila Adellund Holt (f. 1967). Ph.d., cand.scient.san, sygeplejerske. Afdelingsleder i Myndighed i Center Sundhed og Omsorg, Faaborg-Middelfart Kommune.

Helen Grundtvig Kristensen (f. 1958). Bibliotekar DB og master i biblioteks- og informationsvidenskab. Informationsspecialist ved Københavns Professionshøjskole, KP Bibliotek.

Maria Kjøller Pedersen (f. 1983). Ph.d., Master of Public Health i Public Health and Epidemiology, sygeplejerske. Adjunkt ved Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser.

Lene Povlsen (f. 1952). Doktor i folkesundhedsvidenskab, sygeplejerske. Gæsteforsker ved Syddansk Universitet, Unit for Health Promotion Research.

Johanne Lind Rasmussen (f. 1954). Cand.mag. i dansk, Master of Public Health, sygeplejerske. Lektor ved Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser.

Anne Vinther Schmidt (f. 1956). Master of Education og sygeplejerske. Lektor ved Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser.

Lisbeth Villemoes Sørensen (f. 1946). Ph.d., specialergoterapeut, Master of Public-Health. Freelanceforsker og underviser.

Forord

Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi er voksende fagområder i sundhedsvæsenet, og der er derfor brug for sundhedsprofessionelle, dvs. sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter, jordemødre, bioanalytikere, radiografer og professionsbachelorer i ernæring og sundhed både i regioner og kommuner, der har viden inden for disse fagområder.

Middellevetiden er øget, og aldrig har så mange interesseret sig for sundhed. Fra sociale medier og i reklamer udsættes befolkningen for et sandt bombardement af gode råd om behandling og forebyggelse af små og store sygdomme og om, hvordan vi får et godt og langt liv. Det er derfor vigtigt, at sundhedsprofessionelle uddannes til at kunne analysere de belæg og den argumentation, der ligger bag både populærvidenskabelige udgivelser og forskningsartikler.

Det forebyggende sundhedsarbejde er en kompleks disciplin, der kræver grundlæggende viden om sundhed og sygdom samt om, hvilken betydning borgeres sociodemografi har for folkesundhedsarbejdet. Folkesundheden, eller befolkningens samlede sundhedstilstand, forbedres vha. folkesundhedsvidenskabelige og epidemiologiske forskningsarbejder. Der er derfor nødvendigt, at sundhedsprofessionelle har den nødvendige viden til at kunne inddrage viden fra feltet i både deres teoretiske og kliniske arbejde og kan forholde sig kritisk analyserende til folkesundhedsvidenskabelige og epidemiologiske forskningsarbejder.

I det danske sundhedsvæsen tilstræbes det at arbejde evidensbaseret. I en evidensbaseret praksis lægges der i høj grad vægt på, at praksis tilrettelægges ud fra nyeste resultater fra videnskabelige undersøgelser. Meget af den viden, som sundhedsvæsenets tilbud om forebyggelse og behandling bygger på, stammer fra epidemiologiske undersøgelser, herunder randomiserede kontrollerede undersøgelser, kohorteundersøgelser, case-kontrol-undersøgelser og tværsnitsundersøgelser. Der stilles således i højere grad krav til, at sundhedsprofessionelle har indblik i disse sundhedsvidenskabelige forskningsmetoder, samt at de er i stand til at kunne læse og forstå resultater fra videnskabelige, epidemiologiske undersøgelser, så de kan omsætte denne viden i praksis.

Sundhedsprofessionerne udvikler sig henimod øget akademisering og krav om evidensbasering af det kliniske arbejde. Der er derfor behov for, at opdaterede lærebøger i folkesundhedsvidenskab og epidemiologi indgår i grund- og

videreuddannelsernes pensum. Det er vores håb, at bogen kan medvirke til, at studerende indenfor de sundhedsfaglige professioner opnår en grundlæggende viden om folkesundhedsvidenskab og epidemiologi, som gør dem i stand til at søge, læse og forstå evidens fra videnskabelige epidemiologiske forskningsartikler samt implementere denne viden i praksis.

Formålet med denne bog er at introducere læseren til folkesundhedsarbejdet, epidemiologiske forskningsdesign og -analyser samt give en indføring i at søge, læse og kritisk analysere videnskabelig viden publiceret i videnskabelige epidemiologiske forskningsartikler.

Vi opfordrer til, at bogen læses i sin helhed for at få forståelse for de grundlæggende forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab og epidemiologi, og hvordan deres resultater kan anvendes og omsættes til praksis. Nogle få begreber hører naturligt hjemme i flere kapitler, hvorfor der forekommer enkelte overlap i kapitlerne, men overvejende er der valgt interne henvisninger for at undgå for mange gentagelser. Den primære målgruppe er studerende på professionhøjskolernes sundhedsuddannelser, dvs. sygepleje-, fysioterapi-, ergoterapi-, jordemoder-, bioanalytiker- og radiografstuderende samt studerende i ernæring og sundhed. Den sekundære målgruppe er postgraduate studerende på diplomuddannelserne, for hvem bogens indhold er en nødvendig opgradering i forhold til at opfylde uddannelsernes formål. Bogen er desuden rettet mod klinikere med en mellemlang videregående uddannelse, som både i deres kliniske arbejde og deres arbejde med de studerende søger større forståelse for folkesundhedsvidenskab og epidemiologi, fx i forhold til det forebyggende sundhedsarbejde eller for at kunne læse og forstå videnskabelige epidemiologiske forskningsartikler.

De enkelte kapitler har afslutningsvist studiespørgsmål, som de studerende kan anvende til at reflektere over indholdet i hvert enkelt kapitel. Der er ligeledes henvist til supplerende litteratur, som interesserede studerende kan anvende til at fordybe sig yderligere i bogens emner.

I denne anden udgave af bogen er tilføjet flere nye kapitler, og gamle kapitler er opdaterede med ny viden og aktuelle referencer. Der er tilføjet kapitler, der sætter fokus på søgning af videnskabelige artikler, samt hvordan man som sundhedsprofessionel kritisk kan vurdere forskningsbaseret viden publiceret i videnskabelige forskningsartikler via tjeklister. I bogen er der desuden tilføjet kapitler, der klæder sundhedsprofessionelle på til at forstå den sociale ulighed i folkesundhed og indtænke betydningen af den demografiske udvikling for folkesundhedsarbejdet. Kapitlerne om statistik og epidemiologiske hyppighedsmål er udgået som selvstændige kapitler. I håbet om, at epidemiologiske analy-

ser vil blive gjort mere håndgribelige og forståelige for bogens målgruppe, er et nyt kapitel om epidemiologiske analyser derfor tilføjet.

For overskuelighedens skyld er bogen opdelt i tre dele. Bogens første del sætter fokus på emner med relevans for folkesundhedsarbejdet, herunder forebyggelse, sundhedsfremme og social ulighed. Bogens anden del beskriver emner relateret til begrebet epidemiologi, herunder epidemiologiske analyser, epidemiologiske design samt kausalitet og fejlkilder i epidemiologisk forskning. Bogens tredje del beskriver, hvordan videnskabelige epidemiologiske forskningsartikler skal søges, læses og kritisk analyseres.

Bogens opdeling

Del 1: Folkesundhedsvidenskab

Kapitel 1, Sundhed og folkesundhed beskriver, hvordan forståelsen af og synet på sygdom og sundhed har udviklet sig. Kapitlet præsenterer læseren for en række nøglebegreber indenfor folkesundhedsarbejdet, herunder Verdenssundhedsorganisationens (WHO) forebyggende arbejde, det salutogenetiske perspektiv og Antonovskys teori om Sense of Coherence. Kapitlet sætter fokus på begrebet Health Literacy (sundhedskompetence), som beskriver borgernes evne til at kunne modtage, bearbejde og forstå sundhedsinformation, som er nødvendig for at kunne træffe sundhedsmæssige beslutninger, fx i hjemmet og i sundhedsvæsenet.

Kapitel 2, Folkesundhedsarbejde i et historisk perspektiv beskriver den historiske udvikling indenfor folkesundhedsområdet. Kapitlet introducerer læseren for folkesundhedsarbejdet, som det så ud i 1800-tallet og frem til begyndelsen af 1900-tallet, hvor forståelsen af smitteveje og den senere identifikation af forskellige bakterier gradvist førte til udvikling af vacciner og antibiotika. Kapitlet afsluttes med en præsentation af vore dages folkesundhedsarbejde både nationalt og globalt, inklusive udfordringer som naturkatastrofer, epidemier og antibiotikaresistens.

Kapitel 3, Sundhedsfremme og forebyggelse gennemgår, hvad forskellen på forebyggelse og sundhedsfremme er og præsenterer det lovgivningsmæssige grundlag. Læseren bliver præsenteret for forskellige forebyggelsesstrategier, og hvorfor Beauchamp & Childress' fire etiske principper (autonomi-, ikkeskade-, velgørenhed- og retfærdighedsprincippet) er vigtige at indtænke i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Kapitlet afrundes med at sætte fokus på screening i sundhedssektoren, herunder krav til screeningsprogrammer.

Kapitel 4, Den demografiske udvikling og dens betydning for folkesundheden sætter

fokus på, hvilken betydning det har for folkesundheden, at den demografiske udvikling i Danmark og internationalt er under forandring. Kapitlet gennemgår forandringerne i befolkningsstrukturen, aldersbegrebet, multisygdom, alderisme, dvs. negativ forskelsbehandling pga. alder, overgreb mod ældre, ældre indvandrere med anden etnisk oprindelse og kønsperspektivet i forhold til ældre. Områder, som viser kompleksiteten i folkesundhedsarbejdet.

Kapitel 5, Social ulighed i folkesundhed introducerer til begrebet social ulighed i sundhed, som henviser til, at sundhed og sygdom er skævt fordelt blandt samfundets socioøkonomiske grupper. Kapitlet introducerer læseren for begreberne self-efficacy og health-relevant cultural capital. Begge begreber kan anvendes til at forstå, hvorfor livsstilsændringer kan være en udfordring blandt borgere med lav socioøkonomisk position. Afslutningsvist sætter kapitlet et kritisk perspektiv på folkesundhedsarbejdet og fokuserer på gruppen af 'sygeligt sunde' borgere.

Del 2: Epidemiologi

Kapitel 6, Epidemiologiske analyser introducerer begrebet epidemiologi samt de analyser, der knytter sig hertil. Kapitlet introducerer populationsbegrebet og beskriver, hvordan en studiepopulation udvælges. Forskellige former for epidemiologiske data præsenteres, herunder spørgeskemadata, biologiske målinger og danske registre. Kapitlet introducerer læseren for, hvordan forskellige epidemiologiske analyser udføres, heriblandt udregning af prævalens og incidens (deskriptiv epidemiologi) samt udregning af odds ratio og relativ risiko (analytisk epidemiologi). Alle udregninger eksemplificeres med eksempler fra sundhedssektoren. Afslutningsvist introducerer kapitlet begreberne p-værdi og konfidensinterval. Begge begreber er vigtige for at kunne vurdere, om resultater fra epidemiologiske analyser er statistisk signifikante.

Kapitel 7, Epidemiologiske design giver læseren indsigt i, hvad epidemiologiske undersøgelser er. De hyppigst anvendte epidemiologiske design, herunder randomiserede kontrollerede undersøgelser (RCT), kohorteundersøgelser, casekontrol-undersøgelser og tværsnitsundersøgelser præsenteres. Hvert design gennemgås med hensyn til forhold, karakteristika samt styrker og svagheder ved designet. Kapitlet afsluttes med en præsentation af begrebet evidens, evidensbaseret praksis, og læseren introduceres for evidenshierarkiet.

Kapitel 8, Kausalitet og fejlkilder i epidemiologisk forskning giver læseren indsigt i epidemiologiske begreber som sammenhæng (association) og årsagssammenhæng (kausalitet eller kausal association). Den engelske epidemiolog Sir Austin Bradford Hills kriterier for kausalitet, som kan anvendes til at differentiere mel-

lem begreberne association og kausal association, gennemgås. Kapitlet indeholder desuden en gennemgang af forskellige mulige fejlkilder i den epidemiologiske forskning, herunder confoundere og forskellige typer af bias.

Del 3: Søgning og kritisk læsning af epidemiologiske forskningsartikler

Kapitel 9, Litteratursøgning giver en introduktion til, hvordan man gennem systematisk litteratursøgning kan finde forskningsartikler og ny viden indenfor folkesundhed og epidemiologi. Den systematiske søgeproces med udarbejdelse af søgeprofil og søgestrategi samt dokumentation af litteratursøgningen gennemgås. Der introduceres til PICO-skemaet, som anvendes til udarbejdelse af en søgeprofil, og der gennemgås et eksempel på søgeprotokol og et flowchart, der bruges til dokumentation af litteratursøgningen. Læseren introduceres til forskellige søgefunktioner samt søgemetoder, herunder emneords- og fritekstsøgning samt bloksøgning. Kapitlet afrundes med præsentation af de vigtigste søgedatabaser indenfor folkesundhed og epidemiologi.

Kapitel 10, Opbygning og læsning af forskningsartikler introducerer læseren for disciplinen at læse forskningsartikler. Det er nødvendigt at have et grundigt kendskab til produktionen og opbygningen af sundhedsvidenskabelige artikler, når man skal navigere i den kolossale produktion af sundhedsvidenskabelig forskning. Den overvejende del af forskningen præsenteres i artikler skrevet på engelsk, og derfor introducerer kapitlet læseren for den engelske terminologi, der anvendes. I kapitlet gennemgås produktionsprocessen for at formidle forskningsresultater i en videnskabelig artikel, de regler, der er for forfattere, og den disposition, som de fleste sundhedsvidenskabelige artikler er skrevet efter, det såkaldte IMRAD-format.

Kapitel 11, Kritisk artikellæsning giver læseren introduktion til begrebet kritisk artikellæsning. Kapitlet definerer begrebet kritisk artikellæsning og giver et indblik i et udpluk af de tjeklister, der er udviklet til formålet. Desuden gennemgår kapitlet de væsentligste elementer, man kritisk bør vurdere indenfor hvert af de epidemiologiske studiedesign (randomiseret kontrolleret undersøgelse, kohorteundersøgelse, case-kontrol-undersøgelse og tværsnitsundersøgelse). I kapitlet er hovedvægten lagt på kritisk artikellæsning af forskningsartikler med kvantitativt design, men kritisk artikellæsning af artikler med kvalitativt eller mixed methods design vil også kort blive berørt.

Kapitel 12, Analyse og kritisk artikellæsning af en tværsnitsundersøgelse præsenterer en kritisk analyse af en tværsnitsundersøgelse, hvor formålet er at undersøge betydningen af fysisk inaktivitet for udvikling af depression blandt ældre. Ka-

pitlet gennemgår eksemplarisk, hvorledes tjeklister til kritisk artikellæsning af en tværsnitsundersøgelse kan anvendes til at vurdere styrker og svagheder ved artikler, der formidler resultater fra tværsnitsundersøgelser.

Kapitel 13, Analyse og kritisk artikellæsning af randomiseret kontrolleret undersøgelse. I dette kapitel foretages en kritisk analyse af en RCT-undersøgelse, hvor formålet er at undersøge, om nære pårørende til patienter med kræft, som modtager palliativ pleje derhjemme, oplever en reduktion i stress, hvis de modtager en intervention, der består af psykologisk støtte med undervisning. Kapitlet gennemgår eksemplarisk, hvorledes tjeklister til kritisk artikellæsning af en RCT-undersøgelse kan anvendes til at vurdere styrker og svagheder ved artikler, der formidler resultater fra RCT-undersøgelser.

God læselyst!
Maria Kjøller Pedersen og Johanne Lind Rasmussen
København september 2020

Del 1
Folkesundhedsvidenskab

Kapitel 1:
Sundhed og folkesundhed 17
Af Lene Povlsen

Kapitel 2:
Folkesundhedsarbejde i et historisk perspektiv 33
Af Lene Povlsen

Kapitel 3:
Sundhedsfremme og forebyggelse 53
Af Lotte Evron

Kapitel 4:
Den demografiske udvikling og dens betydning for folkesundheden 87
Af Johanne Lind Rasmussen

Kapitel 5:
Social ulighed i folkesundhed 115
Af Maria Kjøller Pedersen

Kapitel 1:
Sundhed og folkesundhed

Af Lene Povlsen

I dette kapitel bliver en række nøglebegreber indenfor folkesundhedsområdet defineret og forklaret. Desuden beskrives, hvordan forståelsen af og synet på sygdom og sundhed udviklede sig historisk i regi af Verdenssundhedsorganisationen (WHO), og hvilke mål og strategier der efterfølgende blev udviklet for at forebygge sygdom og fremme sundhed. Væsentlige begreber som health promotion, salutogenese og health literacy bliver ligeledes præsenteret og forklaret.

Hvad er sundhed og folkesundhed?

Sundhed og folkesundhed er tæt forbundne begreber, som begge handler om, hvordan man har det. Begrebet sundhed relaterer primært til det enkelte individ, mens begrebet folkesundhed anvendes til at beskrive gruppers og befolkningers sundhed (WHO 1986). Sundhedsstyrelsen (2005) definerer *folkesundhed* som "befolkningens samlede sundhedstilstand", en faktor af bred politisk interesse, fordi en god folkesundhed ikke bare skaber et bedre liv for den enkelte borger, men også påvirker den samlede befolknings arbejds- og produktionsevne og dermed har stor betydning for landets økonomi og vækst.

Beaglehole og Bonita definerede folkesundhedsarbejde som "the collective action taken by society to protect and promote the health of entire populations" (2004), mens Winslow tilbage i 1920 definerede det noget mere elegant som "the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting physical and mental health and well-being" (Winslow 1920).

Folkesundhedsarbejde handler således om at skabe muligheder og vilkår for, at befolkningen kan leve sundt, og om systematiske, specifikke og kreative indsatser for at fremme sundhed og/eller forebygge sygdom. Folkesundhedsarbejde er i stor udstrækning baseret på politiske prioriteringer og initiativer, som både kan fremme den enkelte borgers sundhed og folkesundheden generelt. Det kan være at skabe gode uddannelsesmuligheder, gode boliger og sikre arbejdsforhold, og ved lovgivning og forordninger, som kan medvirke til at forebygge

sygdom og ulykker/skader, fx skatter og afgifter på sundhedsskadelige produkter som alkohol og tobak, og ved at indføre forbud mod salg af disse varer til mindreårige.

Sundhed og sygdom i et historisk perspektiv

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) blev etableret i 1948, og i den forbindelse blev sundhed defineret på en ny og meget bred måde:

> Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO 1948).

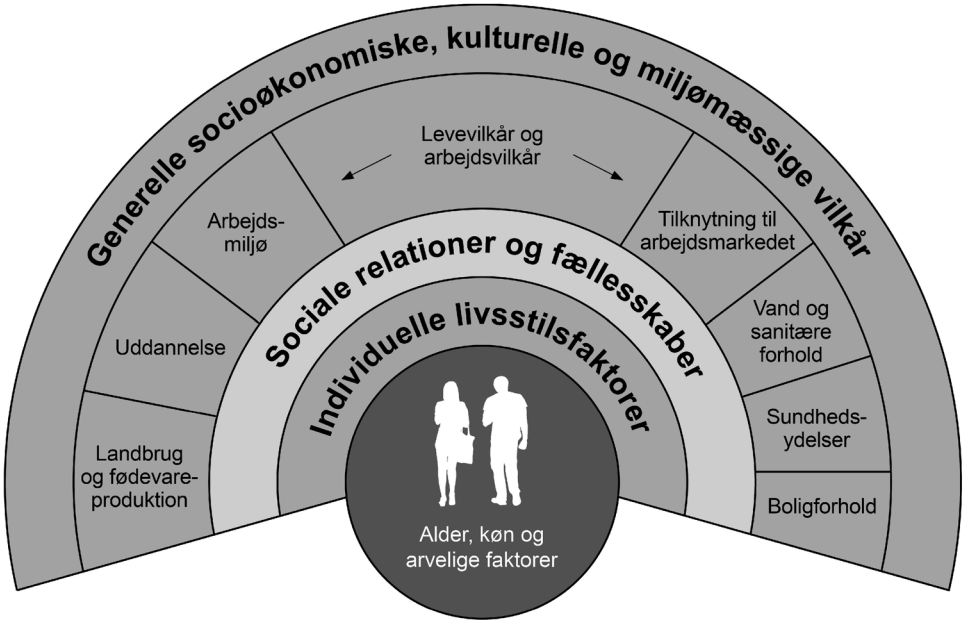
Selvom WHO's definition altid er blevet kritiseret for at være utopisk, er det fortsat meget ofte den, man refererer til – ikke mindst fordi den slår fast, at sundhed ud fra et holistisk menneskesyn handler om væsentligt mere end bare at føle sig rask/ikke syg.

Senere WHO-konferencer lagde nye dimensioner til definitionen fra 1948. En konference i Alma Ata 1978 gjorde således opmærksom på, at sundhed er en menneskerettighed (FN 1948), og at sundhed for alle mennesker ("Health for All") er en væsentlig forudsætning for social og økonomisk udvikling (WHO 1978). På WHO's første *Health Promotion* konference i Ottawa 1986 fastholdt man definitionen fra 1948, men slog samtidig fast, at sundhed skulle ses som en ressource og ikke som et mål i sig selv:

> Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living (WHO 1986).

Erklæringerne fra WHO-konferencerne i Alma Ata og Ottawa lå på linje med et epokegørende dokument, som den canadiske sundhedsminister Marc Lalonde publicerede i 1974. I dokumentet fordelte Lalonde ansvaret for befolkningens sundhedstilstand på fire forhold, nemlig genetiske/arvelige faktorer, miljøfaktorer, livsstil og levevilkår, samt sundhedsvæsenets indsats. På den måde understregede han, at mange forskellige sundhedsdeterminanter, dvs. faktorer med en afgørende indflydelse på sundheden, har betydning for folkesundheden, og at den kun i mindre omfang er et resultat af sundhedsvæsenets indsatser. Se figur

1.1 og bemærk vigtige sundhedsdeterminanter som boligforhold, uddannelse og arbejdsvilkår.



Figur 1.1. Faktorer med indflydelse på en god og ligeligt fordelt sundhed (Opr. Dahlgren og Whitehead 1991; dansk version fra Statens Institut for Folkesundhed 2016).

Figur 1.1 er opbygget sådan, at cirklen og de to inderste ringe indeholder faktorer tæt på individet, mens de to yderste ringe indeholder faktorer, som relaterer til det omkringliggende samfund. Det er desuden vigtigt at notere sig, at visse faktorer ikke eller kun vanskeligt kan ændres. Det gælder ikke mindst alder, biologisk køn, etnicitet og genetiske faktorer. Livsstilsfaktorer og sociale relationer vil i en vis udstrækning kunne påvirkes gennem sundhedspædagogiske initiativer på individ, gruppe og befolkningsniveau, mens ændringer i leve- og arbejdsvilkår frem for alt kræver politiske tiltag, som kan skabe socioøkonomiske og miljømæssige forbedringer. Hvis ønsket er at fremme en god og ligeligt fordelt sundhed i befolkningen, skal man ifølge både Lalonde (1974) og WHO (1978; 1986) hellere investere i bedre uddannelse samt bedre og mere sikre bolig- og arbejdsforhold, i stedet for primært at satse på at udbygge sundhedsvæsenet. Simpelthen fordi sundhedsvæsenet har væsentligt mere begrænsede muligheder for at påvirke folkesundheden end politiske og sundhedsfremmende initiativer på gruppe- og befolkningsniveau.

Både på konferencen i Alma Ata og på *Health Promotion*-konferencerne, som WHO har afholdt med jævne mellemrum siden 1986, blev sundhed også sat ind i et globalt perspektiv. Målet var "Health for All", dvs. at forskellene mellem rige og fattige lande, og mellem rige og fattige borgere i de enkelte lande, skulle udlignes mest muligt. Til at nå dette ambitiøse mål understregede man bl.a. behovet for tværsektorielt samarbejde (se nedenfor), og at initiativer, der kunne fremme sundhed og udligne social ulighed, skulle tænkes ind i alle politiske beslutninger (WHO 1986).

Rootman et al. (2001) identificerede syv nøgleprincipper i Ottawa-charteret:

- *Equity* – Social retfærdighed. At beslutninger om sundhedsfremmende tiltag skal tilstræbe at skabe større lighed med hensyn til sundhed i befolkningen, bl.a. ved at sikre, at alle får tilgang til sundhedsvæsenets ressourcer.
- *Empowerment* – At det enkelte individ eller den enkelte gruppes kontrol med egen situation styrkes. Dette kan fx ske ved at fremme *health literacy* (se senere) og ved at bevidstgøre udsatte grupper om deres rettigheder og muligheder for forandring.
- *Holisme* – Helhedstænkning. At beslutninger om sundhedsfremmende tiltag skal fokusere på både fysisk, psykisk og social sundhed i erkendelse af, at disse aspekter er tæt forbundet.
- *Participation* – Deltagelse, medbestemmelse. At de individer eller grupper, som et sundhedsfremmende tiltag fokuserer på, skal involveres i planlægning, implementering og efterfølgende evaluering.
- *Sustainability* – Bæredygtighed. At de ændringer/forbedringer, som skabes via sundhedsfremmende tiltag, fortsat skal kunne fungere, når det indledende forandringsarbejde er afsluttet.
- *Tværsektorielt samarbejde* – At alle dele af samfundet (fx industrien, finanssektoren og sundhedsvæsenet) skal arbejde sammen omkring sundhedsfremmende tiltag for at sikre et optimalt resultat.
- *Multistrategier* – At der anvendes en række forskellige strategier til at opnå sundhedsfremme. Det betyder, at der skal sættes ind på forskellige niveauer via fx lovgivning, undervisning, ændringer af infrastruktur samt organisatoriske forandringer.

Erkendelsen af socioøkonomiske og miljømæssige faktorers væsentlige betydning for sundheden medvirkede samtidig til at understrege behovet for at introducere et nyt socialmedicinsk perspektiv på sundhed og sygdom (Lund et al. 2020).

Fra et biomedicinsk til et socialmedicinsk perspektiv

Frem til ca. 1920 var det de smitsomme infektionssygdomme, som dominerede sygdomsbilledet (Andersson 2008). Infektionssygdomme har typisk én bestemt årsag (fx bakterier eller vira), som individet skal eksponeres for, for at sygdom kan opstå. Dette passede godt ind i den biomedicinske eller "lægelige" sygdomsmodel, som (groft sagt) fokuserer på, at der bag enhver sygdom findes en biologisk årsag, som det er muligt at fjerne, og sådan at man kan kurere den syge. Den biomedicinske model medtænker derimod ikke fx sociale faktorer og kan derfor ikke anvendes til at forklare, hvorfor nogle eksponerede bliver syge og andre ikke. Desuden har modellen med tiden vist sig mindre velegnet til at forklare de ofte mange forskellige faktorer, som bidrager til og/eller indgår i udviklingen af ikkesmitsomme og kroniske sygdomme (se kapitel 2).

I den socialmedicinske model relateres sygdomme ikke kun til biologiske faktorer, men i mindst lige så høj grad til sociale faktorer og psykosociale processer. John Cassel (1976) beskrev i sin *Susceptibility Theory* (modtagelighedsteori), hvordan et individs miljø kan være en mulig stressfaktor, der øger hans eller hendes sårbarhed/modtagelighed for at blive ramt af sygdom. Det betyder, at psykosociale faktorer kan resultere i sårbarhed og dermed sygdom, men også, at sociale netværk og støtte fra omgivelserne kan påvirke denne sårbarhed, sådan at individet fortsat kan bevare sin sundhed.

Fremvæksten af det socialmedicinske perspektiv resulterede dermed ikke bare i et øget fokus på individets forudsætninger og psykosociale miljø, men også på individer og gruppers evne til at håndtere stressfaktorer og dermed bevare sundheden/undgå sygdom (Cassel 1976).

Salutogenese – det som skaber sundhed

Aron Antonovskys dynamiske syn på sundhed og sygdom, begrebet *Salutogenese*, passer godt ind i det socialmedicinske perspektiv og i WHO's brede definition på sundhed. Antonovsky var amerikansk sociolog og immigrerede til Israel i 1960, hvor han forskede i stress og forskelle i sundhed og sygelighed.

Han udviklede sin teori om salutogenese sidst i 1970'erne, baseret på fund fra et epidemiologisk studie af jødiske kvinder fra forskellige etniske grupper og deres tilpasning til klimakteriet (Antonovsky 1987). I forbindelse med studiet identificerede han en gruppe kvinder fra Centraleuropa, som havde været 16-25 år i 1939, da 2. verdenskrig brød ud. En mindre del af denne gruppe havde oplevet Holocaust og havde overlevet ophold i nazisternes koncentrationslejre. Det vakte derfor interesse og undren hos Antonovsky, at næsten 30 % af disse kvinder i undersøgelsen oplyste, at de havde det godt. Han stillede sig spørgsmå-

let: Hvordan var det muligt, at en person, som havde overlevet Holocaust og alle dets rædsler, dvs. *massive* psykiske belastninger, havde været i stand til at vende tilbage til et normalt liv og fortsat oplevede sundhed og velbefindende?

Svaret var ifølge Antonovsky (1987), at sundhed og sygdom ikke er hinandens modsætninger. I stedet ser han menneskets liv som et kontinuum, hvor man hele tiden bevæger sig frem og tilbage på en akse, som spænder fra rask til syg – men hvor man altid naturligt vil søge mod den raske ende. Livet er ingen dans på roser, men en verden fuld af stress, farer og udfordringer. Antonovsky beskrev dette med metaforen "Livets flod", hvor alle efter bedste evne forsøger at krydse floden eller at holde sig flydende i vandet for på den måde at undgå sygdom eller død (frit fortolket af Eriksson og Lindström 2008). Se figur 1.2.

Salutogenese betyder "det, som skaber sundhed" (*salus* (lat.) = sundhed). Begrebet er dermed klart forskelligt fra patologien (patogenese) (*pathos* (gr.) = lidelse) og det biomedicinske perspektiv, som primært fokuserer på sygdom, symptomer, risikofaktorer og livsstil, men ikke medtænker individets ressourcer. I modsætning til patogenesen sætter det salutogene perspektiv fokus på, hvordan det enkelte individ er i stand til at håndtere et liv fuldt af stress, farer og udfordringer, dvs. vedkommendes evne til at tackle de mange indre og ydre udfordringer (stressorer), man som individ ikke kan undgå at møde livet igennem. Stress og sygdom kan dermed ikke bare overvindes, men kan også have positive konsekvenser, forudsat at det enkelte individ har de nødvendige forudsætninger for at mestre situationen. Det er den enkeltes indstilling til tilværelsen og måde at se dens udfordringer på, som er bestemmende for, om han eller hun i forbindelse med en belastning i livet ender med at bevæge sig mod sundhed eller sygdom.

Hovedbegrebet indenfor teorien om salutogenese er *Sense of Coherence* (SOC) eller *Oplevelse af sammenhæng*. Antonovsky (1987) beskrev SOC på følgende måde (let omskrevet, egen oversættelse):

> Oplevelsen af sammenhæng udtrykker, i hvilken udstrækning man har en vidt udbredt og varig dynamisk følelse af tillid til, at de indre og ydre stimuli, man møder livet igennem, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; at man har de nødvendige ressourcer til at håndtere de krav, disse stimuli stiller; og at disse krav er udfordringer, som det er værd at investere og engagere sig i.

SOC består af tre komponenter (Antonovsky 1987):

- *Meaningfulness* (meningsfuldhed)
  Den vigtigste komponent, der handler om motivation. Synes individet, dette problem er værd at investere tid og kræfter på? Er det en udfordring, han/hun vil satse på at klare?
- *Comprehensibility* (begribelighed)
  Den kognitive komponent. Kan individet forstå, hvad problemet handler om? Er det logisk, tydeligt og forventeligt?
- *Manageability* (håndterbarhed)
  Den mere praktiske komponent. Har individet tiltro til, at han/hun har de ressourcer, som er nødvendige for at klare problemet – enten alene eller via hjælp fra sociale netværk?

Eriksson og Lindström (2005) beskriver SOC som en personlig måde at tænke, være og agere på. Som en kombination af evnen til at forstå sin situation, at kunne finde en mening til at komme videre og at have de nødvendige indre og ydre forudsætninger til at gøre det.

Antonovsky udviklede et instrument (spørgeskema) til at måle SOC. Senere undersøgelser har vist, at der er en sammenhæng (association) mellem SOC og oplevelsen af egen sundhed, velbefindende og livskvalitet. En "høj SOC" vil fx betyde, at en kvinde, som bliver diagnosticeret med en kronisk sygdom, vil være i stand til at se sygdommen som en udfordring, hun kan forholde sig til; som hun mener at have forudsætninger for at kunne lære at håndtere; og som hun er motiveret for at investere sine kræfter i.

Antonovskys tanker om et kontinuum, hvor man hele tiden bevæger sig på aksen mellem at være rask og syg understøtter tilsvarende muligheden for at kunne opleve velbefindende og god livskvalitet på trods af sygdom. At have fokus på det salutogene kan på samme måde anvendes i forbindelse med sygdom eller tilskadekomst, hvor man i så fald både som individ og behandler koncentrerer sig om at fremhæve og understøtte det, personen rent faktisk *kan* gøre – i stedet for primært at have blikket rettet mod det mindre sunde og de manglende færdigheder. Tænk fx på personer med store fysiske begrænsninger, som mod alle odds er i stand til at leve et godt og meningsfyldt liv.

At fremme sundhed og forebygge sygdom

Sygdomme som kræft, hjerte-kar-sygdomme, apopleksi, kroniske lungesygdomme og diabetes kaldes *folkesygdomme*. Krasnik (2004) definerer folkesygdomme som sygdomme med en stor udbredelse – ofte nævnes en forekomst på minimum én procent af befolkningen – og med alvorlige omkostninger for både individ og samfund. I Danmark og de fleste andre vestlige lande er der gennem de seneste årtier sket et væsentligt fald i antallet af tidlige dødsfald pga. de store folkesygdomme, og samtidig er der nu bedre mulighed for både at forebygge og behandle disse sygdomme via evidensbaserede/videnskabeligt anerkendte metoder.

Både for den enkelte og for samfundet kan det i høj grad sundhedsmæssigt såvel som økonomisk betale sig at forsøge at hindre udbredelsen af de ikkesmitsomme sygdomme. Hvis man først sætter ind, når en sygdom er udviklet, skal behandlingen nemlig både rettes mod at søge at undgå, at den udvikler sig yderligere, og mod at undgå komplikationer, som kan resultere i mere omfattende og langvarige behandlingsforløb. Dette kræver som alt andet omhyggelig dokumentation og planlægning (Jordan et al. 2008).

Folkesundhedsprogrammer

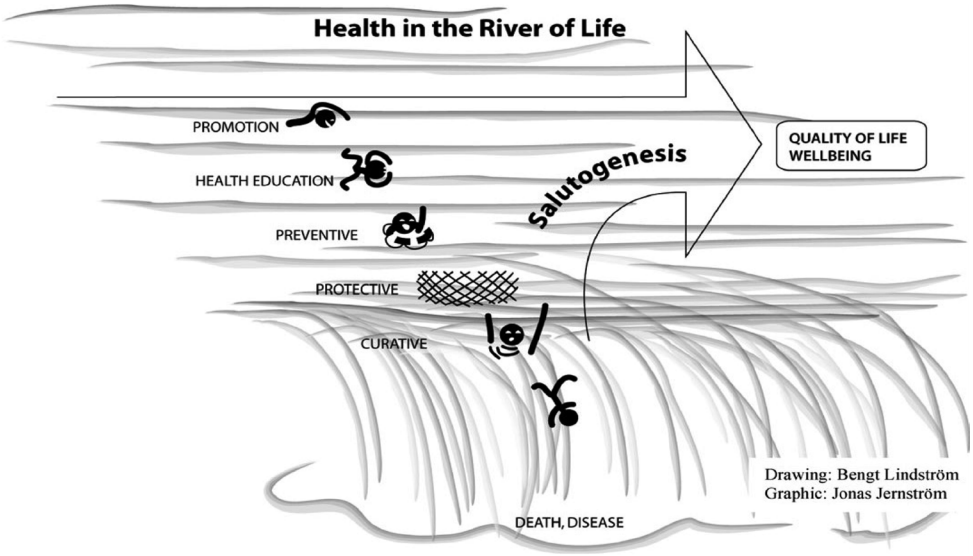
Mål, strategier og forslag til indsatser indenfor folkesundhedsområdet kan fx formuleres i såkaldte forebyggelses- eller folkesundhedsprogrammer. Det første danske folkesundhedsprogram blev udarbejdet i 1989 og det seneste med titlen "Sundere liv for alle" i 2014 (Regeringen 2014). Programmerne er baseret på epidemiologiske data om befolkningen, både de samlede tal for sundhed og sygdom, ulighederne mellem forskellige grupper i befolkningen og mellem befolkningen i Danmark og andre lande.

Et folkesundhedsprogram skal efterfølgende omsættes til konkrete initiativer og implementeres på alle niveauer i samfundet, sådan at der ideelt skabes en samlet national strategi for behandling, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Samtidig er det forskellige aktører, der skal på banen, afhængigt af hvilke faktorer og aspekter i udviklingen af sundhed og sygdom man ønsker at påvirke. Mens determinanter for sundhed, fx uddannelse, bolig- og arbejdsforhold frem for alt kræver politiske beslutninger, er risikofaktorer for sygdom typisk en opgave for det enkelte individ eller en mindre gruppe i samarbejde med forskellige sundhedsprofessionelle. Det kan fx være sygeplejersker, kliniske diætister eller fysioterapeuter med specialkundskab indenfor pleje og behandling af en sygdom, der vejleder og informerer patienter og borgere om sunde valg og sund levevis. Baseret på de retningslinjer, som er truffet af sundhedsmyndighederne, træffer de praktiserende læger desuden beslutning om behovet for at screene for

og/eller behandle de risikofaktorer, der senere eventuelt kan føre til udvikling af egentlig sygdom.

Strategier til forbedring af folkesundheden

En systematisk monitorering af befolkningens sundhedstilstand udgør således en vigtig del af grundlaget for, hvilke indsatser politikere og andre vælger at iværksætte. Hvis ønsket er at fremme hele befolkningens sundhed, er det vigtigt, at der etableres en række forskellige tiltag, sådan at de enkelte individer og grupper i "Livets flod" (figur 1.2.) hjælpes ud fra de behov, de har, og hvor i floden, de befinder sig (Eriksson og Lindström 2008).



Figur 1.2. Sundhed i Livets Flod. (Eriksson og Lindström 2008. Gengivet med forfatterens tilladelse).

Figur 1.2 beskriver forskellige strategier til at skabe sundhed, velbefindende og god livskvalitet:

- *Behandling* – hvor man afventer, at en sygdom eller skade har udviklet sig, inden man tager initiativ til at forsøge at *genoprette* sundheden.
- *Protektion* – hvor myndighederne søger at *beskytte* befolkningens sundhed ved hjælp af "sikkerhedsnet", som fx regler for opbevaring af fødevarer,

påbud om brug af sikkerhedssele, forbud mod rygning i det offentlige rum og etablering af cykelstier og fodgængerovergange.

- *Prævention* – hvor myndighederne søger at *forebygge,* at sygdom/skade opstår, ved at tilbyde individer og grupper "svømmeveste", fx tilbud om regelmæssige børneundersøgelser, vaccinationer og screeninger.
- *Sundhedsundervisning/oplysning* – hvor individer og grupper via information og samtale med sundhedsprofessionelle "*lærer at svømme"*, dvs. opnår større viden og øget health literacy (se nedenfor), og dermed bliver bedre i stand til at træffe egne (sunde) beslutninger.
- *Health Promotion/sundhedsfremme* – hvor man med udgangspunkt i FN's erklæring om menneskerettigheder (FN 1948) ser det enkelte individ som en aktivt handlende deltager i eget liv og sundhed. Sundhedsprofessionelle og politikere skal derfor primært *lægge tilrette* for at fremme individets muligheder for at kunne træffe sunde valg og beslutninger, fx ved at gøre sunde produkter mere tilgængelige og prismæssigt overkommelige.

I Danmark har folkesundhedsarbejdet de senere år haft fokus på de såkaldte KRAM-faktorer: Kost, Rygning, Alkohol og Motion (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006). Sygdomme relateret til disse risikofaktorer har været direkte årsag til en væsentlig andel af for tidlig død i Danmark gennem mindst 15 år (Eriksen et al. 2016). Sygdomme som følge af mindre sund kost, rygning, et stort alkoholforbrug og begrænset fysisk aktivitet har en betydelig social slagside og rammer frem for alt den mindre velstillede del af befolkningen. Læs mere i Kapitel 5. Samtidig har denne gruppe ofte mindre uddannelse, noget som sætter fokus på begrebet *health literacy* og behovet for at tænke dette ind i folkesundhedsarbejdet.

Health literacy – at kunne træffe sunde beslutninger

Mange forsøger at bidrage til at forbedre befolkningens sundhed. Oplysning og information sker både via kommercielle, faglige og offentlige medier som TV-kanaler, ugeblade, fagblade og diverse hjemmesider. Myndighederne prøver desuden at hjælpe borgerne med at finde frem til de sunde produkter, bl.a. ved at sætte etiketter på udvalgte fødevarer (fx Økologi- og Nøglehulsmærket). Ved diagnose af en kronisk sygdom tilbydes egentlig sundhedsundervisning, hvor de pågældende patienter enten individuelt eller i grupper får oplæring i, hvordan de bedst muligt håndterer deres sygdom, og hvilke advarselssignaler de skal være opmærksomme på.

Trods mange års intensiv sundhedsoplysning fra bl.a. Sundhedsstyrelsen og patientforeninger, samt en lang række afgifter, påbud og forbud, som i forening skulle forbedre folkesundheden, er det imidlertid langt fra alle borgere, der træffer de sunde valg og lever svarende til myndighedernes anbefalinger. Den digitale udvikling betyder desuden, at befolkningen i stort omfang bombarderes med reklamer for både sunde og usunde produkter, ligesom internettet flyder over med hjemmesider, der giver forslag til et væld af alternative måder at leve på.

Dette har øget opmærksomheden på begrebet *health literacy*. At være "literate" betyder at kunne læse og skrive, dvs. at *health literacy* direkte oversat betyder "at kunne (læse og skrive) sundhed". På dansk bruges begrebet *sundhedskompetence* (Sundhedsstyrelsen 2009; Terkildsen 2016). Begrebet er under stadig udvikling og findes i mange betydninger. Nedenstående er eksempler på en relativt smal og en meget bred definition:

- Evnen til at kunne modtage, bearbejde og forstå enkel sundhedsinformation, som er nødvendig for at kunne træffe passende sundhedsmæssige beslutninger (US Department of Health 2010, egen oversættelse).
- Evnen til at kunne træffe sunde beslutninger i hverdagen – i hjemmet, i samfundet, på arbejdspladsen, i sundhedsvæsenet og på den politiske arena. En kritisk mestringsstrategi, som øger kontrollen over egen sundhed, evnen til at søge information og at tage ansvar (Kickbusch, Wait og Maag 2005, egen oversættelse).

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2009) er den røde tråd i de mange definitioner af *health literacy* individets mulighed for at kunne tilegne sig og kritisk anvende information om sundhed til at opnå kontrol over eget liv og de forhold, som påvirker vedkommendes sundhed.

Nutbeam (2000) inddelte literacy, dvs. forskellige individers læse- og skrivefærdigheder, i tre niveauer, som beskrevet i tabel 1.1.

Tabel 1.1. Nutbeam's (2000) tre niveauer af literacy. Egen tolkning i forhold til *health literacy*.

Literacy niveau	Betydning for *health literacy*
Funktionelt niveau Har tilstrækkelige elementære læse- og skrivefærdigheder til at kunne fungere effektivt i hverdagssituationer.	Her er man primært i stand til at følge lægens mundtlige anvisninger eller gøre det, der står på etiketten på medicinglasset eller i en kort skriftlig information, fx efter en operation.
Interaktivt niveau Kan identificere og forstå meninger fra forskellige former for information og kan omsætte og anvende denne information i andre situationer.	Her kan man anvende information, man har læst eller lært i en anden sammenhæng. Man har således opnået en dybere forståelse af informationen og kan overføre den til andre forhold.
Kritisk niveau Kan analysere information på en kritisk måde og anvende informationen til at få større kontrol over sin livssituation.	Her har man et tilstrækkeligt uddannelsesniveau til at kunne finde, granske og forholde sig kritisk til den information, man fx møder på internettet. På den måde har man mulighed for at vælge information fra eller til og dermed opnå mere kontrol med sin situation.

Internettet er blevet en populær og voksende kilde til at skaffe sig information om sundhed. Brug af internettet kræver imidlertid, at den pågældende er i stand til kritisk at kunne vurdere den information, som et stort antal hjemmesider og et væld af reklametilbud lægger ud. Hertil kræves, at læseren både kan vurdere de identificerede tekster i forhold til troværdighed og kvalitet og samtidig har tilstrækkelige computerfærdigheder til at kunne vurdere, hvilke eventuelle tilbud han/hun tilmelder sig. Som det fremgår af tabel 1.1 kræver dette blandt andet, at man via sin skolegang har erhvervet et såkaldt kritisk niveau – og dermed højere *health literacy*.

Begrebet *E-health literacy* defineres som "en persons færdigheder i at søge, finde, forstå og vurdere sundhedsinformationer fra elektroniske kilder og anvende dem til at løse problemer relateret til sundhed" (Svenningsen og Fredskild 2017) eller som "evnen til at kunne samle og på en hensigtsmæssig måde bearbejde sundhedsinformation hentet online " (Werts og Hutton-Rogers 2013, egen oversættelse). Sidstnævnte forfattere beskriver både uddannelsesmæssige, tekniske, sproglige og kulturelle barrierer for brug af internettet til at formidle sundhedsinformation – og dermed en oplagt risiko for voksende ulighed i sundhed, medmindre onlineteksterne tilpasses omhyggeligt til læserne og deres forudsætninger. Ovennævnte har bl.a. relevans for den stigende anvendelse af telemedicin i sundhedsvæsenet.

Der har været stort fokus på *health literacy* de seneste 15-20 år. Der er bl.a. brugt megen tid på at definere begrebet og på at udvikle instrumenter, der kan måle borgere og patienters grad af health literacy. Formålet med en sådan må-

ling er, at sundhedsprofessionelle og andre faggrupper på den måde får bedre mulighed for at tilpasse niveauet i informationen/undervisningen til den enkelte patient. Som anført ovenfor vil kendskab til specielt sårbare gruppers health literacy-niveau dog næppe i sig selv kunne løse uligheden i sundhed. Det vil ikke alene kræve, at underviseren bl.a. bruger mindre komplicerede ord og sætninger i tale og skrift for at tilpasse sin information til et mindre uddannelsesniveau, men også at vedkommende tilpasser den til patientens mulige anderledes sociale og kulturelle normer. Begreber som *patient-centreret kommunikation* (at undervisning og kommunikation tager udgangspunkt i patientens spørgsmål og behov) og *kulturel kompetence* (at underviseren spørger sig frem og forsøger at tilpasse undervisningen til mulige anderledes traditioner og normer) skal derfor også inddrages aktivt i al sundhedsinformation. Som den danske filosof Søren Kierkegaard (1813-1855) så smukt formulerede det:

> For i sandhed at kunne hjælpe en anden må jeg forstå mere end han,
> men dog først og fremmest forstå det, han forstår (Kierkegaard 1962).

Opsummering

Mens *sundhed* relaterer til det enkelte individ, beskriver begrebet *folkesundhed* befolkningens samlede sundhedstilstand, og *folkesundhedsarbejde*, hvad samfundet gør for at beskytte og fremme befolkningens sundhed. Efter etableringen af WHO i 1948 ændrede synet på sundhed sig radikalt, sådan at det nu både omfattede fysisk, psykisk og socialt velbefindende. Dette betød øget opmærksomhed på andre faktorer af betydning for sundheden, ikke mindst miljøfaktorer, livsstil og levevilkår, og førte til et skift fra et biomedicinsk til et socialmedicinsk perspektiv på sundhed og sygdom. Individets forudsætninger og psykosociale miljø samt evne til at håndtere stress kom i fokus, bl.a. i teorien om *Salutogenese*: hvordan et individ klarer at håndtere et liv fuldt af stress, farer og udfordringer og fortsat oplever sundhed og livskvalitet.

Ændringen af sygdomsbilledet fra en overvægt af akutte til kroniske sygdomme betød desuden, at der blev behov for at sætte folkesundhedsarbejdet i system og at udvikle en række forskellige strategier til at forebygge sygdom og fremme sundhed. Tilsvarende kom der øget opmærksomhed på, hvordan sundhedsinformation til de mest sårbare grupper i befolkningen bedst kunne tilpasses til de pågældende individers forudsætninger (health literacy).

Refleksionsspørgsmål

- Forståelse af sygdom og sundhed udvikler sig over tid. Beskriv, hvordan man i dag forstår og prioriterer sygdom og sundhed indenfor dit arbejdsområde.
- Hvordan ser du koblingen mellem din profession og folkesundheden i Danmark?
- Hvordan og i hvilken udstrækning indgår begreberne patogenese og salutogenese i dit arbejde?
- Hvilken hensyn og tiltag indenfor dit fagområde vil kunne medvirke til at fremme for borgernes muligheder for at træffe sunde beslutninger?

Referencer

Andersson I 2008. Epidemiologi for sundhedspersonale – en introduktion. København: Gads Forlag.

Antonovsky A 1987. Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers.

Beaglehole R, Bonita R 2004. Public health at the crossroads. Achievements and prospects. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Cassel J 1976. The contribution of the social environment to host resistance. Am J Epidemiol; 104(2): 107-123.

Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006. Giv borgerne et KRAM. En pjece om Kost, Rygning, Alkohol og Motion. København: Det Nationale Råd for Folkesundhed.

Eriksen L et al. 2016. Sygdomsbyrden i Danmark – Risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen.

Eriksson M, Lindström B 2005. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health; 59: 440-442.

Eriksson M, Lindström B 2008. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int; 23(2): 190-199.

FN 1948. Universal declaration of human rights. Paris: FN.

Jordan CO, Slater M, Kottke TE 2008. Preventing chronic disease risk factors: Rationale and feasibility. Medicina 44(10), s.745–750.

Kierkegaard S 1962. Samlede værker. 3. Udgave, bind 18 s. 96-97. Gyldendal.

Kickbusch I, Wait S, Maag D 2005. Navigating health. The role of health literacy. London: International Longevity Centre UK.

Krasnik A 2004. Hvad er en folkesygdom? Ugeskr Laeger; 166(14): 1299.

Lalonde M 1974. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada.
Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L. Medicinsk sociologi. Sociale faktorers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave. Munksgaard, København 2020.
Nutbeam D 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. Health Promot Int;15(3): 259-267.
Regeringen 2014. Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse.
Rootman I et al. (eds.) 2001. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. Geneva: WHO Europe.
Statens Institut for Folkesundhed 2016. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed (SIF).
Sundhedsstyrelsen 2005. Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen.
Sundhedsstyrelsen 2009. Health literacy – begrebet, konsekvenser og mulige interventioner. København: Sundhedsstyrelsen.
Svenningsen H, Fredskild TU 2017. Velfærdsteknologiske muligheder for øget patientinddragelse I: Pii KH, Fredskild TU. Patientinddragelse i praksis – erfaringer, metoder og perspektiver. 1. udgave. København: Gads Forlag, s. 169-192.
Terkildsen HM, Vinther-Jensen K 2016. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis – Health Literacy – Theory, Research and Practice. Klinisk Sygepleje (01/Volume 30).
US Department of Health and Human Services 2010. National plan to improve health literacy. Washington D.C.: US Department of Health and Human Services.
Werts N, Hutton-Rogers L 2013. Barriers to achieving e-health literacy. Am J Health Sci; 4(3): 115-119.
WHO 1948. Constitution of the World Health Organization. Genève: WHO.
WHO 1978. Declaration of Alma Ata. Alma Ata: WHO.
WHO 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO
Winslow CA 1920. The untilled fields of public health. Science; 51(1306): 23-33.

Forslag til supplerende læsning

Antonovsky A 2000. Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask. 1. udg, 12. oplag 2018. København: Hans Reitzels Forlag.
Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT 2016. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. BMJ; 6(1): e009627-2015-009627