

Individorienteret forebyggelse

Overordnet retter individorienterede indsatser sig direkte mod den enkelte borger og vedkommendes individuelle livsstil. En sådan forebyggelsesstrategi sætter ofte ind overfor kendte risikofaktorer i særlige befolkningsgrupper, der anses for at være i højrisiko for at udvikle en given sygdom (fx rygere, socialt udsatte eller fysisk inaktive), og initiativet og ansvaret for at ændre livsstil og adfærdsmønstre er placeret hos individet selv ¹.

Individorienterede indsatser gavner ikke nødvendigvis folkesundheden generelt, men har til formål at forbedre enkeltindividets trivsel og sundhed ud fra dets tilhør til en risikogruppe – dette kaldes også en **selektiv eller højrisikostrategi** ^{2,3}.

Hvis risikogruppen udgør en stor andel af befolkningen, kan det være en uoverkommelig og økonomisk tung opgave at benytte en individorienteret strategi, og en såkaldt universel, **populationsbaseret 'massestrategi'** kan derfor være mere hensigtsmæssig (se nedenfor). Individorienteret forebyggelse vil ofte tage udgangspunkt i individ- eller gruppebaserede indsatser, hvor fokus er rettet mod at yde individuel hjælp til livsstilsændring i form af rådgivning, samtaler og/eller undervisning og oplysning ^{4,5,6}.

Individorienterede forebyggelsesindsatser kan også være af **universel karakter**, dvs. indebære et fokus på hele eller dele af befolkningen *uanset* individets risikoadfærd og -profil ⁷. Dette kan fx være unge, børnefamilier eller fællesskaber karakteriseret af et fælles tilhørsforhold, fx en skoleklasse, men også den samlede danske befolkning, hvor alle har lige adgang til en ydelse/indsats.

Universelle indsatser er karakteriseret af en **massestrategi** og indebærer ofte oplysningskampagner og lignende sundhedsinformation, der har til hensigt at øge en befolknings/gruppens vidensniveau på et givent område og dermed give et informeret grundlag for adfærd ændringer ^{8,9,10}. Eksempler på en massestrategi kan være informationskampagner, der skal øge befolkningens kendskab eller skabe debat, og officielle anbefalinger såsom genstandsgrænser og '30 minutters motion om dagen'.

Eksempler fra erhvervsskoleområdet på individorienterede indsatser kan være tilbud om et rygestopkursus, individuelle sundhedstjek, undervisning i meditation eller skræddersyede SMS'er, der via øget viden søger at reducere erhvervsskoleelevers alkoholindtag – SMS'erne vil ofte være forskellige, da de fx er tilpasset den enkelte elevs alkoholadfærd

Styrkerne ved individorienteret forebyggelse er især, at der er fokus på de personer, der er i størst risiko for at blive syge samt at borgere i risiko-/symptomgrupper ofte vil være mere motiverede for adfærdsændringer qua deres position som værende i risiko ¹¹. Dertil kommer, at individorienterede tiltag i mange tilfælde lettere kan lade sig gøre end strukturelle tiltag ¹².

Imidlertid er der også en **lang række svagheder** ved individorienteret forebyggelse, som har betydning for graden og varigheden af effekt. Ved massekampagner kan det fx være svært at påvise en effekt, fordi øget viden om livsstil ikke automatisk fører til handling eller i sig selv ændrer adfærd hos de implicerede, selvom det kan påvises, at budskaberne udbredes i befolkningen ¹³. Samtidig er der ofte mange individuelle fortolkningsmuligheder i et givent budskab, og det kan være en udfordring at sikre effekt på længere sigt. De fleste individorienterede indsatser implementeres kun i kortere perioder og når derfor ikke at fungere optimalt, samtidig med at indsatserne ofte er for små og enkeltstående, og det vides ikke, om det hjælper at gentage indsatsen ¹⁴.

Litteraturen viser overordnet set, at interventioner, der ensidigt har til formål at ændre individuel livsstil, **har begrænset succes og potentiale** ¹⁵.

Som eneste strategi kræver det ofte en stor indsats, da flertallet af befolkningen fx skal rådgives, ligesom det kan være vanskeligt at rekruttere målgruppen til fx et rådgivningsforløb ^{16,17}.

Derudover er individuelle ændringer af livsstil vanskelige at gennemføre, hvis det omgivende samfund inviterer til at fortsætte som hidtil, og fordi livsstilvaner er formet af sociale normer, der kan gøre det svært for enkeltpersoner at fravige det, som omgangskredsen gør.

Fælles for de ovennævnte tilgange er altså, at de implicerer den enkeltes valg om deltagelse og adfærdsændring, hvilket blandt andet afhænger af den enkeltes motivation, vilje, ressourcer og overskud ^{18,19}. På den måde tillægges individet et ansvar i forhold til staten ²⁰.

Derudover identificerer tilgangen kun borgere, der allerede er i risiko, og søger dermed ikke at ændre bagvedliggende årsager ²¹. Individorienteret forebyggelse er således kun i mindre udstrækning med til at forhindre, at nye borgere ender i højrisikogruppen, og samtidig vil personer med høj socioøkonomisk status oftest være mere tilbøjelige til at tage imod sådanne individrettede tilbud.

Dette indikerer, at lige muligheder ikke nødvendigvis medfører resultatlighed ²², og der er risiko for, at forskellen i ulighed i sundhed øges samt at den sociale ulighed vil bestå generation efter generation ²³, fordi tilgangen netop ikke løser de strukturelle problemer, som er årsagen til borgernes sundhedsadfærd.

-
- ¹ Hede, A., & Andersen, J. (2006). *Er sundhed et personligt valg? - et debatoplæg om forebyggelse i Danmark*. Huset Mandag Morgen og TrygFonden. Huset Mandag Morgen og TrygFonden, 2006.
- ² Iversen, L, Kristensen, T. S., Holstein, B. E., Due, P. (2002). *Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- ³ Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology* © International Epidemiological Association, 14(1), 427–432. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- ⁴ Glümer, C., Hammer-Helmich, L., Buhelt, L. P., Andreasen, A. H., Robinson, K. M., Pisinger, C., Aadahl, M., Toft, U., & Jørgensen, T. (2010). *Sundhedsprofi 2010 – Forebyggelse*. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.
- ⁵ Christensen, C. B., Husby, I., Wistoft, K., Meillier, L., Aadahl, M., Jørgensen, T., & Toft, U. (2010). *Sund livsstil - hvad skaber forandring?* Udredningsopgave for Fødevareministeriet.
- ⁶ Sundhedsstyrelsen. (2005, June). Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (No. 1). Center for Forebyggelse. <https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>
- ⁷ Sundhedsstyrelsen. (2005, June). Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (No. 1). Center for Forebyggelse. <https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>
- ⁸ Glümer, C., Hammer-Helmich, L., Buhelt, L. P., Andreasen, A. H., Robinson, K. M., Pisinger, C., Aadahl, M., Toft, U., & Jørgensen, T. (2010). *Sundhedsprofi 2010 – Forebyggelse*. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.
- ⁹ Poulsen, J. (1996). Informationskampagner. *MedieKultur: Journal of Media and Communication Research*, 12(24), 15. <https://doi.org/dx.doi.org/10.7146/mediekultur.v12i24.1057>
- ¹⁰ Hvass, L. R., Manghezi, A., Folker, A. P. & Sandø, N. (2012). *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?* Sundhedsstyrelsen. København. <http://www.sst.dk/~media/DC5BEF198B6B4E6B8CE19131A9B25B7C.ashx>
- ¹¹ Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology* © International Epidemiological Association, 14(1), 427–432. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>

¹² Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave). Munksgaard. København.

¹³ Jensen, T. K., & Johnsen, T. J. (2001). Sundhedspædagogik og sund samtale. I: Jensen, T. K. & Johnsen, T. J. (Eds.), *Sundhedsfremme i teori og praksis* (2. udgave). Aarhus: Philosophia. S. 114–150.

¹⁴ Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave). Munksgaard. København.

¹⁵ Grønbæk, M., & Toft, U. (2021). Morten Grønbæk og Ulla Toft: Forebyggelse af overvægt er ikke kun den enkeltes ansvar. Sundhedsmonitor. Tilgået d. 7. juli 2022: <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art8151681/Forebyggelse-af-overv%C3%A6gt-er-ikke-kun-den-enkeltes-ansvar>

¹⁶ Jørgensen, T. (2009). *Monitorering af sundhed og forebyggelse - hvad kan man og hvor går udviklingen hen?* [Slides]. Sundhedsobservatoriet. <https://2009.e-sundhedsobservatoriet.dk/wp-content/uploads/sites/11/2018/05/JoergensenTorben.pdf>

¹⁷ Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave). Munksgaard. København.

¹⁸ Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology* © International Epidemiological Association, 14(1), 427–432. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>

¹⁹ Hede, A., & Andersen, J. (2006). *Er sundhed et personligt valg? - et debatoplæg om forebyggelse i Danmark*. Huset Mandag Morgen og TrygFonden. Copyright Huset Mandag Morgen og TrygFonden, 2006.

²⁰ Olsson, U. (2009). Sundhedsoplysning - frigørelse eller manipulation? I: Glasdam, S. (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1. udgave). Kbh.: Nyt Nordisk Forlag.

²¹ Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology* © International Epidemiological Association, 14(1), 427–432. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>

²² Vallgård, S. (2010). Sundhedspolitik. I: Vallgård, S. & Kransnik, A. (Eds.), *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* (2. udgave, pp. 39–55). København: Munksgaard Danmark.

²³ Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology* © International Epidemiological Association, 14(1), 427–432. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>