

Strukturel forebyggelse

I modsætning til individorienterede tiltag fungerer strukturelle tiltag *uafhængigt* af individers motivation, ressourcer og adfærd ¹. Indsatser på et strukturelt niveau indebærer et fokus på overordnede strukturelle sammenhænge, som har indflydelse på hele eller store dele af befolkningen eller den population, man arbejder med; derved påvirkes borgerens risiko for at påtage sig sygdom indirekte.

Det tilsigtes at skabe sundhedsfremmende rammer gennem **lovgivning, styring, reguleringer og tilgængelighed**, men det strukturelle niveau omfatter også organisation og ressourcefordeling, ligesom ændring af fysiske rammer og sociale normer er andre metoder til at skabe strukturel sundhedsfremme og forebyggelse ^{2,3}.

Strukturel forebyggelse er både rettet mod **livsstil og levevilkår**, og det antages, at sådanne forebyggelsesindsatser i modsætning til individorienterede strategier i højere grad formår at nå alle borgere, herunder personer med lav socioøkonomisk status ⁴.

En strukturel sundhedsfremmestrategi stiler mod at **gøre det nemmere for individet** at træffe sunde valg ⁵, og initiativet og ansvaret for at ændre livsstil og adfærdsmønstre er placeret hos det politisk/administrative system ⁶ såsom politikere, myndigheder og andre beslutningstagere på centralt eller lokalt niveau.

Eksempler fra erhvervsskoleområdet på strukturelle indsatser er blandt andet røgfri skoletid, undervisning med 'Walk & Talk', morgenmad som del af det faste skema, sund mad i kantinen og udenomsarealer, der stimulerer til bevægelse

Strukturel forebyggelse handler både om at **begrænse forekomsten af risikofaktorer** i borgernes omgivelser – fx ved at mindske tilgængeligheden af usunde madvarer – men også om at **styrke de ressourcer og faciliteter** ⁷, borgerne har til rådighed, samt at udvide udbud og kvalitet af sunde valgmuligheder.

Det er en strategi, hvor formålet er at **kontrollere de underliggende betingelser, omgivelser og omstændigheder** for sundhed, der ligger ud over et individuelt niveau og den enkeltes forandringsevne, og herved højne sundheden for hele befolkningen; uafhængigt om borgeren er i risiko eller ej ⁸. Eksempler på strukturel forebyggelse kan være aldersgrænser for køb af alkohol, lov om påbud af sikkerhedssele, bedre boligforhold, flere cykelstier og let adgang til koldt drikkevand.

Generelt har strukturel forebyggelse **stor effekt og stort folkesundhedsmæssigt potentiale**, ^{9,10}.

Især børn og unges adfærd er i høj grad påvirket af faktorer som
tilgængelighed, pris og fysiske rammer ¹¹

På grund af strukturelle indsatsers befolkningsorienterede udgangspunkt og ofte lovgivningsmæssige karakter har disse potentiale til at påvirke et stort antal personer med en minimal omkostning og kan derfor være **afgørende for den nationale forebyggelsesindsats**, ^{12,13}, hvilket fx tyder på at være tilfældet på rygeområdet med regulering og lovgivning i form af øgede afgifter og røgfri miljøer ¹⁴.

Et andet eksempel er skat på sukkersødede læskedrikke som en effektiv indsats til at fremme sundheden: i 2018 indførte man øget beskatning af sukkerholdige drikkevarer i England, som allerede efter et år reducerede landets sukkerindtag med 10 % ¹⁵, hvorimod man i 2014 fjernede afgiften på sodavand i Danmark, hvilket betød en stigning i salget på 27 % ¹⁶.

Det er gentagne gange vist, at strukturelle indsatser oftest har størst effekt på sundhedsadfærden blandt mere **socialt og økonomisk belastede borgere** og dermed potentielt er med til at fremme social lighed i sundhed ¹⁷. Derved er der dog også et **etisk dilemma**, da fx afgifter på mad og drikkevarer netop vil ramme de dårligst stillede økonomisk hårdere, såfremt de ikke ændrer adfærd ¹⁸ - dette kan ses som en **utilsigtet konsekvens** ved strukturel forebyggelse, ligesom strukturelle ændringer ikke nødvendigvis eliminerer ressourceforskelle i sociale grupper ¹⁹.

Andre svagheder ved strukturelle tiltag er derudover, at sådanne indsatser kan være af radikal karakter og møde modstand blandt befolkningen, og de kan tage lang tid at gennemføre.

- ¹ Mechanic, D. (2007). Population health: Challenges for science and society. *Milbank Quarterly*, 83(5), 533–559. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-34548134155&partnerID=40&md5=6f69ddfd588f47e274c8c313acce84b0>
- ² 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.
- ³ Sundhedsstyrelsen. (2005, June). Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (No. 1). Center for Forebyggelse. <https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>
- ⁴ Langkilde, S. F., & Holt, D. H. (2017). *Strukturel forebyggelse af hjertesygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. København. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2018/strukturel_forebyggelse_af_hjertesygdomme.
- ⁵ Sundhedsstyrelsen. (2005, June). Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (No. 1). Center for Forebyggelse. <https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>
- ⁶ 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>
- ⁷ Sundhedsstyrelsen. (2005, June). Terminologi - forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (No. 1). Center for Forebyggelse. <https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>
- ⁸ Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave). Munksgaard. København.
- ⁹ Stuart, H. (2011). *KOMMENTAR: Sundhed kræver strukturelle tiltag*. Folkeskolen. Tilgået d. 7. juli, 2022: <https://www.folkeskolen.dk/kommentar-sundhed-kraever-strukturelle-tiltag/681272>
- ¹⁰ Danske Regioner. (2017). *Sundhed for livet - forebyggelse er en nødvendig investering*. <https://www.regioner.dk/media/4709/sundhed-for-livet-forebyggelse-er-en-noedvendig-investering.pdf>

-
- ¹¹ Vestbo, J., Pisinger, C., Bast, L. S., & Gyrd-Hansen, D. (2018). *Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker?* København: Vidensråd for Forebyggelse, 2018:1-124
<https://www.ft.dk/samling/20171/almindel/suu/spm/983/svar/1497206/1909671.pdf>
- ¹² Erin K. Knight, Gregory D. Benjamin & Danilo Yanich (2016): Framing social determinants of health within the professional public health community: research translation and implications for policy change, *Journal of Applied Communication Research*, DOI: 0.1080/00909882.2016.1192291
- ¹³ Ottersen, O. P., Dasgupta, J., Blouin, C., Buss, P., Chongsuvivatwong, V., Frenk, J., Scheel, I. B. (2014). The political origins of health inequity: Prospects for change. *The Lancet*, 383(9917), 630–667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)
- ¹⁴ Grønbæk, M. (2017). *Forebyggelsesråd: Glem ikke strukturel forebyggelse i kræftbekæmpelsen*. Altinget, Sundhed. Tilgået d. 7. juli, 2022:
<https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/forebyggelsesraad-glem-ikke-strukturel-forebyggelse-i-kræftbekaempelsen>
- ¹⁵ Pell, D., Mytton, O., Penney, T. L., Briggs, A., Cummins, S., Penn-Jones, C. et al. (2021). Changes in soft drinks purchased by British households associated with the UK soft drinks industry levy: controlled interrupted time series analysis. *BMJ*; 372 :n254 doi:10.1136/bmj.n254
- ¹⁶ 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>
- ¹⁷ McLaren, L., McIntyre, L., & Kirkpatrick, S. (2010). Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *International Journal of Epidemiology*, 39(2), 372–377.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyp315>
- ¹⁸ Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse* (1. udgave). Munksgaard. København.
- ¹⁹ Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216–221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>