

Sundhedsfremme i den danske svangreomsorg

Baggrundspapir

Maj 2021



Arbejdsgruppe og forfattere:

Ida Dayyani (tovholder), jordemoder, cand.scient.san, adjunkt ved jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen UCN

Joan Hansen, jordemoder, cand.san. i jordemodervidenskab, jordemoder og forskningsassistent ved Herning sygehus

Hlin Mogensdottir, jordemoder, cand.mag. i Psykologi & Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier, Vicechefjordemoder ved Rigshospitalet

Sara Monique Harmonis, jordemoder ved Nordsjællands Hospital Hillerød

Eva Reiter, cand.scient. ph.d.

Eksterne reviewere:

Nynne Ek Sindberg, jordemoder, cand.san. Master i Voksenuddannelse og kompetenceudvikling, lektor ved jordemoderuddannelsen, Københavns professionshøjskole

Vibeke Jenny Koushede, jordemoder, MPH, ph.d., professor, institutleder ved institut for psykologi, Københavns universitet

Indledning

Dansk Jordemoderfagligt Selskab ønsker med dette dokument at belyse sundhedsfremme som begreb i sundhedsvæsenet og i relation til jordemødres virke.

Dokumentets mål er at give et overblik over forskellige definitioner af sundhedsfremme samt bagvedliggende forståelser og mulige politiske styrings- og bestræbelser. Sundhedsfremme vil blive belyst i relation til det jordemoderfaglige arbejde - både idealer og udfordringer.

Når der i dokumentet henvises til gravide kvinder, er kvindens eventuelle partner/familie medtænkt.

Begreberne sundhedsfremme og forebyggelse

Begrebet sundhedsfremme defineres ikke entydigt i litteraturen. Begrebet beskrives her både særskilt og i relation til forebyggelse.

Historisk og internationalt blev sundhedsfremmebegrebet (Health promotion) udledt af et ændret perspektiv i folkesundheden. I Ottawa Chartret (1) beskrives, hvordan man gik fra et fokus på risikofaktorer og forebyggelse af sygdomme til et mere holistisk fokus på, hvordan sundhed kan fremmes. Sundhedsfremme blev her defineret som *"Den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand"* (1, 2), hvilket sidenhen blev WHO's definition på sundhedsfremme. I Ottawa Chartret stod desuden, *"sundhedsfremme er ikke kun sundhedsvæsenets ansvar, men et begreb, der går længere end sunde levevaner i retning af velvære"*, da sundhed betragtes som grundlaget for det daglige liv og ikke som livets formål (1, 2). Definitionen lægger op til, at sundhedsfremme er alsidig og tager udgangspunkt i det enkelte individ. I den internationale litteratur er sundhedsfremme ofte betragtet som en overordnet definition, hvor en forebyggende tilgang kan være én af flere til at fremme sundhed (3-5). Piper (4) har udviklet en model, der operationaliserer jordemødres sundhedsfremmende virke, både i individuelle kontakter samt på gruppe- og samfundsniveau. Her illustreres, at jordemødres sundhedsfremmende arbejde er forankret både i deres objektive viden samt i kvindernes specifikke subjektive viden, og at sundhedsfremme bliver mest vedkommende og kvindecentreret når der tages udgangspunkt i kvindernes subjektive viden. I denne model ligger forebyggelsestilgangen som en vej til sundhedsfremme, men dog som den mindst patient- og kvindecentrerede tilgang.

I dokumenter fra den danske Sundhedsstyrelse fremgår det ikke tydeligt, hvordan begreberne sundhedsfremme og forebyggelse interagerer med hinanden (6, 7). Ser

man begreberne som hinandens modsætninger, anses salutogenese^a som bagvedliggende for sundhedsfremme og patogenese som bagvedliggende for forebyggelse (6, 8). Dog kan begreberne ses sideordnede, da forskellige indsatser til at opnå sundhed er nødvendige (6, 9). Det skal pointeres, at de officielle begrebsdefinitioner ikke er revideret siden 2005 (10). Undersøgelser viser, at sundhedsprofessionelle kan have svært ved at skille sundhedsfremme og forebyggelse i praksis, og det kan derfor aflede forvirring, når begreberne ikke opfattes under samme pædagogiske paradigme (11, 12).

Jordemødres arbejde med sundhedsfremme i det danske sundhedsvæsen – Vilkår og styringsmekanismer

Jordemødre er underlagt Sundhedsloven, som bl.a. har til hensigt at understøtte befolkningens sundhed og at afværge eller behandle sygdom (13). I følge Anbefalinger for svangreomsorgen (7), skal jordemoderens indsatser omhandle sundhedsfremme, forebyggelse og risikosporing, og de skal differentieres og tilpasses kvindens individuelle behov. Det angives, at denne differentiering ligger i forlængelse af den forståelse, at kvinden er et socialt væsen med individuelle livsvilkår, og det er væsentligt at inddrage disse i de forskellige indsatser (7). Tillige lægges vægt på, at en jordemoder skal informere, rådgive og vejlede den gravide kvinde således, at hun kan træffe sine egne valg i forhold til sundhed på et kvalificeret grundlag (7). Den doxa^b som kan udledes af Sundhedsstyrelsens anbefalinger er, at en jordemoder skal kunne balancere mellem at informere og vejlede ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og samtidig tage udgangspunkt i den enkelte gravide kvindes forståelse af sundhed, ønsker, behov og øvrige livsvilkår. Denne balance kan fremstå paradoksalt og kan anskues som et vilkår, der ikke umiddelbart kan løses, men som kræver den professionelles opmærksomhed. Governmentality-begrebet af M. Foucault¹, har inspireret flere (14) og beskæftiger sig med de generelle måder, hvorpå der foretages politisk styring i vestlige samfund. Governmentality-begrebet (14) betegner de særlige mentaliteter, kundskaber og regimer, der har udviklet sig omkring styring og administration, og kan på den måde fremstå som forståelses- og forklaringsmodel til ovenstående paradoks og dermed også til det sundhedsfremmende arbejde. Foucault tydeliggør en sondring mellem økonomi og videnskab på den ene side og det enkelte menneskes unikke situation på den anden side. Ifølge Foucault (14) er individer frie og autonome, men beskriver samtidig, at liberalismen indeholder styring, som beskrives

¹ Michel Foucault (1926-1984), fransk filosof og idéhistoriker (14).

som en teknologi. Styring må udformes, så individers hverdagsliv og vilkår understøttes, samtidig med at individer må oplæres, dannes og tilrettevises. Den liberalistiske tankegang kan ifølge Foucault anskues som en særlig måde at reflektere på, hvor man som repræsentant for et styrende system hele tiden bør reflektere over ikke at styre for meget (14). Dette perspektiv er interessant og vigtigt for jordemødre, som er under pres for at levere et arbejde, der skal dokumenteres, og som via elektroniske patientjournaler, formelle retningslinjer og anbefalinger bliver standardiseret. På den måde tydeliggør teorien, hvordan jordemødrenes faglighed kan blive fanget i en kamp mellem hensynet til økonomi og videnskab på den ene side og til de gravide kvinders autonomi på den anden side. Kunsten er derfor at kunne differentiere sundhedsfremmende indsatser indenfor de fastsatte rammer, så kvinden tilbydes en indsats, som specificeres den enkelte og dermed sikrer, at sundhedsfaglige dialoger tager udgangspunkt i kvindens præferencer og livsvilkår. Differentierede tilgange kan yderligere bidrage til at mindske ulighed i sundhed, som anses for et væsentligt problem i Danmark (15), og som har negative konsekvenser for menneskers helbred (16), også indenfor svangreomsorgen (17)

I forhold til inddragelse af den enkelte kvindes særlige situation og forståelse af sundhed, kan differentieringen af sundhedsfremmende indsatser ydermere blive udfordret. Med perspektiver på forholdet mellem krop, sprog, medicin og kultur beskriver Illich^c (18) hvad der sker, når lægevidenskabens tyngdekraft overtager den endelige udsagns-ret og kontrol over kroppen, sygdommen, døden og smerten. Jordemødre baserer netop deres praksis på, hvad man inden for lægevidenskaben, fagprofessionen og på de enkelte fødeafdelinger anser for at være bedst. Jordemoderen bliver således repræsentant for en systemisk doxa og en særlig sundhedsdiskurs. Kvindernes individuelle karakteristika og specifikke livssituationer kan forsvinde ind i sundhedsvæsenets kategoriseringer, fx når der vejledes om livsstil og amning. Jordemoderen ønsker dybest set at hjælpe og bidrage til, at kvinden og det nyfødte barn får det sundest mulige liv, men jordemoderens magt til at praktisere sundhedsfremme kan blive svær at opponere mod for de gravide kvinder, der fx ikke passer ind i en bestemt kategori. Foucault indkapsler dette magtforhold med begrebet eufemiseret magt, som er en magt der kalder sig noget andet, fx støtte eller hjælp og som fremstår som repræsentant for "den rigtige viden" (19). De sundhedsfremmende indsatser fremstår umiddelbart som legitime og båret af intentioner om at understøtte den gravide kvinde ud fra fagets evidente materiale og de bedste hensigter. Gravide kvinder i fx jordemoderkonsultation kan have alternative opfattelser af sundhed og

derved opleve, at deres autonomi ikke respekteres. Det kan antages, at nogle kvinder vil modtage jordemødres hjælp og støtte positivt og formå at bruge den konstruktivt, mens andre vil opleve den som intimiderende og bøje sig for magten, måske i form af en overfladisk stiltiende accept (tokenism^d). Andre igen vil måske finde individuelle alternative strategier for at navigere i jordemoder-institutionsforholdet (20). Begrebet jordemoder-institutionsforhold fokuserer på, at jordemødres travlhed og de krav, der er til dem, om at få gravide kvinder igennem et systembestemt koncept, kan medføre en unødvendig bekymring og nervøsitet hos kvinderne. Desuden kan der være et skisma i forholdet mellem det der anses som normalt og det der anses som patologisk; nuanceret på den måde, at jordemødre skal screene og opspore risici, men at de også har en forpligtelse til at understøtte normalitet og at risikoen for mulige komplikationer ikke kommer til at dominere graviditet, fødsel og barselsperiode (21, 22). På den måde kan det positive sundhedsperspektiv, der understøttes af teorien om salutogenese, være en tilgang til at udfordre en risikoorienteret svangreomsorg (22, 23).

Den systemiske doxa og den særlige sundhedsdiskurs kan udfoldes via perspektiver fra rapporten "Evidens i forebyggelsen" (23), der argumenterer for en kritisk tilgang til vidensgrundlaget og anvendelsen af evidensbegrebet ved sundhedsfremmende indsatser. Det angives, at det er nødvendigt at supplere den epidemiologiske viden i relation til sundhedsfremme og forebyggelse, med viden fra fx sociologi, psykologi, kommunikation og økonomi (23). Evidensbaseret praksis er ideelt set en kombination af forskningens resultater, patientens situation, den professionelles viden og færdigheder og de givne rammer og ressourcer (24).

Sundhedspædagogik i relation til sundhedsfremme

Sundhedspædagogik bør indtænkes i relation til både sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (9, 11). Anbefalinger for svangreomsorgen (7) giver kun anvisninger om sundhedspædagogiske metoder på et overordnet plan, mens mere konkrete sundhedspædagogiske metoder som, *"at fremme sundhed gennem udvikling af handlekompetence"* (7) kun beskrives kort. Jordemødres konkrete sundhedspædagogiske metoder bliver således et anliggende for jordemoderuddannelserne og den enkelte fødeafdeling og deres jordemødre at tage stilling til. Forskning dokumenterer imidlertid, at jordemødre kan have kommunikative udfordringer og agere top-styret i deres information og vejledning (12, 25), at den kvindecentrerede tilgang i sundhedsfremme er udfordret (26). Videre mangler

jordemødre kontinuitet med kvinderne og en fælles kurs i forhold til sundhedspædagogiske overvejelser (27). Der kan derfor være behov for, at kvalitetsudvikling af den sundhedspædagogiske og sundhedsfremmende tilgang i svangreomsorgen er en fælles indsats på tværs af sektorer, som kræver politisk opbakning.

Faglitteraturen bidrager med forskellige sundhedspædagogiske begreber og metoder, som kan anvendes til at facilitere sundhed (11). De sundhedspædagogiske kernebegreber; *Det positive og brede sundhedsbegreb, Handlekompetence og handling, Deltagelse, Viden og Setting* (11) og sundhedsfremmemodellen *Det Dobbelt KRAM^e* (28) er teorier, som understøtter et holistisk og deltagerorienteret perspektiv på sundhedsfremme. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at metoder som *Den motiverende samtale^f*, og begreber/koncepter som *Empowerment^g, Self-efficacy^h* og *sundhedskompetence/Health literacyⁱ*, er centrale aspekter, der medtænkes i sundhedsfremmende indsatser (6). Samlet set har de sundhedspædagogiske perspektiver til formål at facilitere den enkeltes motivation, handleevne samt kontrol og ejerskab over beslutninger, der påvirker livsvilkår og sundhed (6, 11).

Kritiske røster påpeger, at handlekraftige og motiverede borgere profiterer bedst af ovennævnte pædagogiske metoder, mens de, som har andre forståelser af sundhed eller ikke har de nødvendige ressourcer til at modtage og omsætte de sundhedsfremmende budskaber, gør det i mindre grad eller slet ikke (19). Desuden har individer med få ressourcer større risiko for social udstødning, og de forøgede krav til individet om selvstyring og ansvar kan være med til at forstærke denne risiko (19). Sådanne perspektiver tydeliggør, at jordemødre har en position, hvor de potentielt kan medvirke til marginalisering af kvinder, hvilket understreger vigtigheden af sundhedspædagogiske overvejelser.

Flere har bidraget med sundhedspædagogiske metoder, som forsøger at tage højde for de særlige udfordringer, der er i forhold til sundhedsfremme (11, 21). Alligevel dokumenteres det, at der fortsat er et stort behov for kompetenceudvikling, udvikling og afprøvning af nye indsatser og modeller, samt at det er vanskeligt at svare entydigt på, hvordan man skal tilrettelægge en effektiv sundhedsfremmende indsats (23, 29-31). Jordemødre bør have muligheder for at udvikle deres kommunikative og sundhedspædagogiske færdigheder og kompetencer. Ligeledes er der behov for et særligt fokus på de forskellige vilkår, som kvinder og familier kommer med. Der bør tages højde for, at de organisatoriske rammer understøtter sundhedspædagogik, og

at de sundhedsfremmende tilgange tilpasses de enkelte kvinder med det fokus, at uligheden i familier mindskes frem for at øges.

Sundhedsfremme fremadrettet i svangreomsorgen

- Begreberne sundhedsfremme og forebyggelse kan med fordel anses som sideordnede begreber, hvor der er opmærksomhed på, at den foretrukne tilgang er dialogbaseret og kvindecentreret samt defineret af, hvad kvinden ønsker at have i fokus. Den mindst kvindecentrerede tilgang vil være en objektiv præsentation af evidens og risikofaktorer uden at inddrage kvindens perspektiver, og der bør reflekteres over, hvornår og hvorfor denne tilgang eventuelt vælges.
- På et overordnet plan bør policy-dokumenter, som fx Anbefalinger for svangreomsorgen bidrage med mere konkrete anvisninger i forhold til sundhedspædagogiske metoder og i langt højere grad medinddrage aspekter som sundhedskompetence og ulighed i sundhed. Desuden bør sådanne dokumenter tage stilling til de særlige vilkår, dominerende styringsmekanismer kan lægge an til.
- På lokalt plan kan det salutogenetiske perspektiv indtænkes i tilrettelæggelsen af jordemødres arbejdsgange, fx i lokale retningslinjer og vejledninger samt i arbejdet med at dokumentere praksis. I det konkrete møde mellem jordemoder og kvinde vil sundhedspædagogisk kompetenceudvikling af jordemødre bidrage til, at jordemødre i højere grad kan differentiere sundhedsfremmende indsatser, som støtter den enkelte gravide kvinde i at træffe individuelle og vedkommende valg. Kultur er noget vi har og skaber i fællesskab, og som derfor er i bevægelse (32), og perspektiverne i dokumentet argumenterer for, at interessenter kan diskutere sundhedsfremme i svangreomsorgen på nye måder. Videre kan perspektiverne danne basis for akademisk og faglig udvikling, som i sidste ende kan komme gravide kvinder og deres familier til gavn gennem en kulturel ændring af svangreomsorgen.

Litteraturliste

1. World Health Organization. Health promotion. [Internet]: WHO; 2021 [cited 2021 08.04.]; Available from: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1.
2. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. Am J Public Health [Internet]. 2003;93(3):383-8. doi:10.2105/ajph.93.3.383 [doi].
3. Scriven A. Promoting health: a practical guide. 6. edition ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2010. xiii, 251 s. p.
4. Piper S. Health promotion: a practice framework for midwives. BR J MIDWIFERY [Internet]. 2005;13(5):284-8. Available from: <http://ez-sc.v.statsbiblioteket.dk:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106516621&site=eds-live>. doi:10.12968/bjom.2005.13.5.18089.
5. Bowden J, Manning V. Health promotion in midwifery: principles and practice. CRC Press, Taylor & Francis Group: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2017. xi, 259 p., Figures p.
6. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2005 Maj [cited 2021 08.04.]; Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2005/-/media/Udgivelser/2005/Publ2005/CFF/termpjece/Termpjece3jun05,-d-,pdf.ashx>.
7. Sundhedsstyrelsen, Brot et al. Anbefalinger for Svangreomsorgen. [Kbh.]: Sundhedsstyrelsen; 2013. 8-231 p.
8. Vallgård S. Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund [Internet]. 2005(3): S. 15-31.
9. Jensen BB. Sundhedsfremme og forebyggelse. In: Grit Niklasson, editor. Sundhed, menneske og samfund - i sundhedsarbejde. 2.th ed. Danmark: Samfundslitteratur; 2020. p. 323 sider, illustreret.
10. Offentlige sundhedsdata. [Internet]: Sundhedsdatastyrelsen; [cited 2021 03.03.]; Available from: <https://www.esundhed.dk/>.
11. Jensen BB. Kernebegreber i sundhedspædagogik (kap. 10) i: Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard; 2016. 478 sider, illustreret p.
12. Dayyani I, Lou S, Jepsen I. Midwives' provision of health promotion in antenatal care: A qualitative explorative study. Women Birth [Internet]. 2021. doi:S1871-5192(21)00010-X [pii].
13. Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr 903 af 26/08/2019. Sundheds- og Ældreministeriet.
14. Dean M. Governmentality: Magt og styring i det moderne samfund. Frederiksberg: Sociologi; 2006. 344 sider p.
15. Social ulighed i sundhed og sygdom. [Internet]. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (SDU): Sundhedsstyrelsen; Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017; 2020 [cited 2021 Jan 29]; Available from: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengelig.ashx>.

16. Wilkinson R, Pickett K. Lighed: hvorfor alle klarer sig bedre i mere lige samfund. Information: Information; 2011. 399 sider, illustreret p.
17. Reiter E. Forebyggelse af for tidlig fødsel: hvad gør vi, hvad kan vi gøre? ph.d. afhandling. Roskilde, Horsens: Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring, Roskilde Universitet; Kvindeafdelingen og Forskningsenheden, Horsens Sygehus; 2013. 356 sider p.
18. Illich I. Grænser for lægevidenskaben: lægevæsenets nemesis: Undergravningen af sundheden. Kbh.: Gyldendal; 1977. 266 sider p.
19. Järvinen M, Larsen JE, Mortensen N. Det magtfulde møde mellem system og klient. Kbh.: Nota; 2018.
20. Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019;26(7-8):2147-57. doi:10.1177/0969733018819119 [doi].
21. Browne J, O'Brien M, Taylor J, Bowman R, Davis D. 'You've got it within you': the political act of keeping a wellness focus in the antenatal time. *Midwifery* [Internet]. 2014;30(4):420-6. doi:10.1016/j.midw.2013.04.003 [doi].
22. Lindstrøm B, Berg M, Magistretti CM, et al. The salutogenetic approach to maternity care: from theory to practice and research. In: Church S et al., editor. *New thinking on improving maternity care: international perspectives*. 1.th ed. London: Pinter & Martin Ltd.; 2017. p. 216 s.
23. Skovgaard T, Aro AR, Nielsen M. Evidens i forebyggelsen. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2007. 24 sider p.
24. Lund Hmf. Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til evidensbaseret praksis. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard; 2014. 252 sider p.
25. Wright D, Pincombe J, McKellar L. Exploring routine hospital antenatal care consultations - An ethnographic study. *Women Birth* [Internet]. 2018;31(3):e162-9. doi:S1871-5192(16)30224-4 [pii].
26. Hunter A, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017;17(1):322-3. doi:10.1186/s12884-017-1521-3 [doi].
27. McLellan JM, O'Carroll RE, Cheyne H, Dombrowski SU. Investigating midwives' barriers and facilitators to multiple health promotion practice behaviours: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Implement Sci* [Internet]. 2019;14(1):64-3. doi:10.1186/s13012-019-0913-3 [doi].
28. Thybo P. Det dobbelte KRAM: et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. Hans Reitzel: Hans Reitzel; 2016. 215 sider, illustreret p.
29. Lucas C, Charlton KE, Yeatman H. Nutrition advice during pregnancy: do women receive it and can health professionals provide it? *Matern Child Health J* [Internet]. 2014;18(10):2465-78. doi:10.1007/s10995-014-1485-0 [doi].
30. Whitaker KM, Wilcox S, Liu J, Blair SN, Pate RR. Patient and Provider Perceptions of Weight Gain, Physical Activity, and Nutrition Counseling during Pregnancy: A Qualitative Study. *Womens Health Issues* [Internet]. 2016;26(1):116-22. doi:10.1016/j.whi.2015.10.007 [doi].

31. Ocloo J, Matthews R. From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016;25(8):626-32. doi:10.1136/bmjqs-2015-004839 [doi].
32. Hastrup K. *Kultur: det fleksible fællesskab*. Århus: Aarhus Universitetsforlag; 2004. 204 sider
33. Antonovsky A. *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzel: Hans Reitzel; 2000. 231 sider p.
34. Antonovsky A. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* [Internet]. 1996;11((1)):11-8.
35. Fremmedord.dk. [Internet]. [cited 2021 29.04.]; Available from: <https://fremmedord.dk/Doxa.html>.
36. Miller WR, Rollnick S. *Den motiverende samtale: støtte til forandring*. Hans Reitzel: Hans Reitzel; 2014. 555 sider p.
37. Creer TL, Wigal JK. *Self-efficacy*. United States: AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS; 1993.
38. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis – Health Literacy – Theory, Research and Practice. *Klinisk sygepleje* [Internet]. 2016;43(01):3-16.
39. Yee LM, Niznik CM, Simon MA. Examining the Role of Health Literacy in Optimizing the Care of Pregnant Women with Diabetes. *Am J Perinatol* [Internet]. 2016;33(13):1242-9. doi:10.1055/s-0036-1584540 [doi].

Bilag 1 – Korte uddybninger af teori og teoretiske begreber

- a. Oplevelsen af sammenhæng/Sense of Coherence er ifølge Antonovsky (33) en global indstilling, der udtrykker i hvilken udstrækning en person har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af og tillid til, at de stimuli der kommer fra det indre og ydre miljø virker fornuftige og forudsigelige. At de belastninger, man møder i livet, virker overkommelige i forhold til de ressourcer, man har, samt at man oplever, at de krav og udfordringer livet byder på er meningsfulde. Den salutogenetiske framing, er udviklet på denne baggrund (22, 34), og har fokus på hvad der gør mennesker raske.
- b. *Doxa* er et begreb, der handler om det, der umiddelbart er indlysende, og kan være både sand og falsk viden i modsætning til sikker evidensbaseret viden i et bestemt felt (35). *Doxa* er et af Bourdieus kernebegreber (19) og omhandler her, hvordan en professions opfattelser kan virke selvindlysende og naturlige for dem, der praktiserer i feltet, og hvor man ikke forholder sig til, om det kunne være anderledes. Det er regler som reproduceres, og som anerkendes af feltets individer.
- c. Ivan Illich (1926-2002), filosof og kritiker af den moderne vestlige kulturs institutioner, beskriver, hvordan sundhedsvæsenet er blevet en trussel for menneskets sundhed. Underbegreberne: *Klinisk-, social- og kulturel iatrogenese* anvendes i teorien. *Klinisk iatrogenese* bygger på en overbevisning om, at den lægelige behandling er effektiv. *Social iatrogenese* er en samfundsøkonomisk struktur, der har til mål at gøre borgere afhængige af sundhedsvæsenets orden. På et samfundsmæssigt plan overtager lægevæsenet ansvaret for borgernes sundhed, så borgere fratages egen frihed og evnen til at tage vare på sig selv. *Kulturel iatrogenese* er, når folket som helhed accepterer en styring af deres sundhed i forsøget på at producere det, sundhedsvæsenet beskriver som en fælles bedre sundhed (18) .
- d. *Tokenism* er et begreb, der beskriver, hvordan et individ handler eller kommunikerer på en bestemt måde, kun for at vise, at vedkommende følger de regler eller gør det, som der forventes af vedkommende og ikke fordi han/hun virkelig tror på, at det er det rigtige at gøre (31).

- e. *Det Dobbelte KRAM* tager afsæt i Den Salutogentiske Grundmodel og består af; det fysiske helbreds-KRAM, samt det mentale sundheds-KRAM, der knytter sig til sundhedsfremmende indsatser med fokus på mental sundhedsfremme, hvor formålet er at skabe psykisk robusthed og modstandskraft. Hermed tilføjer Det Dobbelte KRAM et udvidet perspektiv på det fysiske helbreds-KRAM, som knytter sig til en biomedicinsk tilgang (28).

- f. *"Den motiverende samtale"* er en samarbejdsbaseret, målrettet kommunikationsstil med særlig opmærksomhed på forandringsudsagn. Den sigter mod at styrke personlig motivation for og den selvvalgte forpligtelse til et bestemt mål ved at afdække og udforske personens egne grunde til forandring i en atmosfære af accept og medfølelse" (36).

- g. *Empowerment* er et sundhedsfremmeelement, der har til formål at bibringe patienter og andre borgere handleevne samt kontrol og ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed (6).

- h. *Self-efficacy* begrebet refererer til en persons tiltro til egne evner ift. at kunne gennemføre handlinger eller en bestemt adfærd, som er påkrævet i en bestemt situation. Personens egen opfattelse af egne handleevner samt forventninger til at ville have succes med en handling er vigtige faktorer ved vejledningen af en persons adfærd (37), som fx kunne være livsstilsadfærd.

- i. *Sundhedskompetence* er det danske begreb for *Health literacy*. Sundhedskompetence handler om at være i stand til at bedømme, sortere og bruge information og anses i de nyere definitioner for at være afgørende for at opnå magt og kontrol over egen situation. Sundhedskompetence kan være en af de bagvedliggende determinanter for ulighed i sundhed (38). Gravide kvinders/pars forskellige niveauer af sundhedskompetence vil have betydning for, i hvilken grad den enkelte kvinde/familie kan finde, forstå, vurdere og anvende information og vejledning om sundhed. Forskellige værktøjer som metoden *teach back* er udviklet mhp., at sundhedsprofessionelle kan sikre sig, at information og vejledning tager udgangspunkt i den enkeltes niveau af sundhedskompetence (38, 39)