

---

# SUNDHEDSVÆSENETS KONSTRUKTION

---

- Analyse af etnisk ulighed i sundhed

KULTUR- OG SPROGMØDESTUDIE PROJEKT  
FORÅR 2022

PROJEKTVEJLEDER: JOSHUA SABIH

Khadija Bibi Younas – studie.nr: 64863

Antal anslag: 50.561

## Abstract

The purpose of this paper is to address the discourse created about ethnic minorities during the ongoing covid-19 pandemic in the public health care system, which continues to be constructed by the government, politicians and the media. The states effort to contain the infection rates only exacerbated the stigmatisation and discrimination which ethnic minorites faced, this can be traced back to colonial practices and the creation of colonial medicine, these bias have become systemic and hinder the development of a equitable public health care system. To analyze the discourse the empirical data consists of written documentation, which according to Lynggaard may be all written documents, including secondary material even though their intended audience isn't the public.

This discourse will primarily be analyzed with a social constructivist approach as defined by Wenneberg, which allows for a critical investigation of the different aspects that influence citizens' lives and how their agency is affected within a governmental system. This approach is supported by Pedersens emphasis on the researcher's role in constructing knowledge, which allows for a critical approach to the underlying reasoning for the construct. The theoretical framework utilizes colonial medicine to address why ethnic minorities experience systemic disparity, through the lack of understanding which is simplified and portrayed as contingent on personal behavior. To critically investigate how this image of ethnic minorities is constructed in the discourse, the theoretical framework social determinants allows for an investigation of personal to larger socio-economic systems, which affect the individual's life which the state overlooks in favor of cultural reasoning.

This creates a clear pattern of discrimination in the discourse and treatment which has survived from its colonial past, effectively the state is only capable of offering a public solution designed for its majority population which overlooks the needs of its minority citizens.

## Indhold

Abstract .....	1
Problemfelt.....	3
Problemformulering .....	4
Arbejdsspørgsmål.....	4
Afgrænsning.....	4
Videnskabsteoretiske- og metodiske tilgang.....	5
Social konstruktivisme.....	5
Analysestrategi.....	5
Dokumentanalyse.....	7
Diskursanalyse .....	9
Teori.....	10
Kolonialmedicin.....	10
Sociale determinanter.....	12
Analyse.....	16
<b>Etnisk ulighed i sundhed og sociale determinanter bestemmelse af sundhed .....</b>	16
<b>Etniske minoriteter i sundhedsvæsenet – sundhed gennem kultur, etnicitet og værdier.....</b>	18
Konklusion .....	23
Litteraturliste .....	24

## Problemfelt

I 2020 oplevede Danmark starten af en pandemi, COVID-19, dette medvirkede til igen at sætte fokus på etnisk ulighed i sundhed. Dette fokus var både på hvordan sundhedsvæsenet ikke er indrettet til minoriteter og hvordan etniske minoriteter italesat af politikerne og i medierne (Jervelund, 2020). Den offentlige diskurs blev kendtegnet af stigmatisering og diskrimination af etniske minoriteter hvilket medførte til et fokus på etnisk ulighed i sundhed. Organisationen 'det danske selskab for folkesundhed' valgte at sætte mere fokus på minoritetens sundhed i år 2020, hvor de har udarbejdet otte anbefalinger 'God praksis i folkesundhed' (GPS) i samarbejde med 'Dansk Health Literacy' og andre eksperter og aktører (Aaby, 2020).

Der er nogle dominerende diskurser om etniske minoriteter og deres sundhed, det følgende citat giver indblik i: *"They are also exposed to disparaging societal discourses about migrants which might undermine healthcare institutions' ambitions of equitable health care."* (Debesay J, Kartzow AH, Fougner M., 2022:1).

Der er en hegemonisk tilgang, hvor sundhedsvæsenet er opleves følgende: *"De danske velfærdsinstitutioner fungerer hovedsageligt med henblik på at betjene borgere med en relativ ensartet kulturel baggrund"* (MESU, 2016).

Min undren og interesse ligger i hvorfor det danske sundhedsvæsens forståelse af etnicitet kan påvirke behandling og imødekommenlse af minoriteterne, der kan underminere faktorer som sociale determinanter, socioøkonomiske vilkår og kendskab til sundhedsvæsenets rolle.

Handler etnisk ulighed i sundhed om de sproglige- og kulturellebarrierer, eller er det nogle bagvedliggende og implicite indikatorer der kan være med til at skabe etnisk ulighed i sundhed.

Hvilken rolle har sundhedsvæsenet og dens strukturel opbygning af danske sundhedsvæsen, der kunne give større forståelse af etnisk ulighed ved at undersøge dette. Kan der være en kolonialmedicinsk tilgang ift. sundhedsvæsenet at der er en anden form for sygdom og helbreds aspekter vi taler om når det kommer til minoriteter.

Og hvordan den dikotomiske tilgang bliver mere tydelig og anvendt når det kommer til etniske minoritetens sundhed, derved undgår man de andre faktorer der bliver nævnt når majoritetsbefolkningen bliver nævnt såsom fællesskaber, socioøkonomiske faktorer og sociale determinanter for den enkelte borger sundhedsvilkår.

## Problemformulering

*Hvad er det, der konstruerer etnisk ulighed i sundhed i Danmark og hvilken rolle har postkolonialmedicin på den voksende etnisk ulighed i sundhed og udvikling af sundhedsvesenet?*

## Arbejdsspørgsmål

Mine arbejdsspørgsmål vil udfolde de analytiske arbejdsspørgsmål til min analyseafsnit.

Jeg vil undersøge og forske i problemfeltet ift. etnisk ulighed i sundhed og hvilken betydning de sociale determinanter har for sundhed, er mine følgende arbejdsspørgsmål:

- Hvorfor er der etnisk ulighed i sundhed og hvordan påvirker de sociale determinanter på sundhedsrammer.
- Hvordan indgår etniske minoriteter i sundhedsvesenet og hvordan betragtes sundhed gennem kultur, etnicitet og værdier i sundhedsvesenet.

## Afgrænsning

I dette projekt vil jeg udgangspunkt i epistemologisk social konstruktivisme og min metodisk tilgang består af dokument- og diskursanalyse. Denne tilgang giver mig mulighed for at anvende dokumenter som min primært empirisk data og arbejde diskurser om etnisk ulighed i sundhed. Min teoretiske ramme består to teoretiske analytiske begreber kolonial medicin og sociale determinanter, der skal undersøge de diskurser der er om min målgruppe, de etniske minoriteter.

## Videnskabsteoretiske- og metodiske tilgang

Jeg anvender epistemologiske social konstruktivisme som min videnskabsteoretisk tilgang, der bidrager med at undersøge den viden om etnisk ulighed i sundhed, hvordan dette er blevet konstrueret. Den metodiske tilgang består af dokument- og diskursanalyse. Dette valg er baseret på min dataindsamlings proces, som kun forholder sig til kvalitativdata, der grundlæggende består af dokumenter; videnskabelige artikler og statslige publikationer.

### Social konstruktivisme

Jeg har valgt at anvende social konstruktivisme, som projektets videnskabsteoretiske ramme, der vil være med til at skabe en forståelsesramme for emnet etnisk ulighed i sundhed.

Ifølge Wenneberg (Wenneberg, 2002) er social konstruktivisme med til at svare på hvordan den enkeltes erkendelse bliver påvirket af den sociale kontekst (ibid:36). Det sociale kan blandt andet defineres som sprog, begreber, teknologi, det sociale liv osv., denne sociale kontekst er påvirket af den tid og rum man befinder sig i (ibid:37). Et socialt konstruktivistisk perspektiv, kan medvirke til at belyse, i hvilke kontekst problematikken eksisterer og hvad forudsætter etnisk ulighed i sundhed i den tid og rum vi befinder os i dag.

Den epistemologiske socialkonstruktivisme tilgang, ifølge Pedersen (Pedersen, 2012) er viden ikke objektivt, derfor er der ikke et neutralt punkt, som kan anvendes til at undersøge et specifikt emne. Det sociale fænomen der undersøges er påvirket af herskende diskurser og betragtes fra et bestemt perspektiv (ibid:190). Med udgangspunkt i epistemologisk socialkonstruktivistisk tilgang kan jeg forholde mig kritisk til de diskurser jeg læser om etnisk ulighed i sundhed og kan vurdere hvilke styrende diskurser der fremtræder og hvis perspektiv de repræsenterer.

Viden om virkelighed, bliver defineret ift. de sociale faktorer viden indgår i, ifølge Wenneberg er det de er irrationelle sociale faktorer såsom interesser og magt der bliver forudsætning for hvad der erkendes som viden i et samfund (Wenneberg, 2002:101-2). Det er disse sociale faktorer der er interessant at undersøge for projektets problemfelt, der samtidig vil belyse hvilke bagvedliggende interesser og magtforhold der er med til at bestemme diskurser om etnisk ulighed i sundhed.

### Analysestrategi

Jeg anvender den social konstruktivistiske tilgang, som er med til at sætte ramme for projektets analytiske tilgang. Den analytiske ramme vil inddrage og have fokus på forståelse af den

empiriskdatas konstruktion af 'virkeligheden'. Ifølge Pedersen (Pedersen, 2012) i social konstruktivisme vægtes forståelse af et socialt fænomen, derfor er processen af konstruktionen vigtig og ikke beskrivelsen af den (Ibid:220). Dermed vil emnet 'etnisk ulighed i sundhed' og min empiriske data, der primært består af dokumenter, have fokus på følgende tre analytiske fokuspunkter:

- Hvilke magtforhold og/eller interesser kommer til udtryk for dannelse af den infrastruktur vi har i sundhedsvæsenet for at imødekomme etniske minoriteter i Danmark (Ibid:220).
- Hvilke forståelser og argumenter er der om etnisk ulighed i sundhed og hvilke bliver væget ift. definitionen af etnisk ulighed i sundhed (Ibid:220).
- Hvem får mulighed for at italesætte etnisk ulighed i sundhed, og hvilke stemmer mangler vi for bedre at forstå uligheden (Ibid:220).

De ovennævnte analysepunkter skal bidrage til en bedre forståelse af problemfeltet, som kan skaber mulighed for et nyt perspektiv af problematikken, herunder hvorfor der har været en manglende fokus på dette område, som Covid-19 krisen har bragt opmærksomhed tilbage på en problematik der har været negligeret.

Ifølge Pedersen er mine overvejelser med til at bidrage til gennemsigtighed, af hvordan jeg som forsker vælger at se på problematikken og hvad formålet med projektet er, denne tilgang vil jeg anvende i hele projektet for at kvalitetssikre projektet (Pedersen, 2012:228). Den metodiske tilgang vil redegøre projektets empirisk indsamling, jeg anvender dokument- og diskursanalyse for at undersøge problematikken ift. de diskurser der findes samt være kritisk overfor de dokumenter jeg anvender, hvad deres formål er og hvordan de italesætter problematikken omkring etnisk ulighed i sundhed.

Den teoretiske ramme har til formål at kunne se problematikken ud fra et bestemt perspektiv (ibid:228) og jeg vælger at vægte et perspektiv, der blandt andet kan se kritisk på hvordan konstruktion og italesættelse af etniske minoriteter er i sundhedssystemet. Der muligvis kan bidrage med ny forståelse af hvorfor konstruktionen af etnisk ulighed i sundhed er som den er i dag. Jeg vælger at undersøge alternativer, der kan skabe mulighed for at tilknytte sundhedsvæsenet til en kolonial tilgang og social determinants rolle i sociale konstruktioner, disse perspektiver giver også begrænsninger, som jeg kommer nærmere på i teoriafsnittet (11).

De analytiske overvejelser jeg har gjort for mit projekt skal bidrage med analyser, der kan give mulighed for at se nærmere på, hvorfor etnisk ulighed i sundhed er blevet en 'normalitet', der ikke anses som et problem der skal italesættes. Ifølge Pedersen kan socialkonstruktivistiske analyse resultater bidrage med forståelse af hvordan noget kan ses og handles på en bestemt måde og opfattes

'rigtigt' og hvordan denne opfattelse kan give konsekvenser for den gruppe af mennesker, der bliver utsat for denne bestemte diskurs (ibid:229).

Konklusionen ifølge Pedersen (Pedersen, 2010:223-4) er en opsamling af den udførte analyse i en social konstruktivistisk tilgang, hvor analysen er en konstruktion af virkeligheden ud fra nogle analytiske teoretiske begreber.

## Dokumentanalyse

Projektets undersøgelsesformål er 'etnisk ulighed i sundhed' og de diskurser der er om etniske minoritetsgrupper i sundhedsvæsenet.

Jeg anvender dokumentanalyse som min primære dataindsamlingsmetode i projektet, hvor empirien består af skrevne dokumenter, der bliver defineret og begrænset af Lynggaard (Lynggaard, 2010) til skrevne dokumenter, der indeslutter alt der kan indgås i skriftligform (ibid:138).

Jeg anvender primært sekundære dokumenter som empiriskdata til at besvare problemformulering og analysespørgsmål, ifølge Lynggaard er sekundære dokumenter offentlig tilgængelige, selvom de ikke er henvendt til offentligheden. Det er tilgængeligheden der sætter dokumenterne i kategori som sekundært dokument (ibid:139). Ifølge Lynggaard, adskiller dokumenter som empirisk data fra interviewmetoder, da de ikke er udarbejdet af analytikeren selv, derfor er alt materiale der blev anvendt til udarbejdning af dokumentet ikke tilgængelig, ikke desto mindre bliver begge typer underlagt et analytisk perspektiv fra en analytiker, til deres eget formål (ibid:140). Jeg er bevidst om min rolle som forsker og den empirisk rådighed dokumenter rummer for mit projekt, der vil blive redegjort i følgende afsnit.

Jeg har gjort overvejelser omkring at anvende rapporter der er udstedt af regeringen, interesseorganisationer og peer-review/ avisartikler der diskuterer etnisk ulighed i sundhedsvæsenet. Mine kriterier for udvælgelse af dokumenter til min empirisk dataindsamling er baseret på projektets problemfelt at, de følgende dokumenter skal kunne have diskurser om 'etnisk ulighed i sundhed', som er projektets formål at undersøge. Jeg vil nu gennemgå det ene dokument jeg anvender i projektet og redegør for hvem afsender er og hvilke type information det udvalgte dokument bidrager med (ibid:139):

- o Dokumentet "*Ethnic minority patients in healthcare from a Scandinavian welfare perspective: The case of Denmark*" er skrevet af Nina Halberg, Trine S. Larsen og Mari Holen. De tre tilhører

institut for Mennesker og Teknologi på Roskilde Universitet, Nina er ph.d. studerende, Trine adjunkt og Mari lektor.

- o Dokumentet er en publikation udgivet af Nursing Inquiry den 30. august 2021. Nursing Inquiry er en international peer-reviewed Journal der henvender sig til: sygeplejersker, sundhedsprofessionelle, samfundsforskere og sundhedspolitiske beslutningstagere om ideer og spørgsmål vedrørende sygepleje og sundhedspleje.
- o Peer-review, er en publikationsprocedure for en videnskabelig artikel der bliver vurderet af andre forsker, på dens videnskabelig kvalitet af forskningsprocedure (KP Bibliotek, 2022).
- o Dokumentet indgår i en videnskabelig forsknings tilgang med undersøgelsesformålet, hvordan politik og sundhedsmæssige diskurser bliver en del af sundhedsvæsenet, og bidrager til en sundhedspolitik for etniske minoriteter, der bliver analyseret ud fra Bacchis policy-analyse model.

Den ovennævnte dokuments formål er at, kunne se på de diskurser, der konstrueres om etniske minoritetsgrupper i sundhedsvæsenet og om der er udfordringer de associeres med, om der tilbydes mulige løsninger og om disse resultater kunne frembringe forbedring i sundhedsvæsenet for at kunne bedre tage imod etniske minoriteter.

Jeg anvender dokumentet til at kunne se på italesættelse af de udfordringer etniske minoritetsgrupper møder i sundhedsvæsenet, herunder den manglende hjælp det danske sundhedsvæsen mangler at tilbyde etniske minoriteter. Hvem er i fokus i dokumenter, når 'etnisk ulighed i sundhed' italesættes, er det minoriteterne eller en anden gruppe folk, hvilken gruppe menneskers narrativer har dokumentet fokus på og hvorfor den udvalgte gruppe. Det er disse punkter der er iblandt mine metodiske overvejelser for min undersøgelse.

Ifølge Pedersen (Pedersen, 2010:223) har en social konstruktivistisk dokumentanalyse ikke fokus på dokument som en kilde til sandhed, men hvilken social situation dokumentet indgår i. Der er fokus på proces, kontekst, social interaktion og magt, der er med til at indgå på sin egen måde i den diskurs som bliver undersøgt. Her har mit undersøgelsesformål betydning for hvordan dokumentet er med til at italesætte en minoritetsgruppe i en social kontekst.

## Diskursanalyse

Jeg anvender diskursanalyse til min metodisk tilgang for at kunne undersøge de diskurser der er om etnisk ulighed i sundhed. Ved at anvende diskursanalyse, vil det bidrage med følgende overvejelser af det empiriske data, hvem udtales sig om diskursen, hvad og hvordan det siges og hvem henvender diskursen sig til (Bom, 2017:12). Denne diskursanalytiske tilgang er med til at bygge videre på den dokumentanalytiske metode, hvor fokusset fra dokumentets konstruktions proces til at undersøge hvilke diskurser der er blevet konstrueret.

Diskursanalyse fremhæver hvordan en diskurs er sammensat eller struktureret, der reflekteres over hvilke sociale overbevisninger og værdier er dominerende i den kontekst diskursen indgår i (ibid:26). Det giver mulighed for mig at se kritisk på hvad der italesættes om etnisk ulighed i sundhed og giver mulighed for at kunne undersøge de meninger/holdninger der kommer til udtryk, hvordan kommer de til udtryk, hvad de består af og hvad ligger grund for dem (ibid:26). Diskursanalyse bidrager til at undersøge diskursen, og der sættes fokus på dens indhold, funktion og produktion (ibid:26). Blandt disse overvejelser skal jeg også refleksivt kunne holde en distance fra diskursen om 'etnisk ulighed i sundhed' der undersøges (ibid:26). Det bidrager med et kritisk blik på diskursen om etnisk ulighed i sundhed, men undersøgelsen er stadig en konstruktion af min forståelse og en rammesætning af hvordan jeg ser på problemfeltet og vælger at undersøge det, at jeg som diskursanalytiker er en del af det der undersøges (ibid:27).

Diskursanalyse er bygget på en socialkonstruktivistisk tilgang, derfor forholder sig til den samme tilgang, at verdensforståelse ikke er uafhængig af de sociale interaktioner mennesker indgår i (ibid:27). Ifølge Bom tillægges der fokus på sproget og hvordan sproget anvendes af folk, når de giver en bestemt betydning til ting, begivenheder, situationer og andre mennesker (ibid:29). Diskursanalyse ser på den magt, der kan blive produceret eller reproduceret gennem diskurser, der kendtegner noget, som folk kan være enig eller uenige om (ibid:30). Jeg vil se på hvilke diskurser fremtræder mest i dokumenter om etnisk ulighed i sundhed, dermed bliver de dominerende og kan forstås som magtskabende diskurser om en gruppe mennesker.

Diskursanalysens formål er at kunne først fremmest være en støtte til dokumentanalyse og dernæst kunne kritisk se på de diskurser der fremkommer om etnisk ulighed i sundhed. Disse diskurser tages fra dokumenter og analyseres ift. den teoretiske ramme der sættes for projektet, som den følgende afsnit redegør.

## Teori

Jeg har udformet min egen teoretiske ramme for at undersøge emnet 'etnisk ulighed i sundhed' der består af to teoretiske begreber kolonialmedicin og sociale determinanter. Jeg anvender forskellige teoretiske begreber for at kunne bygge på disse to analytiske begreber for at kunne undersøge mit problemfelt.

Formålet med projektet er at undersøge 'etnisk ulighed i sundhed', ved at tage udgangspunkt i empirisk data, der består af dokumenter der belyser diskurser og deres formål. De anvendte teoretiske begreber er begrænset ift. problemfeltets undersøgelsesformål, der anvendes to perspektiver fra kolonialemedicin, der skal belyse hvilke forståelse der kan være om minoriteter og social determinanter, som giver indblik i hvad ulighed i sundhed er.

## Kolonialmedicin

Jeg vil redegøre for kolonialmedicins teoretiske ramme, der vil blive anvendt for at kunne analysere projektets empiriske data, der undersøger diskurser om etnisk ulighed i sundhed.

Ved at danne et overblik over hvad kolonialmedicin indebærer, vil jeg starte med at se på den historiske kontekst og dernæst afkoloniseringens betydning. Jeg vil anvende kolonialmedicin i forståelse af diskurser om 'etnisk ulighed i sundhed'.

Kolonialmedicin er relateret til *kolonihistorie*, som medførte magt i form af biomagt, politik, kapitalismen, og ulighed i sundhedsvæsenet. Ifølge Vaughan (Vaughan, 1991:133), var kolonisering med til bringe europæernes egne sygdomme med sig og deres egen forståelse af biomedicin, som var forankret i kristendommen. Der var en politik om "os" og "dem" i kolonierne, der blev kombineret med hvid overlegenhed og manglende forståelse af de indfødtes sundhed, velvære og lokale sygdomme (ibid:133-134). Det resulterede i en fejlfortolkning af de indfødtes kultur og normer, på grund af de manglende overvejelser mellem kulturer og hvordan man praktiserer biomedicin i en koloni. Kolonialmedicin er hvordan implementeringen af sundhedsforståelse foregik, hvordan europæer praktiserede og forstod deres egen medicin på, og det, de kommunikerede til de indfødte om sygdomme, var også påvirket af biomagt, politiske dagsordener og ulighed (ibid:135).

Den kolonialemedicinske tilgang er med til at klarlægge en skel mellem mennesker med magt, europæerne, og menneskerne der er underlagt magten, de indfødte, som var et produkt af europæernes fravær af viden om de indfødtes biomedicin.

Kolonimagten gav regeringsfinansieret sundhedsfremme, som havde deres dagsorden indarbejdet, et eksempel på dette er at bruge en sygdom til at kontrollere en bestemt gruppe mennesker i et kolonialt territorium (ibid:136). Viden kan misbruges til at påvirke andre menneskers forståelse af seksualitet og forsøge at kontrollere den, derved gives der ikke lige adgang til medicinen (ibid:136). Kolonialmedicinen havde manglende viden om de indfødtes kulturer, hvor europæiske læger ikke vidste, hvordan de skulle nærme sig og kommunikere en effektiv løsning blandt de indfødte (ibid:144).

For at overveje relevansen af den koloniale medicin i forhold til 'etnisk ulighed i sundhed', kræver det desuden bevidsthed om, hvor meget den koloniale medicinske tilgang har overlevet og været inkluderet i nutidens praksis. Ifølge Vaughan ses der et behov for gennemsigtighed i regeringernes politiske dagsorden, så det ikke bliver et magtspil gennem biomagt, og at give lige rettigheder til adgang til sundhedspleje til forskellige grupper af befolkningen (ibid:145-146).

Implementering af sundhedspraksisser i diverse sammenhænge, er det nødvendigt at forstå kulturen, mennesker og hvordan man giber det an. Den viden, der er tilgængelig i dag og den bevidsthed der er skabt om de forskellige agenter bagvedliggende dagsorden, kan det stadig være svært at implementere og praktisere (Kleinman, 2010:1518). Arbejde med sundhedspraksis kan det være relevant at være bevidst om, hvordan man giber feltet an og at kunne reflektere over det arbejde, man udfører, og se teorier og arbejdsgang for global sundhedspraksis gennem tiden, i et kritisk lys (ibid:1519).

De fire sociale teorier ifølge Kleinman (ibid:1518) er, at implementering af en intervention for det første skaber utilsigtede konsekvenser, som man ikke kan forberede sig på. For det andet kan man ikke adskille en person fra det samfund og den kultur, de lever i, og samfundsøkonomi har indflydelse på vores hverdag. For det tredje vil en persons lidelse ikke påvirke dem alene, men vil også påvirke deres omgangskreds. Det fjerde kan regeringer misbruge deres magt ved at implementere biokraft gennem sundhedsfremmende arbejde (ibid:1518-1519).

Af kolonialisering skal bidrage med at reflektere over, hvor vi var, og hvor vi forsøger at gå hen. Det er at bevæge sig væk fra praksis med kolonialmedicin, som indebærer hvid overlegenhed, et eurocentrisk verdensbillede, kolonimagt, en politisk neoliberalisme (kapitalisme) og en asymmetrisk magtbalance mellem det globale-nord vs. det globale-syd. At bevæge sig i retning af en mere delt viden, et pluriversalistisk syn, hvor der ikke er noget entydigt dominerende syn, der kan øge lighed i sundhed globalt, opbygge tillid mellem nationer, hvor magtdynamikken er ulige og fremtrædende, og have en holistisk tilgang, som indebærer økonomisk, social og miljømæssig lighed (Singla et. al., 2022:66-68).

Af kolonialisering inden for global sundhed er et fremskridt, der skal være kritisk og afspejle det arbejde, der er blevet fastlagt, og for at være mere bevidst om det historiske syn og praksis for global sundhed. Vigtigheden af at have en etisk tilgang kan ikke understreges nok. :)

Jeg har fremlagt min teoretiske ramme for kolonimedicin, hvad det indebærer og på hvilken måde det har påvirket forståelse af folk fra det globale-syd og hvilke mulige indflydelse det stadig kan have i dag, med håndtering af etniske minoritetsgrupper.

## Sociale determinanter

I dette afsnit vil jeg redegøre for den sociale determinants teoretiske ramme, som jeg anvender for at analyserer mit empiriske data, der specifikt vil undersøge dette projekts problemfelt. Jeg vil lave et overblik over hvad ulighed i sundhed besidder, for at rammesætte det og kombinere det med nogle andre teoretiske begreber, som er følgende: *strukturelle betingelser, social gradient, dikotomi, behovssensitive tilgang og empowerment*. Begreberne vil blive anvendt som teoretiske analytiske begreber, for at kunne forstå diskurser og se på hvad 'etnisk ulighed i sundhed' kan rumme og ekskludere når det omhandler etniske minoritetsgrupper defineret af sociale determinanter.

De *sociale determinanter* ifølge Marmot (Marmot, 2005) kan forstås gennem fattigdom, ulighed og årsag bag årsag (ibid:1001). Fattigdom er en synlig påvirkning på et menneskes helbred og giver ikke længere adgang til materielle goder, det er en meget simpel forståelse af fattigdoms påvirkning og er ikke længere tilstrækkeligt at arbejde med. Ifølge Marmot skal der forstås at det er socialt bestemt, hvem der får adgang til ressourcer, når man er fattig (ibid:1101). For at kunne modvirke denne voksende ulighed indebærer det en dybere indsigt og forståelse af, at sundhed påvirkes gennem sociale og økonomiske politikker (ibid:1101).

*Årsag bag årsag* er ikke en indlysende faktor, derfor bliver der anvendt 'The Solid Facts' der repræsenterer 10 forhold der er med til at afgøre de sociale determinanter (ibid:1102). De 10 forholde er; *the social gradient, stress, early life, social exclusion, work, unemployment, social support, addiction, food og transport*. De 10 forhold kan være med til at udfolde, hvad er det der kan være med til at skabe og/eller påvirke uligheden i sundhed.

Ifølge Marmot er det vigtigt at se på *årsag bag årsag*. Dette er med til at give et dybere indblik i, hvilke sociale determinanter, der kommer til udtryk for bedre forståelse af ulighed i sundhed. De kan give bedre forståelse af helheden af samfundet (Marmot, 2005:1102).

Det der kan reducere disse sociale uligheder i sundhed og give mere eftertanke til de enkeltes mennesker behov, er ifølge Marmot et spørgsmål om social retfærdighed i samfundet (ibid:1103).

Der fremhæves at kunne mindske ulighed på sundhedsområdet kræver handling i at mindske social og socioøkonomiske uligheder (Marmot & Allen, 2014:517). Ifølge Marmot og Allen er det en overvældende påvirkning fra de sociale og økonomiske faktorer, det er de materielle, sociale, politiske og kulturelle forhold, der former vores liv og vores adfærd (ibid:517). Ifølge Marmot og Allen forbliver det politiske formål med sundhed for alle, at kunne informere folk på lige niveau, dette er dog ikke med til at formindske ulighed i sundhed, det kræver mere aktiv handling fra regeringerne (ibid:519).

Dette teoretiske perspektiv om *sociale determinanter* vil bidrage med en bedre forståelse af hvad der ellers kan forårsage 'etnisk ulighed i sundhed' og hvordan sociale faktorer kan have en betydning. Og hvilken betydning sundhedsvæsnet kan have for at mindske etnisk ulighed i sundhed.

De *strukturelle betingelser* for levevilkår (Dahlgren og Whitehead, 1991) er hverdagslivets arenaer/settings og sociale sammenhæng, som mennesker **indgår i**. Jeg vil anvende figur 1 for at komme ind på betydningen af de strukturelle betingelser, figuren er udviklet af Dahlgren og Whitehead, med udgangspunkt i ulighed i sundhed.



Figur 1 (Dahlgren og Whitehead, 1991:11) illustrerer hverdagens arenaer, som folk indgår i og bliver påvirket af, i deres daglig handlemuligheder og relationelle interaktioner på individ-niveau og strukturelle levevilkår.

Figur 1 viser hvilke elementer, der spiller en rolle hvis man tager en *social gradient* tilgang, der vil være fokus på de ydre faktorer, som er de strukturelle vilkår der vil være med til at løfte hele samfundet og sætte fokus på fællesskabet (ibid:11). De strukturelle vilkår, som er med til at påvirke ulighed i sundhed ikke kun for majoritetsgruppen men også minoritetsgrupper. Ved en

dikotomisk tilgang vil der være fokus på indre faktorer, som er livsstil og sociale relationer, fokusset er den enkelte og problematikken gøres til individets eget ansvar (ibid:11).

Den *behovssensitive tilgang* (Delica og Lau, 2020:194) giver mulighed for at arbejde ud fra de minoritetsgrupper der af forskellige årsager har brug for skrædder syedeindividuelle indsats, såsom individuelt, behov tilpassede forløb, der typisk aktiverer en vifte af forskellige fagligheder. Og bevæge sig væk fra færdiglavede pakkeløsninger og tage udgangspunkt i marginaliserede borgeres behov (ibid:194).

Der er mulige for at anvende en social innovations strategi (ibid:198), som bryder med den traditionelle måde at arbejde med de sociale indsats, dette giver mulighed for at lave specifikke indsatser og løsninger til minoritetsgrupper og deres omstændigheder.

Derfor indgår *empowerment* (Andersen og Bak, 2020:172) i tilrettelæggelsen af indsatser til etniske minoritetsgrupper, der fokuseres på hvordan minoriteter kan identificere og aktivere egne ressourcer, derved opnå større indsigt i deres handlemuligheder. Her er der fokus på selvforståelse, netværksdannelse, erfaringsudveksling, øget handlekapacitet og en øget social kapital at trække på (ibid:173).

Men begge tilgange kræver en længere proces, ressourcer og økonomisk rådighed for at udvikle og implementere. Disse krævende elementer kan hæmme udviklingen af nye tiltag, der kan være med til at løfte samfundet og øge social mobilitet for etniske minoritetsgrupper.

## Analyse

Mit analyseafsnit består af to analytiske arbejdsspørgsmål, som jeg vil analysere ud fra min teoretiske ramme kolonialmedicin og sociale determinanter, der vil tage udgangspunkt i min empirisk data, dokumentet "*Ethnic minority patients in healthcare from a Scandinavian welfare perspective: The case of Denmark*" (Halberg et al., 2022).

### Etnisk ulighed i sundhed og sociale determinanters bestemmelse af sundhed

I min første del af analysen, har jeg fokus på etniske minoriteters italesættelse, af politikere. Det er de politiske holdninger der bliver præsenteret i empirisk data og jeg analyserer derefter ud fra de sociale determinanters teoretiske ramme. Jeg vil yderligere fremhæve den politiske italesættelse af etniske minoriteter, som har en påvirkning på policy's udvikling i sundhedsvæsenet, som er med til at behandle og udvikle planer, der imødekommer etniske minoriteter.

I min empiriske data bliver etniske minoriteter i Danmark defineret som ‘anden etnicitet end dansk’, der bliver udtrykt i følgende citat:

“*Taking the case of Denmark, this group is variously described as, for example, ‘non-Western’, ‘immigrants’, ‘descendants (of immigrants)’, ‘different ethnic background to Danish’ or just simply ‘ethnic’ (Hervik, 2019; Yilmaz, 1999).*” (Halberg, N., Larsen, T. S., & Holen, M, 2021:2).

Det er med til at skabe en forståelse af hvordan den danske stat italesætter etniske minoriteter og kan være med til at skabe en forståelse af hvilke forhold og spændingsfelt mellem etniske minoriteter og den danske majoriteten der er ift. medierne og politiske udtalelser.

Den første diskurs der henvender sig til etniske minoriteter i empiriske data, er følgende: “*Conversely, ethnic minority groups have been described through a narrative of inadequacy*” (ibid:1). Dette citat er ift. Covid-19 pandemi, hvor der var negativ fokus på minoriteter i medierne og hos politikerne. Det følgende citat uddyber denne negative opfattelse af etniske minoriteter:

*”Mette Frederiksen, stated in a press conference that too many people with a non-Western background were becoming infected with COVID-19. She further questioned whether socioeconomic factors really were the full explanation”* (ibid:1). Og *”the media are inseparable from politics and play an important role in co-constructing racialization.”* (ibid:3).

De politiske diskurser der bliver konstrueret gennem medierne og under Covid-19 pandemien, er med til at se bort fra de sociale determinanter påvirkning på etnisk minoriteters sundhed. Ifølge Marmot (Marmot, 2005) er det vigtigt at se på årsag bag årsag. Det at politikerne fravælger socioøkonomiske faktorer, vedrørende etniske minoriteter og hvilke årsager der kan være for at smittetal og smitterisiko var højere hos etniske minoriteter, vælges der at lægge vægt på etniske minoriteters ”kultur” og hvordan diskrimination kan bidrage til etnisk ulighed i sundhed. Dette bliver reflekteret i følgende citater:

*”Politician Pia Kjærsgaard from the right-wing party Dansk Folkeparti (The Danish People's Party) commented on the statements: ‘It is of no use that you do not dare to state the obvious fact, this is a cultural problem’”* (ibid:3).

*”This means that neoliberalist reforms are jeopardising democratic welfare values (Ahlberg et al., 2019). In practice, this reduces the government's ability to regulate inequalities and leads to blaming it on individual responsibility (Ahlberg et al., 2019).”* (ibid:4).

*”In practice, this means that when ethnic minority patients do not live up to their responsibility, their cultural or ethnic background is described as the reason.”* (ibid:5).

*”Consequently, the risk of discrimination, based on socially constructed differences, could contribute to health inequalities (Bell, 2021a)”* (ibid:6).

Ifølge Marmot (Marmot, 2005) og Marmot og Allen (Marmot og Allen, 2014) er der særlig vægt på at kunne mindske ulighed i sundhed, skal der være fokus på de sociale og socioøkonomiske uligheder, der bliver tilsidesat af politikerne, når det berører den etniske minoritets befolkning. Der er fokus på kultur som værende en forhindring for god sundhed blandt etniske minoriteter og ikke de sociale determinanter bestemmelser. Ifølge Dahlgren og Whitehead (Dahlgren og Whitehead, 1991), er der manglende fokus hos politikerne på den sociale gradient, de ydre faktorer såsom infrastrukturens

påvirkning af sundhed. Det bliver en dikotomisk tilgang hvor det enkelte individ holdes til regnskab for deres egen sundhed og ikke hvordan de sociale determinanter påvirker det enkelte individ. Der bliver set bort fra årsag bag årsag for den enkelte individets sundhedsforhold.

De følgende citater tager udgangspunkt i individets eget ansvar for sundhed og social lighed:

*“this agenda has a strong bearing on the welfare state and at the same time involves an asymmetrical power relationship of holding patients solely responsible for their health”* (ibid:2).  
*“The Danish self-image of social egalitarians inhibits the recognition of discriminatory behaviour. When potential discrimination is addressed, it is explained as ‘one bad apple’ and as not having structural connections”* (ibid:4).

Ifølge Marmot & Allen (Marmot & Allen, 2014) er den politiske tilgang at individet har eget ansvar for sundhed er ikke med til at formindske ulighed i sundhed, der skal være en aktiv handling fra staten. Den stat der italesætter sin selvopfattelse med social lighed, have nogle mulige løsninger eller nogle reelle tilbud, der kan være med til at styrke empowerment (Andersen og Bak, 2020). Ifølge Andersen og Bak kan empowerment tilgang være med at styrke handlekapacitet og selvforståelse. Ifølge Delica og Lau (Delica og Lau, 2020:194), kunne en behovssensitiv tilgang være en mulighed for at formindske etnisk ulighed i sundhed. Hvor sundhedsvæsenet kunne tilrettelægge nogle tilbud der behandler den enkelte individ efter deres behov.

#### [Etniske minoriteter i sundhedsvæsenet – sundhed gennem kultur, etnicitet og værdier](#)

I den anden analysedel vil jeg, have fokus på hvilke diskurser der er om etniske minoriteter, ud fra sundhedsvæsenet og sundhedspolitik. Jeg vil have fokus på empiriske datas diskurser, der er i sundhedsvæsenet og deres policy om etniske minoriteter og hvordan de skal imødekomme etniske minoriteter. Hvordan sundhedsvæsenet opfatter etniske minoriteters kultur, etnicitet og værdier ift. sundhedsforståelse og behandling af etniske minoriteter. Jeg vil analysere disse nævnte diskurser ud fra min kolonialmedicins teoretiske ramme.

I dokumentet (Halberg et al., 2022) bliver der italesat hvilke officielle protokoller der er for sundhedsvæsenet vedrørende etniske minoriteter og hvordan de identificeres ift. etnicitet, der kommer til udtryk i følgende citater:

*“Within the Danish healthcare system, the most common terminology is ‘patients with a different ethnic background/origin to Danish’”* (ibid:2)

*“... here is no set definition of ethnicity and within nursing, it has been criticised for its essentialist, homogeneous and fixed cultural characteristics”* (ibid:2).

*“... institutional guidelines concerning ethnic minorities in healthcare. Very few official and national policies exist”* (ibid:3).

Diskurser i de ovennævnte citater er med til at skabe en forståelse for hvilke bagvedliggende implicitte forståelse kommer til udtryk. Det kan analyseres ifl.. Vaughan (Vaughan, 1991), til beskrivelse af kolonialmedicin og dens dominans over de underlagte, etniske minoritetsgrupper. Den kulturelle forskels behandling der sker i sundhedsvæsenet af etniske minoriteter, fordi de tilhører en anden etnicitet. Den politiske indflydelse på sundhedspolitik ift. selvopfattelse af at være en stat, der består kapitalen af at tilstræbe social lighed, bliver en homogen tilgang med til at skabe ulighed. Denne homogene tilgang vil behandle enhver person uanset etnicitet på samme måde, her er ulempen at den homogene behandlings tilgang er bygget til majoritetsgruppen, som udgør de etniske danske.

De næste tre citater bygger videre på den homogene sundhedsopfattelse. Der italesættes hvordan sundhedsvæsenet infrastruktur skal afspejle en velfærdsstat, men stadig oplever den danske stat ulighed i sundhed på lige niveau med resten af verden:

*“This is based on the main purpose of equalising differences between citizens by guaranteeing minimum wages, free access to healthcare and schools as well as providing care for elderly people and poverty relief”* (ibid:2).

*“Equity is a key value and is supported by the primary aim of ensuring equal and easy access to healthcare”* (ibid:2).

*“Scandinavia faces similar health inequalities concerning ethnic minority patients as described internationally”* (ibid:2).

Denne konstruktion af hvad social lighed er for den danske stat og hvordan en velfærdsstat skal være, kan være årsagen for manglende selvkritik. Ifølge Kleinman (Kleinman, 2010) er det svært at arbejde med implementeringsarbejde i sundhedsvæsenet og at kunne arbejde kritisk med sin egen produktion af løsninger. Det er noget af denne kritiske tilgang sundhedsvæsenet i Danmark kunne benytte for at imødekomme sin etniske minoritets befolkning.

Ifølge Singla et. al., (Singla et. al., 2022) er det den afkolonisering af tankegang at globale-Nord har den sande og gyldige viden om sundhed og forståelsen af den korrekte måde at være sund i alle aspekter. De følgende citater italesætter etniske minoriteters sundhedsforståelse af staten:

*"ethnic minorities are associated with inappropriate health behaviour and 'non-Danishness', and reveals a discourse in which it is legitimate to suggest legislation for compulsory testing among a specific group of people with a 'problematic culture'."* (ibid:3-4).

*"Hamed et al. (2020) discuss how the increasing nationalist and anti- immigration discourse of European exceptionalism influences the ethnic minority populations, by perceiving them as less deserving of healthcare services"* (ibid:4).

De diskurser der kommer til udtryk i citaterne, giver indblik i hvilke andre elementer der skaber etnisk ulighed i sundhed og behandling af etniske minoriteter i møde med sundhedsvæsenet. Denne identitets skabende billede af etniske minoriteter tilhørende en anden kultur, etnicitet og værdier end danske, bidrager til en manglende forståelse af sundhed eller at de ikke fortjener den samme behandling som andre der modtager sundhedstilbud. Det er med til at bidrage til etnisk ulighed i sundhed.

De følgende citater italesætter diskurser fra et sundhedsprofessionelles møde med etniske minoriteter, giver kun en konstruktion og skabelse af deres forståelse og oplevelse, og ikke de etniske minoriteter der oplever uligheden i sundhed:

*"Charging patients a fee for healthcare runs contrary to the idea of equal access to healthcare. Additionally, it largely affects citizens from ethnic minorities and therefore adheres to the current political anti-immigration and discriminatory climate"* (ibid:5).

"This guideline creates unequal access to healthcare and transfers current political discourses into direct encounters between healthcare professionals and ethnic minority patients." (ibid:5).

"A further factor involved is healthcare professionals being positioned as scientifically rational (Hamed et al., 2020). As Bell (2021b) discusses, tenets of equal treatment and colour blindness are present in Western nursing education." (ibid:6).

Den tilgang den danske stat udøver, at de etniske minoriteter skal selv betale for en tolk er med til bidrage til etnisk ulighed i sundhed. De socioøkonomiske faktorer bliver glemt og er med til at ekskluderer de etniske minoriteter fra den lige behandling og adgang til sundhed, ved at der fremhæves nogle særegler for etniske minoriteter.

De følgende citater italesætter en anden diskurs om etniske minoriteter og det er ift. fremmedgørelse af etniske minoriteter i sundhedsvæsenet pga. deres kultur, etnicitet eller værdier:

*"This recommendation has an implicit problem representation of 'othering' ethnic minorities into having 'special needs' based on literacy, language, culture and social differences "* (ibid:5).

*"health competencies are defined and normatively placed upon ethnic minorities with a specific understanding of what 'good health behaviour' (Hempler et al., 2020) is and entails."* (ibid:6).

*"This means treatment is implemented as 'one size fits all' and is 'colour-blind' (Singla, 2012). It also means when patients do not adapt properly to a predesigned treatment, their agency is undermined as they are constructed as passive recipients in Scandinavia (Dahlborg et al., 2020)." (ibid:6).*

Den definition af hvad den "gode" eller "rigtige" sundhedsopførsel eller opfattelse kan være, er tilgangen kolonialmedicin anvender. Den danske stat skal anerkende sit samfund for at være multikulturel, dermed gå væk fra den hegemoniske tilgang af sundhedsvæsenets infrastruktur og opdatere systemet efter de nye behov der er opstået for at være behovssensitiv.

## Diskussion

I diskussionsafsnit vil jeg tage udgangspunkt i de resultater der er blevet skabt på baggrund af projektets epistemologiske social konstruktivistisk tilgang, og den teoretisk ramme kolonialmedicin og sociale determinanter.

I min analyse bliver der skabt to forståelser af de diskurser den empiriske data fremlægger, den implicitte kolonialmedicinske tilgang. Og den manglende anerkendelse og forståelse af etniske minoriteteters sociale determinanter, men deres kultur, etnicitet og værdier bliver årsag for diskrimination.

De begge analyseresultater er med til at give et kritisk blik på hvad det danske sundhedsvæsens rolle er og hvordan det kan modvirke etnisk ulighed i sundhed. Men de politiske interesser spiller en rolle ift. sundhedspolitik og hvem det kommer til at gavne i form af sundhedstilbud og behandling af sundhedsprofessionelle. Der er en voksende påvirkning fra den neoliberalistiske tilgang, hvor der er stor fokus på den enkeltes eget ansvar og individets rolle i sundhed. Det sætter fokus på den dikotomiske tilgang, uden at kunne se på om infrastrukturens rolle, social gradient tilgang, hvor det er et fællesansvar der skal løftes.

De diskurser der bliver italesat af politikerne og sundhedsprofessionelle skaber en viden omkring, hvor kompleks etnisk ulighed i sundhed er blevet, da der mangler anerkendelse. Det er med til at skabe en retorik af os mod dem og fremmedgørelse af etniske minoriteter der bor i Danmark ikke kun i sundhedsvæsenet men generelt i alle fællesskaber. Dette sker på baggrund af de negative og dominerende, magtfulde diskurser der bliver reproduceret gennem medierne, er med til at styrke diskurserne.

Der er manglende narrativer fra etniske minoriteter i den empiriske data, da jeg kun tog udgangspunkt i et dokument der ikke havde etniske minoriteter i fokus, men præsenterede diskurser om dem.

## Konklusion

I min konklusionsafsnit vil jeg opsummere hvilke resultater jeg har opnået i analysen eller retter sagt fået konstrueret gennem min subjektive viden i en social konstruktivistisk analytisk tilgang.

Jeg har fået besvaret mine to analytiske spørgsmål, med udgangspunkt i kolonialmedicin og sociale determinanter og fået undersøgt problemformulering med empiriske data, der primært bestod af dokumentet: "*Ethnic minority patients in healthcare from a Scandinavian welfare perspective: The case of Denmark*" (Halberg et al., 2022).

I den første del af analysen, er der en konstruktion af diskurser om etniske minoriteter der blev italesat i medierne under Covid-19 pandemien på en negativ og diskriminerende måde. Det har en påvirkning på den etniske ulighed i sundhed da de sociale determinanter skaber en ramme for hvilke bagvedliggende årsager der kan være for ulighed i sundhed. Da denne teoretiske ramme bliver anvendt i analysen, skabes der en forståelse for hvorfor der mangler opmærksomhed på problemfeltet ulighed i sundhed, det er den danske stats selvopfattelsen af at være en stat der har social lighed som en velfærdsstat. Denne selvopfattelse er med til at forhindre italesættelse af diskrimination og etnisk ulighed i sundhed, som bidrager til etnisk ulighed i sundhed.

I den anden del af analysen, bliver der skabt en klar forståelse af sundhedsvæsenets rolle og policy for etniske minoritetsgrupper, og hvilke udfordringer etniske minoriteter oplever i sundhedsvæsenet. Den fremmedgørelse og diskrimination der er bygget på forskel ift. kultur, etnicitet og værdier, og hvordan Covid-19 pandemien var med til at italesætte etnisk ulighed i sundhed igen. En problematik der ikke skulle være glemt eller gemt væk, men har behov for at udarbejde nye policies der kan tage hånd om etniske minoriteter. Den danske stats tilgang, lige adgang til sundhed for alle, og selvopfattelse af social lighed, bliver åbenlys at det kun er tilgængelig for dem der efterlever den "rigtige eller den gode sundhed" og hvis kultur, etnicitet og værdier matcher de vestlige.

## Litteraturliste

Aaby, Anna et. al., 2020 'GPS' Lokaliseret den 20.03.22 på: [Pixi Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv - En vej til lighed i sundhed? Final Sept 2019 \(danskselskabforfolkesundhed.dk\)](#)

Bom, Anne K., (2017). "Diskursanalytisk metode", Samfunds litteratur.

Hempler, F. Nanna et. al., 2020 "Veje til etnisk lighed i sundhed". Lokaliseret den 20.03.22 på [PowerPoint-præsentation \(danskselskabforfolkesundhed.dk\)](#)

Jervelund, S. Signe et al., 2020 Altinget "Eksperter i folkesundhed: Corona er en øjenåbner for etnisk ulighed i sundheden". Lokaliseret den 20.03.22 på [Eksperter i folkesundhed: Corona er en øjenåbner for etnisk ulighed i sundheden - Altinget: Sundhed](#)

Lynggaard, Kennet, (2010). "Dokumentanalyse" i "Kvalitativ metoder, en grundbog", Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (red.), Hans Reitzels Forlag.

Pedersen, Kirsten B., (2012). "Socialkonstruktivisme" i "Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: en indføring", S. Juul & K. B. Pedersen (red.), Hans Reitzel Forlag.

Phillips, Louise, (2010). "Diskursanalyse" i "Kvalitativ metoder, en grundbog", Svend Brinkmann & Lene Tanggaard (red.), Hans Reitzels Forlag.

MESU, (2016). "Sundhed og inklusion af indvandrere og etniske minoriteter i Danmark" Lokaliseret den 20.03.22 på [Sundhed og inklusion af indvandrere og etniske minoriteter i Danmark \(sl.dk\)](#)

[gps etnisk-lighed short.pdf \(danskselskabforfolkesundhed.dk\)](#)

[En vej til lighed? Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv Final 19 September 2019 \(danskselskabforfolkesundhed.dk\)](#)

Wenneberg, Søren B. (2002). "Socialkonstruktivisme – positioner, problemer og perspektiver", Samfunds litteratur.

Marmot, Michael, (2005). “*Social determinants of health inequalities*”. *The Lancet*, Vol 365:1099-104

Kleinman, Arthur (2010). “*Four Social Theories for Global Health*” *The Lancet*, Vol 375, no. 9725: 1518–1519.

Singla, R., Andersen Elbek, J. & Hjortsø Fernando L.M. (2022). Decolonizing Global Health Promotion: A Quest for Equity in Eds. Juan Carlos Finck Carrales & Julia Suárez-Krabbe. Transdisciplinary thinking from the Global South: Whose problems, whose solutions? Routledge book series (Decoloniality and New Postcolonialisms) London: Routledge

Vaughan, Meagan (1991). “Sexuality and syphilis: the limits of colonial medical power” in Curing their ills: Colonial power and African illness. Stanford University Press.

Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health -Background document to WHO, Strategy paper for Europe*. Arbetsrapport/Institut för framtidsstudier; 2007:14

Delica, Kristian N., og Lau, Charlotte B., (2020). ”Håndholdte indsatser som behovssensitiv sundhedsfremme i en kommunal kontekst” i *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund: mellem forskning, planlægning og praksis*, Pernille T. A., Charlotte B. L., & Heidi M. A., (red.) (1. udgave.). Hans Reitzel.

Andersen, Pernille T. og Bak, Carsten K., (2020). ”Empowerment, brugerinddragelse og samskabelse i praksis” i *Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund: mellem forskning, planlægning og praksis*, Pernille T. A., Charlotte B. L., & Heidi M. A., (red.) (1. udgave.). Hans Reitzel.

Halberg, N., Larsen, T. S., & Holen, M. (2022). ”Ethnic minority patients in healthcare from a Scandinavian welfare perspective: The case of Denmark”. *Nursing Inquiry: volume 29, issue 1*.

KP Bibliotek, (2022) [Peer review - Opgaveskrivning - Bibliotek at KP \(phbibliotek.dk\)](#)

Debesay J, Kartzow AH, Fougner M. (2022). Healthcare professionals' encounters with ethnic minority patients: The critical incident approach. *Nurs Inq.* 2022;29:e12421.