



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Aalborg Universitet

Social ulighed i sundhed - mere vilkår end valg

Indsigter og forklaring på norske forhold

Larsen, Kristian; Hansen, Gro Inge

Published in:

Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse. Oslo: HiOA

Publication date:

2014

Document Version

Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Larsen, K., & Hansen, G. I. (2014). Social ulighed i sundhed - mere vilkår end valg: Indsigter og forklaring på norske forhold. I E. Dahl, H. Bergsli, & K. A. van der Wel (red.), *Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse. Oslo: HiOA* (s. 1-69). Høgskolen i Oslo og Akershus. <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- ? Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- ? You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- ? You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Social ulighed i sundhed -mere vilkår end valg. Indsigter og forklaring på norske forhold.

Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse:
En norsk kunnskapsoversikt



Kristian Larsen og Gro Hansen

Institut for Læring og Filosofi, Aalborg universitet

2013



Indhold

Resume	3
Introduktion.....	4
Social ulighed og sundhed i Norge	6
Kost.....	7
Norge i international sammenhæng	7
Norske mænd med kort uddannelse drikker mest sukkerholdige drikke, det samme gælder deres drengebørn	7
Langtuddannede kvinder spiser flest frugter og bær i Norge og New York.....	8
Rygning	9
Norge i international sammenhæng	9
Færre nordmænd ryger og den største procentdel af rygere kan findes blandt kortuddannede eller arbejdsløse	10
Alkohol.....	11
Norge i international sammenhæng	11
De langtuddannede nordmænd drikker mest og der bliver drukket mere vin	11
Overvægt og motion.....	12
Norge i International sammenhæng	13
Lidt under halvdelen af alle nordmænd er overvægtige, men særligt de kortuddannede.....	14
Seks centrale forskningspositioner.....	15
1. Livsstil og valg	16
2. Biologi, gener og determination	17
3. Social struktur og determination.....	17
4. Sociale relationer, materialitet og netværk.....	18
5. Klasse, livsstil og distinktion	19
6. Historie, netværkstækning og samtidsdiagnose	19
Analysen af samfund, levevilkår, livstile og sundhed.....	21
Usundhed som modpraksis mod ekspertdiskurser	22
Statens rolle i ulighed i sundhed	22
Symbolsk vold	23
Velfærdsstat og transformation af fælles sundhedskapital	24
Staten, videnskab og professionernes dobbeltrolle i forhold til social ulighed	27

Sundhed og praktik mellem levevilkår og livsstil.....	28
Ideologien om ens kropsidealer	30
Social position og forskelle i kropsidealer	31
Bolig og materialitet - klasse-mæssige forskelle	32
Ernæring, madvaner og sundhed – klasse-mæssige forskelle.....	33
Ernæring, madvaner og sundhed – kønsmæssige forskelle.....	34
Tid og strategier i forhold til sundhed, ernæring og krop	35
Strategien at spare på energien	36
Kroppen med motion og idræt i og mellem generationer	36
Sundhedskapital og investering i et sundhedsfelt.....	37
Sundhedsinvestering som distinktiv praksis.....	38
Investering som en uendelig proces.....	39
Investering kræver og giver ressourcer	40
Monitorering af sundheden	41
Perspektivering om ulighed i sundhed.....	41
Ulighedens kompleksitet	42
Staten bidrager til ulighed i sundhed	43
Præ-patient og somatiske eksperter	43
Vilkår mere end valg	44
Litteraturliste.....	45

Resume

Der er social ulighed i sundhed i Norge og uligheden er øget. Her formidles analyser om ulighed og sundhed, særligt inspireret af Pierre Bourdieus sociologi.

Dominans af livsstile: Dominerende grupper i samfundet over tid sætter standarden for hvad der opleves som normalt, rigtigt eller sundt. De sætter trenden (diffusionsteorien) for nye livsstile dvs. afstedkommer at noget bliver 'nyt', 'innovativt' eller 'højt'. Mønstre diffunderer dvs. reproduceres og overdrages fra en social gruppe til en anden og fra en generation til den næste. Ingen kan forblive upåvirkede af de livsstile. **Distinktion af livsstile:** Dominerede grupper, og måske særligt unge tager mere eller mindre aktivt afstand fra dominerende trends eller ekspertkulturer. Distinktion er et kendetegn oppefra og ned, men også nedefra og op – samt mellem sociale grupper på samme niveau. Sociale grupper tilstræber ikke ensartede idealer om krop og sundhed. Der er modsatte opfattelser af kroppen og dens sundhed (indre/ydre, rå/kunstig, mål/redskab, vedligeholdelse/nedslidning), herunder forskellig betoning klassemæssigt og i et livsfaseperspektiv (barn, ung, voksen og gammel). **Symbolisk vold og sundhed:** Idealiserede idealer om hvad der er normalt, rigtigt og sundt skifter over tid og sted. Aktuelle idealer er ikke en universel kategori. Det er dominerende gruppers livsstile og 'sundhedskultur' der formidles og opfattes som den rigtige, normale og sunde. Dominerede grupper læser sig selv gennem de dominerendes blik, undertrykkelsen sker snarere indefra end udefra. **Position, praktikteori og sundhed:** Mennesker agerer fornuftigt ud fra deres særlige sociale position og biografi. Privilegerede (luksusmag) eller dis-privilegerede (nødvendighedsmag) opvækstbetingelser determinerer ikke et privilegeret eller et elendigt liv, men de sætter aftryk i en krop, som vil være virksomme gennem livet, som støtte eller udfordring. **Staten, transformation og sundhed:** Staten har været central i opbygning af fælles sundhedskapital materialiseret (kloakering/hospitaler), institutionaliseret (teorier/lovgivning om fx lægehjælp) og kropsliggjort (internaliseret kropslig viden om sundhed) til rådighed for alle. Transformation af velfærdsstaten mod en konkurrencestat fx ved privatiseringsbestrebelsers, udhuler sundhedsfeltet og statens beskyttelsesramme reduceres. **Sundhedskapital og investering i kroppen:** Økonomisk, kulturel, social og boligmæssig kapital er centrale i individets bestræbelser om at opretholde eller forbedre social position. Med transformation af velfærdsstaten ses en øget individualisering, hvor individuel sundhedskapital er blevet et centralt investeringsobjekt. En bestemt sund krop er ikke bare salgbar på et ægteskabsmarked, men også konverterbar på arbejdsmarked, uddannelsesmarked, boligmarked osv. Livslang investering af tid, penge og energi i kroppen og dens monitorering, består i at træne kroppen, tilpasse den rette kost, men også ved kirurgiske indgreb. **Sundhedskapital og distinktion:** Overinvestering lægges for had af socialt privilegerede grupper. Kroppe med meget store muskler og massiv kontrol over kostindtag, BMI og serumkolesterol koblet med for mange eller for indgribende kirurgiske indgreb, kan tilegne en vis kredit i nogle miljøer, men de giver ikke afkast på højt positionerede ægteskabsmarkeder, arbejdsmarkeder osv. Der skal være opmærksomhed på den sunde krop, men med den nødvendige lethed og fravær af anspændthed. **Vilkår mere end valg:** Vi er vælgende, men på ikke-valgte vilkår. Ingen vælger deres mor og dermed egne opvækstbetingelser (rig/fattig, hvid/sort, muslim/hinduist), men alle må improvisere et 'sundt' liv på givne og ulige præmisser.

Introduktion

Denne rapport omhandler norske forhold omkring ulighed i sundhed med fokus på sundhedsrelaterede livstile. Rapporten bygger på empiriske analyser af norske og internationale sammenhænge og et historisk perspektiv medtænkes. Analyserne omhandler, hvordan sociale klasser, ofte ud fra uddannelsesniveau på forskellig vis "gør" sundhed ud fra deres madvaner, ryge/snusvaner; drikke/alkoholvaner og deres øvrige brug af kroppen, herunder ved motion.

I Norge gives statsligt legitime informationer fx gennem stortingsmeldinger om rigtigt sammensat kost, regelmæssig fysisk aktivitet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2002-2003). Disse udvikles og specificeres bl.a. gennem anbefalinger fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2011b, 2012a). Det formidles i forhold til livsstile hvad der anbefales af spisevarer, fx at spise fisk 2-3 gange om ugen, at spise grove kornprodukter hver dag, at vand anbefales som drikkevarer og at det anbefales begrænset indtag af sukker. I forhold til motion rådgives fx yngre mennesker at være fysisk aktive mindst 60 minutter hver dag. Der udstedes også anbefalinger om at unge ikke skal starte med rygning eller brug af snus (Helse og -omsorgsdepartementet, 2013; Helsedirektoratet, 2013). Disse er endnu mere konkrete senere, hvor det anbefales at kosten hovedsageligt skal være plantebaseret og skal indeholde mange grønsager, frugt, bær, fuldkorn og fisk. Desuden skal den indeholde begrænsede mængder af rødt kød og salt, og kartofler anses som en vigtig basismadvarer (Helsedirektoratet, 2011b, 2011c). I nærværende rapport er der fokus på sådanne indikatorer på sundhedsrelaterede livsstile, suppleret med et blik for andre indikatorer der også kunne anses som en del af en livsstil fx deltagelse i sportsaktiviteter, besøg på museer og hvor tit man går på cafe. Analysen af de specifikke livsstile isoleres hverken til forståelser og forklaringer som ligger inden for den fremherskende forestilling om at sundhedsrelaterede livsstile blot vedrører kost og motion mv¹, eller til forståelser af, at livsstilene udelukkende genereres ud fra lige valgsituationer, via bevidsthed osv. Vi vil på forskellig vis betone et kontinuum mellem strukturelle faktorerens betydning og individets handlerum. Her støtter vi os til William Cockerhams definition af sundhedsrelaterede livsstile:

'Health lifestyles are collective patterns of health-related behavior based on choices from options available to people according to their life chances. This view incorporates the dialectical relationship between life choices and life chances proposed by Weber'. (Cockerham, 2013, pp. 138-139)

Denne afvejning af 'livsvalg' og 'livschancer' ækvivalerer agens og struktur. I fortolkning og forklaring af uligheder i sundhed, med fokus på livsstile, vil der i rapporten være tale om en afvejning som indregner både agens og struktur. Sociologiske studier viser at der er mønstre i hvordan sociale grupper agerer med hensyn til livet generelt, men også i forhold til livsstile. Pierre Bourdieu siger fx om analyser af krop, diæt, vægtbestræbelser og sportspræferencer, at sociale klassers sundhedsrelaterede valg af den ene eller andet ikke falder tilfældigt ud:

'As is clearly seen in the case of a diet, which will vary depending on whether the objective () is to get fatter or thinner, to approach a weight defined in terms of an ideal which varies with time, place and milieu, the 'choice' of the 'aims' of sporting exercise is determined by a system of principles

¹ Det formuleres fx af Nettleton at: «Lifestyle is a concept which has come to refer to people's styles of living, which, in turn, are shaped by their patterns of consumption. In relation to health, this refers to eating, the use of legal and non-legal drugs, smoking, leisure and sporting activities, sexual activity and aspects of body maintenance» (2006, pp. 33-34)

which orient the whole set of practices, i.e. sexual practices and eating habits, aesthetic preferences and style of dress, and so on' (Bourdieu, 1978, p. 835)

Områder der umiddelbart kunne virke uafhængige af hinanden som fx madvaner, musikpræferencer og hvilke sportsgrene man foretrækker følger et mønster som kan karakterisere grupper af mennesker ved 'valg' af samme livstil. Pointen er, at i gennem de (klasse) specifikke levevilkår man vokser op under, inkorporeres principper i individet. De inkorporerede principper disponerer individet for at foretrække visse levemåder og praksiser og tage afstand til andre. Ifølge Bourdieu vil menneskers praktik og handlinger genereres i et mulighedsrum mellem ikke-valgte vilkår og valgmuligheder (socialt opfattet som sund/usund; normal/unormal eller acceptabel/uacceptabel). Som en opfølgning herpå er overskriften for denne rapport, at når det angår sundhed og livsstile så er forklaringer nærmere sociale vilkår (primært social klasse) end sociale valg (individuelle valg). Det kan beskrives kort at ingen vælger deres mor og dermed deres egne opvækstbetingelser i forhold til hvorvidt familien er bosiddende i Norge, Sverige, Tyrkiet eller Sierra Leone, om den er rig eller fattig, hinduistisk, kristen eller muslimsk. Sprog, værdier og idealer er også snarere vilkår og præmisser end tilvalgte.

Indenfor sociologi, økonomi og folkesundhedsstudier findes der mange typer af forklaringer på den strukturelle relation mellem social klasse/social position og (ulighed i) sundhedsrelaterede indikatorer og brug af sundhedssystemet, sygdomsindikatorer, livskvalitetsmålinger, brug af egen læge, hospitalsindlæggelser mv. I forklaringerne efterspørges ofte studier af underliggende kausale mekanismer. Et eksempel er Pampel, Krueger, and Denney (2010) som udpeger ni typer af forklaringer indenfor det socioøkonomiske område fra 'deprivation, ulighed og stress', over 'mangel på viden og adgang til information om sundhedsrisici', 'støtte til sundhedsadfærd', 'lokale og nabolags muligheder' til 'social støtte, social sammenhæng og støtte fra pårørende'. Pampel et al. bestræber sig på en total afdækning af mulige mekanismer, men foretager ingen systematisk sammenligning af dem. I undersøgelsen fremhæves dog afslutningsvis at et studie af Cutler and Lleras-Muney (2010) udgør en undtagelse idet de sammenligner og evaluerer et større antal forklaringer af relationerne mellem uddannelse og en mangfoldighed af sundhedsadfærd (health behavior) (Pampel et al., 2010, p. 13). I dette studie præsenteres det at indkomst, sundhedsforsikring og familiebaggrund gør rede for omkring 30 % af gradienten, noget lignende er tilfældet for viden og mål på kognitiv formåen, mens sociale netværk gør rede for 10 % (Cutler & Lleras-Muney, 2010, p. 1), hvilket kan betegnes som et typisk resultat inden for den epidemiologiske tradition. I dette og lignende studier forudsættes det ofte at sociale grupper helt grundlæggende vil det samme og orienterer sig ens, også i forhold til sundhed (fx at alle vil se ud på en bestemt måde osv.). Sådanne forudsætninger kan dog nuanceres med inspiration fra studier der i højere grad har praxeologisk perspektiv, dvs. ser det sociale rum som relationelt og praktikker som produkt af en praktisk logik ud fra en bestemt position. Når mennesker lever, spiser, drikker, bevæger sig og interagerer på en vis måde – så følger den en praktisk fornuft relateret til den specifikke kontekst. Dette til forskel fra typer af etnocentrisme som vurderer praktikker ud fra nogle(s) udgangspunkter og tilhørende værdier i forhold til fx hvad det sunde eller gode liv indebærer.

Alternative teoretiske tilgange til social ulighed i sundhed tager udgangspunkt i forskellige måder at tænke mikro, meso og makroniveau. Et eksempel er Dahl et. al (2010) som viser, hvordan en række transformationer har haft betydning i forhold til at socioøkonomisk lavere stillede grupper historisk har haft dårligere sundhed end bedre stillede grupper. Der peges på materielle sundhedsrisici (for eksempel luftforurening); neo-materielle forhold (underinvestering i offentlige goder, tjenester og

ydelse); sundhedsadfærd (drikning, rygning, usund kost, lidt motion) og psykosociale forhold som relativ deprivation, social desintegration og "vonde følelser" skabt på grund af stress (Dahl et al., 2010, p. 12). Dernæst peges på politiske tiltag relateret til social og sundhedsområdet, forhold ved arbejdslivet og familielivet herunder ændringer af familiestruktur, arbejdsmiljøets materielle, ergonomiske og psykosociale sider, samt fx forhold omkring omorganisering af arbejdspladser og reformer forbundet med arbejdslivet. Særligt fokuseres på relationer mellem deltagelse i arbejdslivet og udelukkelse herfra (Dahl et al., 2010).

Indenfor diffusionsteoretiske tilgange eksisterer en til tider implicit antagelse om, at livsstile overdrages – eller smitter - fra nogle sociale grupper til andre grupper i samfundet. Disse studier fokuserer på hvordan nye praktikker vokser frem og spreder sig i det sociale liv. Her er antagelsen at fremvoksende praktikker primært spreder sig via sociale netværk. Dette implicerer, at nye vaner først vil etablere sig (take hold) blandt højt uddannede mænd i og fra større byområder, og derefter vil praktikkerne diffundere videre horisontalt og vertikalt til andre sociale kategorier, indtil praktisk taget alle segmenter i populationen er inkluderet. Denne teori er søgt studeret empirisk i forhold til ændrede mønstre i sundhedsrelaterede vaner som rygning, motion og alkoholvaner fx i Norge fra 1970'erne og frem til i dag (Elstad, 2009). I store træk kan difussionsmodellen bekræftes empirisk; *"During recent decades, non-smoking, leisure-time physical exercise, as well as frequent alcohol consumption, have spread in the Norwegian adult population. In general, the spread of these health-related practices has been in line with the hierarchical diffusion model"*. Spredningen af hyppig brug af alkohol og tobak kunne bekræftes af modellen, men i forhold til fysisk træning var der afvigelser på den måde at kvinder mere end mænd havde tilegnet denne praksis at træne (Elstad, 2009, p. 15). Diffusionsteoriens antagelser om at de dominerende grupper i samfundet sætter trenden for fx sundhedsrelaterede livsstile kan således, generelt set bekræftes empirisk, men selve forklaringen af hvad der afstedkommer at noget bliver 'nyt', 'innovativt' eller 'højt' er ikke afklaret, og heller ikke præcis hvad det er der diffunderer og på hvilken måde mønstre reproducerer sig dvs. spørgsmål om hvordan praktikker overdrages fra en social gruppe til en anden og fra en generation til den næste. Vi vil efterfølgende vise at trends og vaner siver ned, men samtidig etableres der også distinktive modpraksisser fx mod ekspertdiskurser.

Social ulighed og sundhed i Norge

I følgende afsnit præsenteres en række sammenligninger af indikatorer på livsstile og sundhed fra norske og internationale studier. Der fokuseres særligt på faktorer som kost, rygning, alkohol og motion og hensigten er at give et overblik i forhold til klasse og køn i Norge og sammenlignet med andre lande. Alle de videnskabelige positioner bekræfter, at sundhed interagerer med socioøkonomisk status og uddannelsesniveau. Dette angår også studier af sundhed og sygdom relateret til arbejdsmarkedet. Fx finder Dahl et al. at *"Personer med lav uddanning eller lav yrkesstatus, og som har et helsetilstand (langvarig sygdom eller funktionshemning) løber større risiko for å være utenfor arbeidsmarkedet enn syke som er bedre sosialt stilt."* (Dahl et al., 2010, p. 83) Lignende er fundet i et nordisk studie omkring sundhedsforskelle mellem arbejdsaktive og ikke-arbejdsaktive med data fra Danmark, Sverige, Norge og Finland (Roos, Lahelma, Saastamoinen, & Elstad, 2005).

I Norge tegner der sig et mønster omkring social ulighed i forhold til sundhedsrelaterede livstile. Dette ses bl.a. når man anvender de fire traditionelle sundhedsindikatorer kost, rygning, alkoholforbrug og motion (KRAM-faktorerne) (Social- og helsedirektoratet, 2005, pp. 18-19).

Følgende vil vi opsummere centrale fund omkring social ulighed i sundhedsrelaterede livstile i forhold til KRAM-faktorerne. Mange af de rapporter som findes i Norge om sundhed bygger på data produceret af SSB. I nedenstående kundskabsreview tager vi fortrinsvist udgangspunkt i disse data, som der løbende inddrages tal og figurer fra. Det er ikke kun de traditionelle KRAM-faktorer der undersøges der indgår også relevante, men mindre direkte sundhedsrelaterede faktorer. Vi har især arbejdet med levekårsundersøgelserne fra 2005, 2008 og 2011, hvor temaet var sundhed samt spørgsmålene omkring rygning fra Reise- og ferieundersøgelsen 2012².

Kost

De to madvaner som er mest ulige fordelt i den norske befolkning er indtagelsen af sukkerholdige drikke og frugt og bær hvilket vil blive uddybet følgende. Levekårsundersøgelserne fra 2008 viser dog også at den voksne del af den norske befolkning har mange madvaner tilfældes som fx, hvor tit man spiser kød og drikker mælk uanset hvilket køn og hvilken uddannelseslængde de havde (Bilag 2_[k1]).

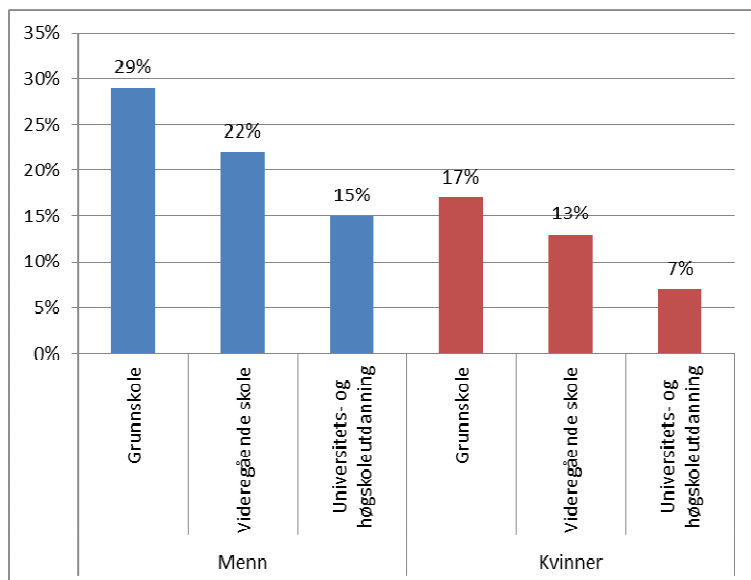
Norge i international sammenhæng

Ifølge tal fra Global Market Information Database bearbejdet af Euromonitor International lå Norge i 2002 på en international tredjeplads når det kom til forbrug af sukkerholdige drikke (119,8 L pr person pr år), kun overgået af USA (216 L) og Irland (126L). På listen rangere de 18 lande som har det højeste forbrug af ”carbonated soft drinks” ud af de 80 medtagende lande. Lande som man normalt sammenligner Norge med er inkluderet. Sverige er på en 10. plads (82,4 L) og Danmark på en 12 plads (80 L) og Finland på en 5 plads (52 L)(Global Market Information Database, 2002). I 2002 var Norge altså placeret meget højt sammenlignet med de andre nordiske lande mht. indtag af sukkerholdige drikke målt i antal solgte liter pr. år pr. indbygger. Omkring samme tid blev sukkerholdige drikke da også udpeget til at være en stor sundhedsrisiko i Norge, især for de norske børn og unge, da undersøgelser viste at næsten halvdelen af dem drak sukkerholdige drikke dagligt (Andersen, Husøy, Kolset, & Jakobsen, 2007). Fra 2001 til 2008 skete der en nedgang i indtaget af sukkerholdige drikke blandt børn og unge. Dette kan muligvis bindes sammen med et øget fokus på det høje indtag og sundhedsmyndighedernes tiltag i perioden (Fugelsnes, 2012).

Norske mænd med kort uddannelse drikker mest sukkerholdige drikke, det samme gælder deres drengebørn

I 2008 befandt den største den største procentmæssige andel af folk som drak sukkerholdige dagligt blandt dem med en grunnskoleuddannelse (29 %). Derefter følger folk med videregående skole (18 %) og til sidst folk med højskole- og universitetsuddannelse (11 %) (Bilag 1_[k2]). Procentdelen af personer som drikker sukkerholdige drikke er dobbelt så stor for dem med grunnskole som for dem med højskole- og universitetsuddannelse. Ifølge levekårsundersøgelsen befinder den største procentdel af den voksne befolkning, der drikker sukkerholdige drikke sig i gruppen af mænd med kort uddannelse, hvilket er illustreret i figur 1. Blandt de unge er det drenge med kortuddannede forældre, som hyppigst drikker sukkerholdige drikke (Stea, Øverby, Klepp, & Bere, 2012).

² Detaljer om undersøgelserne kan findes på www.ssb.no eller revireres ved at skrive til informasjon@ssb.no.



Figur 1 bygger på tal fra levekårsundersøgelsen 2008 som viser hvor stor en procentdel, fordelt på køn og uddannelse, som drak sukkerholdige drikke dagligt i 2008.

Figur 1 viser også at mænd hyppigere drikker sukkerholdige drikke end kvinder. Man kan også se af figuren at den gruppe hvor den mindste procentdel findes som drikker sukkerholdige drikke er kvinder med universitets- eller højskoleuddannelse, hvor kun 7 % drikker sukkerholdige drikke dagligt. De langt uddannede kvinder er samtidigt gruppen, hvor den største procentdel spiser frugt og bær, hvilket vil blive behandlet i næste afsnit.

Langtuddannede kvinder spiser flest frugter og bær i Norge og New York

I levekårsundersøgelsen fra 2008 var gruppen af kvinder med Højskole- eller universitetsuddannelse procentvis er den gruppe som spiser mest frugt og bær (Bilag 2). Darby Jack et. al. har undersøgt hvordan socioøkonomisk status og bymiljø i New York spiller ind på forbrug af frugt og bær. Også her ses det at de langt uddannede kvinder er dem som spiser mest frugt og bær, dette gælder især for de kvinder som bor i de mindre attraktive områder i New York City (lower- v. higher-poverty zip codes) (Jack et al., 2013). Et højt indtag af frugt og bær er blevet udpeget til at være en kilde til bedre sundhed i det det bl.a. mindsker risikoen for livstilsrelaterede sygdomme som hjertekarsygdomme og diabetes 2 (se fx Harding, 2008; Mirmiran P, 2009; World Cancer Research Fund (WCRF) Panel, 2007)³. Her er det vigtigt at medtænke hvorvidt de nordmænd der spiser frugt og bær i forvejen er en gruppe af befolkningen som på andre måder har en sundere livsstil.

³ Se også (EUFIC, 2013).

Fra 2001 til 2008 er sket en stigning i forskellen i frugtindtag blandt børn og unge i Norge. Blandt børn med langtuddannede forældre med er der flere, som spiser frugt og blandt med børn med forældre med en kortere uddannelse er der færre (Stea et al., 2012). Dette indikerer at den nuværende ulighed i sundhedsrelaterede livstile i Norge, ikke blot går i arv, men også forstærkes fra den ene generation til den næste.

Ryging

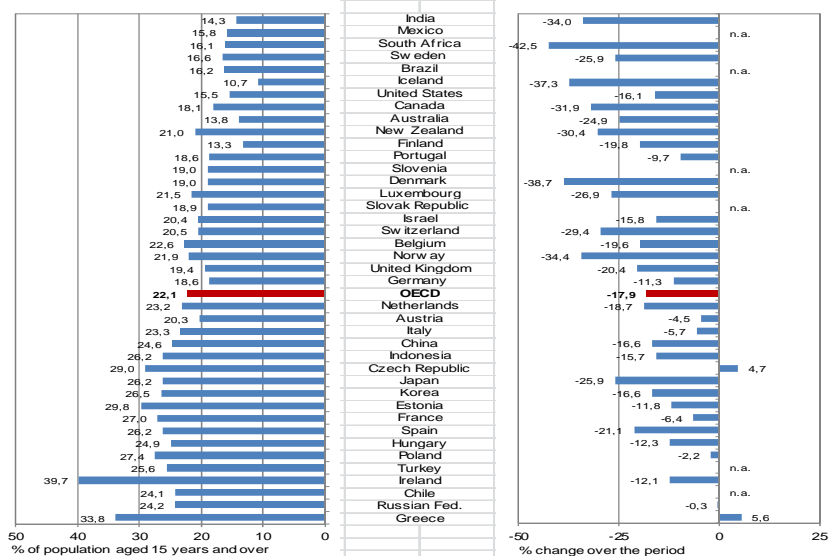
Norge i international sammenhæng

Ifølge tal fra OECD røg 21 % af den norske befolkning over 15 år dagligt i 2009, hvilket placerer Norge 1,15 % under OECD gennemsnittet på 22,1 % . I Norge er der dog omkring en dobbelt så stor procentdel af befolkningen der ryger som i Indien, som er det land hvor færrest ryger (10,7 %). Grækenland er placeret på en førsteplads i det hele 39,7 % af den græske befolkning over 15 ryger. Flere OECD lande som man normalt sammenligner Norge med har en mindre procentdel af befolkningen som ryger, fx har Danmark en procentdel på 19 % og Finland 18,6%. I figur 2 vises også forandringen i andelen af rygere fra 1999 til 2009. Her er det gennemsnitlige fald for OECD lande på 17,9 % . I Norge er faldet langt over gennemsnittet med et fald på 34,4 % . Her er Norge kun overgået af Indien (34 %), England (34,4 %), Island(37,3%), Danmark(38,7%) og Sydafrika(42, 5%) (OECD, 2011).

Health at a Glance 2011: OECD Indicators - © OECD 2011

2 2.1.1. Adult population smoking daily, 2009 and change 1999-2009 (or nearest year)
Version 1 - Last updated: 28-Oct-2011

2.1.1. Adult population smoking daily, 2009 and change 1999-2009 (or nearest year)

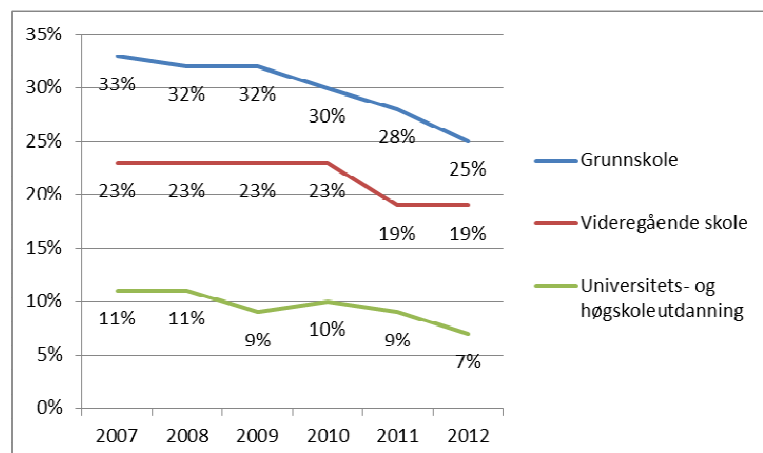


Information on data for Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>
Source: OECD Health Data 2011; national sources for non-OECD countries.

Figur 2 bygger på tal fra OECD fra 1999 til 2009 og er hentet fra OECD Health Data 2011 (OECD, 2011)

Færre nordmænd ryger og den største procendel af rygere kan findes blandt kortuddannede eller arbejdsløse

De nyeste tal omkring rygevaner i Norge kan findes i Reise- og Ferieundersøgelsen. Undersøgelsen er lavet hvert år fra 2007 til 2012. Disse bekræfter OECD tallene omkring, den faldende andel af rygere i Norge. Ifølge Reise- og Ferieundersøgelsen er andelen af nordmænd, som ryger dagligt faldene i alle uddannelsesgrupper. For de universitets- og højskoleuddannede er andelen faldet fra 11 % til 7 %, for dem med videregående skole er andelen faldet fra 23 % til 19 % og for dem med grunnskoleuddannelser andelen faldet fra 33 % til 25 %. Faldet er altså størst for folk med grunnskole og mindst for dem med højskole- og universitetsuddannelser.



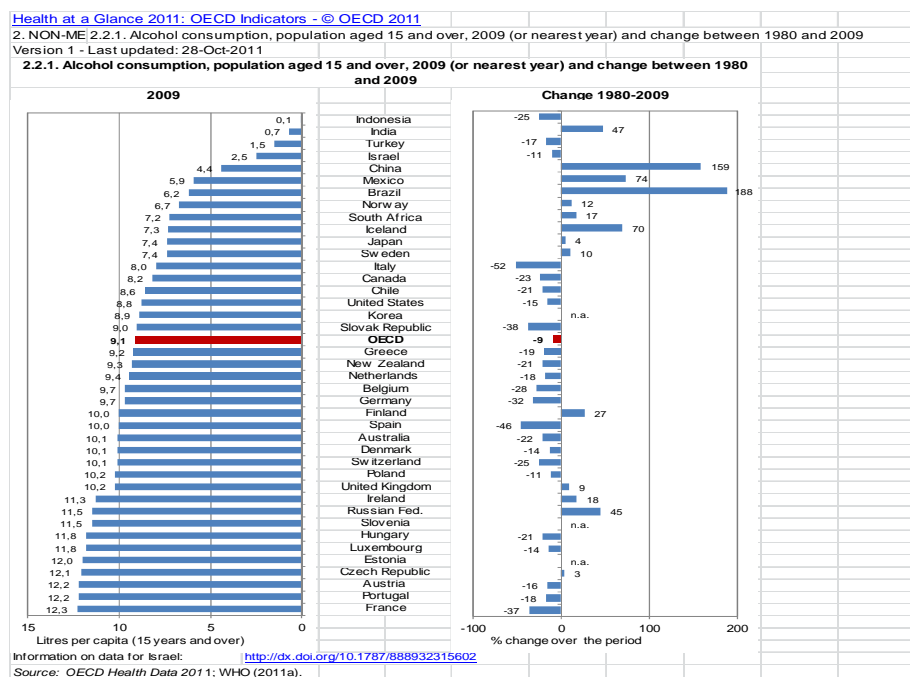
Figur 3 bygger på tal fra Reise- og ferieundersøgelserne og viser udviklingen i daglige rygere fordelt på uddannelsesniveaue fra 2007-2012.

Den historiske udvikling i rygevaner hos nordmænd er registreret fra 1974 til 2011 i Røkyevaneundersøgelserne. Fra 1974 til 2011 er der kommet færre nordmænd som ryger dagligt. Fra 1986 begyndte man at inddrage snus i Røkyevaneundersøgelsen. Udviklingen viser at samtidigt med at der kom færre som ryger dagligt begyndte flere unge at tage snus, samtidigt med at de ryger af og til (Thonstad, 2013; Tonstad & Tønnesen, 2012). I en rapport fra Statens institutt for Rusmiddelforskning påpeges det at den nutidige gruppe af rygere typisk har korte uddannelser, en mere usund levevis og i højere grad er arbejdsløse (Bilgrei & Karl Erik Lund, 2012, pp. 15-16).

Alkohol

Norge i international sammenhæng

OECD måler hvor mange liter ren alkohol der er solgt pr indbygger over 15 år. Hvordan dette udregnes kan variere mellem de forskellige lande og alkohol som ikke er registreret som fx hjemmebryg er ikke med i statistikkerne. OECD gennemsnittet i 2009 er her på 9,1 L pr. indbygger. Norge ligger under dette gennemsnit med 6,7 L pr. indbygger og kun 8 OECD lande har et lavere gennemsnit. De andre Nordiske lande, har alle et højere alkohol forbrug end Norge (Island :7,3%, Sverige: 7,4 %, Finland 10%, Danmark 10,1%). Fra 1980 til 2009 er OECD-gennemsnittet faldet med 9 %. Ifølge OECD-tallene er forbruget i Norge er modsat gennemsnittet steget med 12. I Sverige er alkoholindtaget stedet med 10 %, i Finland med 27%, i Island med 70 %, hvor det i Danmark modsat er faldet med 14%. I flere skandinaviske lande er forbruget altså steget, hvilket går imod OECD gennemsnittet. Det højeste fald er sket i Italien med 52 % og den højeste vækst er sket i Brasilien med 158 % (OECD, 2011).



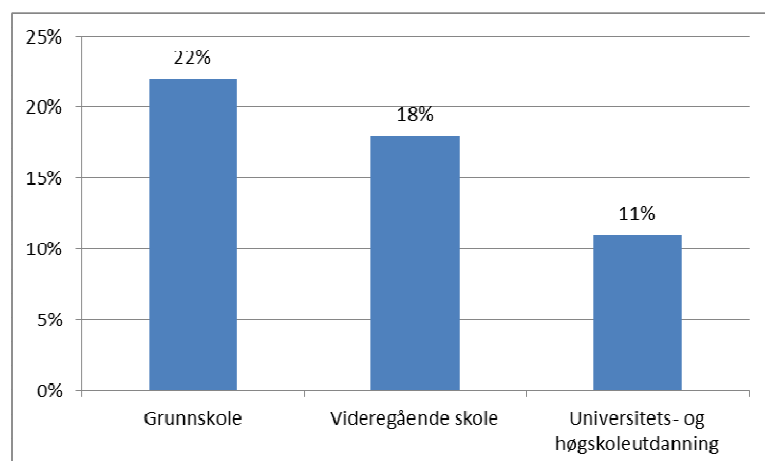
Figur 4 bygger på tal fra OECD fra 1999 til 2009 og er hentet fra OECD Health Data 2011 (OECD, 2011)

De langtuddannede nordmænd drikker mest og der bliver drukket mere vin

SSB har registreret forbruget af alkohol fra 1950 og frem til 2011. her kan man se at forbruget af ren alkohol er fordoblet fra 1950 til 1980 og derefter er faldene. Fra 1994 steg forbruget igen,

hvilket hovedsageligt skyldes et højere forbrug af vin. Forbruget af vin blev tredoblet, forbruget af øl steg noget og siden 1980 er forbruget af brændevin faldet. Ca. 10 % af befolkningen anslår at de ikke har drukket alkohol det sidste år. De 10 % som drikker mest drikker halvdelen af det som bliver drukket (Helsedirektoratet, 2012b). Hertil skal ikke-registreret forbrug som hjemmebrand, smuglersprit grænsehandel og privat import også medregnes. Statens Institut for rusmiddelforskning (SIRUS) har undersøgt det uregistrerede forbrug via spørgeskemaer uddelt til en repræsentativ stikprøve af befolkningen. De finder at der i 2004 ca. blev drukket 1,3 liter uregistreret ren alkohol pr. indbygger og at alkoholforbruger derved var på 8,5 L ren alkohol pr. indbygger (Nordlund, 2010).

Tal fra levekårsundersøgelsen fra 2008 viser at 28 % af dem med universitets- og højskoleuddanning drak 2 eller flere gange om ugen. For folk med videregående skole drak 18 % alkohol 2 eller flere gange om ugen, hvor dette kun gælder 11 % af folk med en grunnskoleuddannelse.



Figur 5 bygger på tal fra levekårsundersøgelsen 2008 og viser hvor mange, der drikker alkohol 2 eller flere gange om ugen fordelt på uddannelsesniveau.

Disse tal indikerer, at der Norge er en tendens til, at jo længere uddannelse man har jo større chance er der for, at man ofte drikker alkohol. Samtidigt viser levekårsundersøgelsen at flere mænd drikker meget alkohol end kvinder uanset, hvor lang deres uddannelse er (Bilag 3).

Overvægt og motion

Overvægt måles typisk i BMI (på norsk KMI). I levekårsundersøgelserne er overvægtige inddelt i 3 kategorier: de let overvægtige med en BMI på 25-25,9 de overvægtige med en bmi på 27-29,9 og dem der lider af fedme med en BMI på 30 og højere (Ramm, Otnes, & Lunde, 2009). Det er vigtigt at have øje for, at når man skal vurdere enkeltpersoners overvægt er BMI ikke altid egnet fordi andre faktorer spiller ind som for eksempel mængden af muskelmasse og hvor fedtet sidder (Burkhauser & Cawley, 2008) I dette afsnit ser vi på BMI og inddrager hvor meget nordmændene motionerer.

Norge i International sammenheng

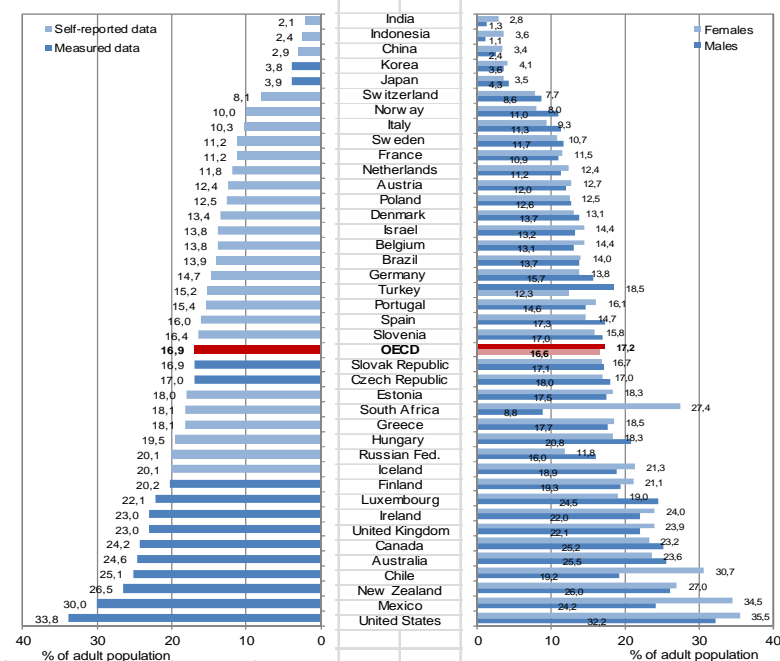
OECD har sammenlignet BMI'en i OECD landene. Her skelner de mellom lande hvor data er selvrapportert via surveyundersøgelser (herunder Norge) og de lande hvor tallene måles i sundhedsundersøgelser og pointerer at disse tal ikke er sammenlignelige, da de selvrapporterte tal typisk er lavere end dem der måles. Voksne med en BMI mellom 25 og 30 er definert som overvægtige (overweight) and dem med en BMI på 30 eller derover er definert som lidende under fedme (obese). OECD gjennomsnittet for indbyggere der lider under fedme er på 16,4 %. Her er Norge plassert bedst blandt de nordiske lande med 10 %, derefter kommer Sverige med 11,2 %, Danmark med 13,4 %. Island ligger over OECD gjennomsnittet med 20,1 prosent og Finland 20,2%⁴. Indien er det land, hvor færrest lider under fedme (2,1 %) og USA er det land hvor flest lider under fedme⁵.

Health at a Glance 2011: OECD Indicators - © OECD 2011

2. NON-ME 2.3.1. Prevalence of obesity among adults, 2009 (or nearest year)

Version 1 - Last updated: 28-Oct-2011

2.3.1. Prevalence of obesity among adults, 2009 (or nearest year)



Information on data for Israel:

<http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

Source: OECD Health Data 2011; national sources for non-OECD countries.

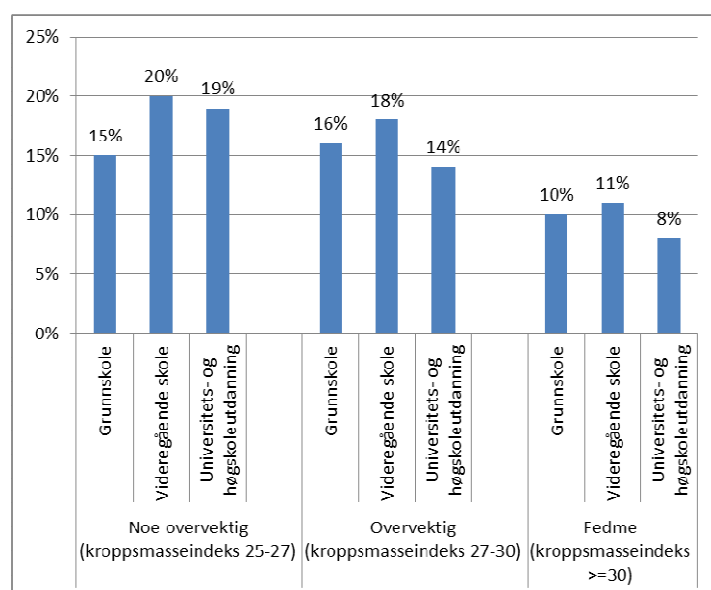
Figur 6 bygger på tal fra OECD fra 1999 til 2009 og er hentet fra OECD Health Data 2011 (OECD, 2011)

⁴ Finland er det eneste af de nævnte lande hvor data stammer fra målte tal, hvilket kan bevirke at de har de højeste tal.

⁵ I USA stammer data fra målte tal, hvilket ligesom med Finland kan påvirke tallene.

Lidt under halvdelen af alle nordmænd er overvægtige, men særligt de kortuddannede

Helseundersøgelsen i Nord-Trøndelag (HUNT)⁶ viser at der her er kommet flere overvægtige fra 1985 til 2008 (Droyvold W.B. et al., 2006; Hånes, Sidsel Graff-Iversen, Haakon Meyer, & med bidrag fra HUNT (K. Midthjell), 2012; Midthjell et al., 1999), hvilket stemmer overens med udviklingen i andre nordiske lande som Sverige og Danmark (Bendixen et al., 2004; Neovius, Janson, & Rössner, 2006). Ifølge levekårsundersøgelsen fra 2008 er 44 % af den norske overvægtige (har en bmi på 25 eller derover (Bilag 4). I både levekårsundersøgelserne og i HUNT undersøgelserne er det flere mænd end kvinder som har en høj BMI (Ramm et al., 2009; Reas, Nygård, Svensson, Sørensen, & Sandanger, 2007). I levekårsundersøgelsen fra 2008 er forskellen mellem mænd og kvinder er størst når det kommer til de lettere overvægtige og de overvægtige og mindst når det kommer til fedme (Bilag 5). De 25-66 årige er den største gruppe af dem der har fedme med 11 %, de 16-24 årige er den mindste gruppe med kun 4 %. I alle grupper er de 16-14 år dårligst repræsenteret. Op til en overvægt på 30 BMI er de 45 – 66 årige mest repræsenteret, hvor alderen falder lidt i fedme hvor det er de 25-66 årige som er mest repræsenteret (Ramm et al., 2009).



Figur 7 bygger på tal fra levekårsundersøgelsen 2008, og viser hvordan uddannelsesgrupperne fordeler sig i de tre BMI/Kropps masseindeks-inddelinger.

Disse søjlediagrammer viser, hvordan de forskellige uddannelsesgrupper er repræsenteret blandt de overvægtige. Den mindste gruppe er dem med højskole- og universitetsuddannelse som lider af fedme, som kun udgør 8 % af de overvægtige. Derefter kommer grunnskole med 10 % og videregående skole med 11 %. I gruppen af overvægtige er det igen dem med højskole- og

⁶ for nærmere information om HUNT, se (Krokstad et al., 2012; NTNU, 2013)

universitetsuddannelse som er lavest repræsenteret med 14 %, fulgt af grunnskole med 16 % og videregående skole med 18 %. I gruppen af de noget overvægtige er vnder billedet idet grunnskole er dem der er færrest af idet der er 15 % og højskole- og universitetsuddannelse er de næste med 19 % fulgt af videregående skole med 20 %.

I alle de tre inddelinger er der lidt flere mænd end kvinder (Bilag 6). En lille andel af dem der aldrig motionere er universitet- eller højskoleuddannede til gengæld er en stor del af dem som motionerer minimum to gange om ugen fra denne gruppe. Den modsatte tendens gælder for nordmænd med Grunnskoleuddannelse (Bilag 7). Ifølge levekårsundersøgelserne er dem der aldrig dyrker motion er faldet. Steinar Krokstad som er leder af HUNT-forskningscenter bekræfter at denne tendens også findes HUNT-undersøgelserne. Han pointerer at dette er paradoksal i det fedme er blevet et større problem. (NBT, 2011). Krokstad uddyber *"Dette handler om strukturelle forhold, som arbejdsforhold, inntekt og kontroll over sin egen arbeidssituasjon og livssituasjon. Vi er kanskje i ferd med å godta økte sosiale forskjeller, at de rike blir rikere. Da må vi også være klar over at det gir økte helseforskjeller"*

Anders Barstad og Toril Sandnes konkluderer, med udgangspunkt i bl.a. levekårsundersøgelserne, at velfærden i Norge er i forandring. De nævner mange positive træk ved den norske velfærdsudvikling bl.a. en gennemsnitligt højere levealder og en generel højere tryghed på flere områder. Samtidigt konkluderer de også, at uligheden i sundhed er blevet større i Norge:

"Folk med god helse har også gjennomgående høyere inntekt og utdanning enn dem med dårlig helse, noe som forsterker ulikheter i valgmulighetene for dem som har god helse, sammenliknet med dem som har dårlig helse. I tillegg er god folkehelse viktig for samfunnet. En sunn befolkning med god livskvalitet gir høy arbeidsproduktivitet og er på alle måter positivt for samfunnet som helhet."(Barstad & Sandnes, 2010)

I citatet er fokus på, hvordan ulighed i valgmuligheder omkring sundhed og på sundhedens overordnede samfundsnytte. I de næste afsnit vil vi kort beskrive seks positioner som kan bidrage med forskellige vinkler på hvordan ulighed i sundhed kan opfattes.

Seks centrale forskningspositioner

Social ulighed i sundhed er dokumenteret i mange studier af den vestlige verden. Selv i perioden 1980'erne og 1990'erne og frem til i dag, hvor velstanden her har generelt har været stigende ses uligheden stadig her (fx Baker & Illsley, 1990; Mackenbach et al., 2003; Marmot & Wilkinson, 2006). Mange af sådanne undersøgelser definerer ulighed ud fra familiens socioøkonomiske baggrund og socialgruppe-status, mens kun få belyser sammenhænge, som skaber og reproducerer, social ulighed (se fx Adler N.E. & J.M.Ostrove, 1999; Pampel, 2012; Pampel et al., 2010).

Elstad (Elstad, 2005, pp. 19-32) udpeger tre hovedforklaringsmodeller af social ulighed i sundhed; en materialistisk, en helseadfærdsfokuseret og en psykosocial forklaringsmodel. I denne rapport inddrager vi Elstads arbejde men bryder med Elstads forklaringsmodeller., modificeret og udbygget ud fra Jensen et. al (2007). De seks udvalgte positioner kan karakteriseres som mønstre i måder at tænke om social ulighed i sundhed. Det vil sige paradigmer eller forskningstraditioner med en vis konsensus for valg af spørgsmål, fremgangsmåder, metoder og teorier. Der er tale om relativt abstrakte teoretiske konstruktioner, det betyder blandt andet at forskere og institutioner kan tænkes

at trække på et eller flere af positionerne. Ingen af disse positioner kan på fuldständig måde gøre rede for de komplekse fænomener som er på spil når det angår menneskers måder at agere og interagere på. Med sig selv, med andre mennesker og i kontekster af forskellig art. De forskellige positioner præsenteres og inddrages efterfølgende i analyserne, det vil dog fremgå at rapporten primært har afsæt i og er inspireret af fremherskende og empirisk-teoretisk velfunderede sociologiske studier. En central kilde vil være Pierre Bourdieus sociologi som internationalt har vist sig at stå for nogle af de største gennembrud når vi skal forstå livsstile i moderne samfund. De præsenterede positioner har alle et vist empirisk grundlag og som sådan er fx rene teoretiske eller filosofiske tilgange ikke repræsenteret. Positionerne har således rødder inden for et spændingsfelt mellem epidemiologi, sociologi og socialpsykologi og der er visse lighedspunkter internt, men også forskelle i deres måder at beskrive, forklare og evt. ville forandre i forhold til social ulighed i sundhed. De er efterfølgende beskrevet som positioner i sundhedsforskningen⁷. De seks positioner i sundhedsforskningen benævnes: 1. Livstil og valg, 2. Biologi, gener og determination, 3. Socialstruktur og determination, 4. Sociale relationer, materialitet og netværk, 5. klasse livsstil og distinktion, 6. Historie, netværkstækning og samtidsdiagnose.

1. Livsstil og valg

En position anvender forklaringer, der fokuserer på det *individuelle* og det *kognitive* niveau i forhold til (valg af) sundhedsrelateret livsstil. Dette perspektiv forfægtes først og fremmest af epidemiologer (Berntsson & Köhler, 2001; Case, Lubotsky, & Paxon, 2002; Fergusson, Herwood, & Lowton, 1990; Hemmingsson, Lundberg, & Didrichsen, 1999 o.a.). Gennem objektkonstruktion dvs. typer af spørgsmål, metoder og hypoteser mv. (fx hypoteser, relaterede variable og statistiske beregninger), bekræftes i sådanne studier en hverdagslig tænkning om 'praktikgenese', dvs. en mere eller mindre implicit teori om, hvad der driver en menneskelig handling frem. Denne forestilling er også fremherskende når grupper spørges til sundhed og livsstil fx i Larsen et al (2010)^[k3]. Udgangspunktet for de unges opfattelser var at de er:

- a) autonome som selvkørende "jeg", adskilt fra familie og øvrige omgivelser.
- b) individer der mere eller mindre frit og bevidst vælger deres egne handlinger.
- c) tænkende individer, hvor kognitive og eksplicite overvejelser ligger bag hver enkelt handling.
- d) ansvarligt individ hvor valg og bevidsthed retter sig mod at stå til ansvar for mislykkede eller succesfulde handlinger.

Man er ikke bare sin egen lykkes smed, men også sin egen ulykkes årsag. Det gælder også på sundhedsområdet: "*Du er din egen sundheds smed og din usundheds årsag*" (Kristian Larsen et al., 2010, pp. 12-13). Det antages her med hvad der kunne kaldes "livsstilshypotesen", at personer med lav uddannelse eller lav social samfundsmæssig position har større risiko for at udfolde en risikoadfærd på grund af deres "valg" af livsstil. Forskningen antyder, at disse gruppers sundhed er i fare på grund af en risikoadfærd, såsom rygning, usunde kostvaner, inaktivitet i fritiden, og på grund af at de måske i mindre grad end andre er fokuseret på at beskytte sig selv mod at blive skadet, fx ved at bruge cykelhjem eller sikkerhedssele. "Valget", som udmøntes i sund eller usund

⁷ Med position menes nogle institutioner eller agenter, som søger at definere, hvad sundhed/sygdom er, og hvordan det skal undersøges. Der er tale om en socialt kampfelt, hvor hver position søger at gøre sine opfattelser og fremgangsmåder gældende, dvs. som et opgør med de andres opfattelser og fremgangsmåder

livsstil, knytter sig til en livsstil, som ud fra det perspektiv er usund og kan kobles sammen med den sociale baggrund, så lavstatusgrupper oftere end højstatusgrupper udviser en sådan risikoadfærd (undtaget er alkoholbrug, hvilket den inddragede norske empiri bekræfter).

2. Biologi, gener og determination

En anden position fokuserer på, hvordan ikke bare den fysiologiske krop, men også den menneskelige biologi formes af de vilkår, kroppen er placeret i. Her tales om socialt konstruerede gener (Martin, 1999), biologisk indbygning (Hertzman & Wiens, 1995) og biologisk programmering (Kuh, Ben-Shlomo, Lush, Hallqvist, & Power, 2003). Siden starten af det 21. århundrede er denne type forskning vokset frem med stor hastighed fx indenfor hjerneforskning og studier af arvelighed og sociale implikationer af bestemte analyser af gener og genomer. Det kan fx være søgen efter det gen der gør, at man er disponeret for alkoholisme eller fedme. Flere af disse studier bygger på, at den menneskelige biologi ved fødslen ikke blot er en neutral printplade, som kan give ophav til hvad som helst afhængigt af den omgivende kultur. Denne printplade er allerede programmeret og re-programmeres over generationer. Denne position fokuserer mest på, hvordan belastende vilkår, som fx sociale, miljømæssige eller stressmæssige vilkår, overføres fra den ene generation til den næste. Antagelsen er, at en vis programmering sker via biologi, fysiologi eller på genniveau. I inter-generationelle studier ser man fx, at lav fødselsvægt giver anledning til en permanent programmering af hjerte og kar samt metaboliske funktioner, som bl.a. øger risikoen for hjertekarsygdomme. I næste generation kan en videreførelse af sådanne svigt måles ved at disse kvinder bl.a. har højere niveau af binyrebarkhormon og højere blodtryk, hvilket igen overføres til fysiologiske forandringer eller programmering hos deres børn (Drake & Walker, 2004). Dette er dog ikke en position vi vil inddrage i den videre rapport, i det der ikke fundet genetiske forskelle som kan relateres til socioøkonomiske uligheder. Som Elstad formulerer det, med fokus på et epidemiologisk niveau:

"Så langt har ingen forskning påvist at gener av betydning for de store trekkene i sykdomspanoramaet varierer mellom sosioøkonomiske sjikt. Det finnes til dags dato ingen vitenskapelige undersøgelser som har funnet noe betydelig omfang av genetisk relaterte sykdomsvariasjoner mellom de som er høyt eller lavt på inntektsstigen eller mellom forskjellige yrkesgrupper" (Elstad, 2005, p. 14)

3. Social struktur og determination

En tredje position fokuserer på de sociale strukturer i samfundet og på det politiske niveau, med andre ord på makroniveauet. Denne primært sociologiske position opfatter de samfundsmæssige, arbejdsmarkedsrelaterede (Dahl et al., 2010), bolig-mæssige (Saegert & Evans, 2003), økonomiske, uddannelsesmæssige og materielle strukturer som centrale for menneskers ressourcer i forhold til handlinger og vaner relateret til sundhed og sundhedsadfærd (Lindbladh & Lyttkens, 2002, 2003)(Lindblad & Lyttkens, 2002, 2003; Marmot & Wilkinson, 1999). Det at have relativt god adgang til ressourcer, som kan bruges til at skabe sunde levekår kan være en forklaring på, at højt positionerede mennesker lever længere og oplever højere livskvalitet end lavt positionerede mennesker. Det er selvsagt lettere at foretage sunde valg, hvis man både har økonomiske muligheder, og hvis man igennem erfaringer fra familiens praktik har lært, hvad der er en sundhedsfremmende livsstil. Mennesker, der lever under socialt belastende vilkår, måske forarmelse på grund af udstødelse fra arbejdsmarkedet (Dahl et. al 2010), fattigdom, racisme, forurening, vold, farlig trafik osv., er tildelt færre ressourcer til at kunne agere i det hele taget,

herunder foretage sunde valg. Både mellem lande (fx Japan og Sierra Leone) og indenfor lande (Aboriginals og 'other Australians') argumenterer denne position for, at vi kan og skal tale om materiel deprivation (fx dårlige ernæring eller vandforsyning). Denne position kan dog opfattes som overdeterminerende af sociale faktorer (Marmot 2005). Marmot henviser til at 'life expectancy' er 48 år længere i Japan end i Sierra Leone og 20 år kortere for Aboriginals end for 'other Australians' (Marmot 2005, p. 1103). Man skal med Geoffrey Rose, og som en kritik af sådanne former for epidemiologi, undersøge årsagerne bag årsagerne (Ibid p. 1102)

4. Sociale relationer, materialitet og netværk

Den fjerde position fokuserer på sociale relationer med fokus på blandt andet social kapital som en "ny" faktor, som antages at have afgørende betydning for menneskers sundhed (Baron et al., 2000; Blaxter & Poland, 2002; Field, 2003; Portes, 1998; Putnam, 1993; Wilkinson, 1999). Denne position fokuserer således på det sociale, såsom venskabsforhold, tillid og tryghed i nære omgivelser som afgørende for menneskers sundhed og trivsel. Inden for denne position kan også studier der fokuserer på hvordan de fysiske, geografiske områder fx by/land eller boligområder kan være konstituerende for konstruktive eller destruktive (sunde/usunde) sociale relationer. Når grupper af mennesker ekskluderes af den økonomiske, politiske og kulturelle arena er dette også uadskilleligt fra eksklusion, der manifesteres rumligt (spatial manifestation) (Madanipour 1998). Det påpeges at forandring eller opløsning af social eksklusion blandt andet og meget grundlæggende går gennem at genoverveje rumlige barrierer og at promovere rumlig adgang og rumlig frihed (Ibid. p. 188). I en ghettoanalyse, slår Wacquant (2008) fast, at den 'kollektive ghetto' fra halvtressernes USA var karakteriseret af et netværk af organisationer og institutioner, der virkede som buffer for de sorte mod den hvide dominans. Men disse institutioner og kollektive organiseringer er væk i hyperghettoen. Hvilket blandt andet tilskrives en 'deindustrialisering og skiftet til den finansielle kapitalisme'. Begrebet om 'territorial stigmatisering' dækker det forhold at visse mennesker og deres boligområde dæmoniseres, både af den bolig-mæssige og arbejds-mæssige elendighed, men også mentalt dvs. man kan ikke præsentere sig selv som en fra det pågældende område. Denne type analyser fokuserer også på, hvordan de byggede omgivelser (arkitektur) både er produkter af sociale forhold og producerer sociale og sundhedsmæssige forhold. Det vises fx at forsømte boligområder relaterer sig til modstridende positioner, herunder at forsømmelse også angår politiske prioriteringer og dermed historiske konkrete forhold, der kunne være anderledes (Schultz Larsen 2009 p. 114, 250).

Begrebet social kapital diskuteres inden for denne position ud fra forskellige tilgange og begrebet ses ofte knyttet til en bestræbelse på at opnå nye forståelser af forholdet mellem sundhed og social ulighed. Begrebet social kapital har på visse områder forkastet tidligere fremherskende begreber som økonomisk kapital og der er sket en forskydning i sociologisk forskning fra "can you afford it" to "have you got friends". (Larsen & Morrow 2009, p. 11). Diskussioner vedrørende social kapital's udsagnskraft, stringens, sammenhæng, operationalisering og anvendelse er nødvendige at forholde sig til, da der er stor uenighed om disse forhold (se fx Portes, 1998). Forholdet mellem social kapital og sundhed beskrives aktuelt som værende ved en skillevej. Det er væsentligt, hvorvidt og i givet fald hvordan begrebet kan anvendes i studier af sundhed (Keating, 2000; Lynch & Kaplan, 1997; Marmot & Wilkinson, 1999; Vimpani, 2000; Wilkinson, 1999).

5. Klasse, livsstil og distinktion

Den femte position bryder med de øvrige gennem at beskrive og forklare hvordan struktur og agens konstituerer hinanden gennem begreber som social position, kapital, habitus og distinktion, som de er udviklet og anvendt af Bourdieu (1995 [1979]). Siden er begreberne bl.a. anvendt i norsk magtanalyse (Hjelbrekke et al. 2007), studier af sociale distinktioner (Priour & Rosenlund, 2010; L. Rosenlund, 1998), og søgt videreudviklet fx i forhold til kulturel kapital (Lamont & Lareau 1988), brug af social kapital relateret til sundhed (Carpiano 2007, Donald & Carpiano 2013), studier af kropssyn i forhold til fedme (Christensen 2011^[104]) eller compliance og huden (Noiesen et.al. 2004). Der findes også studier som bestræber sig på at udvikle Bourdieus begreb og analyse af livstil (Cockerham 2005, 2010, 2013), udvikling af en sundhedskapital, som sammenskædes med distinktive strategier for at investere i egenkroppen (Larsen et.al. 2013) eller kulturel sundhedskapital som forklaring på ulige behandling i sundhedssektoren (Shim 2010). Ud fra denne position relateres sundhed til klassestruktur, klasserelationer og dominansrelationer. Hvor andre positioner, ofte implicit, tænker individer eller grupper som substans dvs. relativt uafhængige af hinanden, er der i denne position stærkt fokus på (klasse – og magt)relationer i historisk perspektiv. Dominerende sociale positioner (klasser) sætter trenden for hvad der smukt, godt og rigtigt – både generelt og i forhold til sundhed. Gennem deres livsstile søger mennesker at distingvere, dvs. adskille sig fra andre sociale grupper og disse grupperes præferencer. Det har fx været distinktivt det vil sige en innovativ adfærd, for dominerende grupper at ryge tidligt i forrige århundrede (Pampel 2005), mens de senere årtier har det været distinktivt at lægge afstand til rygning. At være ”ikke-ryger”. Måske noget lignende kan ses i forhold til anvendelsen af snus? Modsat, eller som en udfordring af diffusionsteorien signalerer denne antagelse at når eller hvis højt positionerede grupper tilegner sig en distinktiv adfærd gennem at agere sundt, så kan det også motivere lavere positionerede grupper til at adskille sig gennem adfærd såsom rygning. Dette signalerer i nogle miljøer uafhængighed og sejhed (toughness) og dette at kunne sætte sig fri af konventioner (Pampel 2010, p. 7). I forhold til livsstile, viser Krange & Petersen (2001), at ”festrygning” [recreational smoking] er mest udbredt blandt de socialt bedst positionerede, der i øvrigt ikke opfatter sig selv som rygere, hvilket de i andre undersøgelser ville blive kategoriseret som. Rygning i den optik er ikke en last, men dominerende grupper besidder store mængder af økonomiske, kulturelle og sociale kapitaler, end de der ryger dagligt og i mange tilfælde end de der ikke ryger. Med reference til Rosenlund (1998) argumenteres for at gruppen har kontrol over deres liv og som sådan også over rygningen som samtidig udtrykker en distinktiv adfærd. Rekreativ rygning er forbundet med et tilvalg, som kan vælges fra, på samme måde som forbrug af andre nydelsesmidler.

6. Historie, netværkstænkning og samtidsdiagnose

En anden måde at tænke sundhed, livsstil, krop og politik på formidles via begreber om netværk og kredsløbstænkning. Man kan fx analysere, at staten og den direkte og formelle politik baseret på almindelige og parlamentariske beslutningsprocesser ikke længere er dominerende i forhold til sundhed distribueres i samfundet, herunder hvordan lighed og ulighed i sundhed fordeles. I Nicolas Roses samtidsdiagnostik, beskrives ingen ’motor’ eller primær kilde bag de forandringer han beskriver med biopolitik, som kan udarte sig i måder at styre og organisere befolkningens liv med livskvantitet og- kvalitet (Rose, 2007, 2009). I en overordnet historisk analyse gør Rose i forlængelse af Foucault (2000)⁸ rede for, hvordan de livspolitiske bekymringer i det 18. og 19. århundrede var rettet mod generel sundhedspolitik, fødsels- og dødsrater, epidemier, kontrol med

⁸ Desuden fx Foucault (1972 [1969]., 1994 [1976], 2002 [1994]., 2008 [1975].)

vand, kloak og fødevarer. I det 20. århundrede gik bekymringen snarere på angst for nedarvning af biologisk konstitution, på værn om nationen eller folkestammen. Sluttelig er livspolitik og bekymring i det 21. århundrede blevet rettet mod kontrol, omformning og udvikling af det enkelte menneskes livsevner. Her ligger fokus på at optimere stofskifte, organer, hjerne, livslængde (det molekylære niveau, stamceller, intelligent medicin) (Rose 2009: 28-29). Dette angår nogle grundlæggende måder at tænke om mennesker, kontrol, regulering og sundhed på. Man kan samtidig tale om, at der er fremvokset en stadig større ulighed i fx, hvor længe og hvordan befolkningsgrupper (fx ud fra uddannelse, erhverv, etnicitet eller aldersgrupper) lever, hvilket skaber grundlag for nyere diskussioner om ulighed i sundhed. Disse ændringer i sundhed, magt og netværk, som primært ses i de sidste 50 år, formulerer Rose som, at der er sket en intensivering og generalisering af de sundhedsfremmende strategier, der blev udviklet i det tyvende århundrede. Dette skal ses i sammenhæng med fremvæksten af en privat sundhedsforsikringsindustri, som forstærker de forpligtigelser, individerne og familierne har til at overvåge og forvalte deres egen sundhed. Alle borgere må nu blive aktive partnere i kampagnen for sundhed og acceptere deres eget ansvar for at sikre deres egen velfærd. Organisationer og fællesskaber ansøres også til at påtage sig en aktiv rolle i sikringen af deres ansattes og medlemmernes sundhed og velfærd. Denne nye ”vilje til sundhed” bliver i stigende grad udnyttet af virksomheder, der strækker sig fra medicinalindustri til fødevarerbutikker. Og en hel række pressionsgrupper, kampagneorganisationer og selvhjælpsgrupper opfylder nu det rum af ønsker, bekymringer, skuffelser og skavanker, der ligger mellem viljen til sundhed og oplevelsen af dens fravær.

Inden for dette komplekse netværk af kræfter og forestillinger styres individernes sundhedsrelaterede aspirationer og adfærd ”på afstand” ved at forme de måder, de forstår og iscenesætter deres egen frihed på. Biopolitikken opererer i dag ikke længere på et problemområde der defineres af befolkning, kvalitet, territorium og nation (Rose 2009: 98). Interessenterne, de nye producenter af styring, udgøres således ikke længere blot staten med tilhørende politiske beslutningsprocesser eller kongen, men i højere grad af et netværk af interessenter som biotekindustri, forskere/videnskab, klinikere/læger og patienter/patientsammenslutninger (Larsen & Esmark, 2010). Disse samfundsmæssige forandringer har konstitueret et marked med en stor gruppe af professionelle og terapeuter i tilknytning til sundhedsområdet, som Rose benævner som ”somatiske eksperter”. Vi ser således råd og interventioner fra læger, sygeplejersker, jordemødre og sundhedsplejersker, men også mange forskellige terapeuter, ikke blot psykoterapeuter, men også taleterapeuter, beskæftigelsesterapeuter, kunstterapeuter, fysioterapeuter og en hærskare af andre terapeuter. Der er ernæringseksperter, kosteksperter, sundhedseksperter, eksperter i genoptræningsgymnastik, eksperter i træning og fitness, stofmisbrugskonsulenter, sexkonsulenter, familie- og parforholdskonsulenter, psykiske sundhedskonsulenter og selvfølgelig genetiske konsulenter, familieplanlægningskonsulenter, fertilitetskonsulenter og reproduktionskonsulenter, der alle kan hjælpe med at udforme et liv i sundhedens navn (Rose 2009: 110-111). Denne fremvækst af eksperter er en del af det marked som strukturelt og indirekte, men også formelt og direkte, virker ind på individets og gruppens måde at leve livet på, herunder på deres levevilkår og livsstile. Man kan i forhold til ’korrektion af livsstile’ nævne fx fremkomst af en række eksperter med kursus og undervisningsaktiviteter som retter sig mod rygning (anti-rygning, rygestopkurser), mod fedme/diæter (kostvejledere, diætister), alkohol (alkoholeksperter, kure mod alkoholmisbrug) eller i forhold til motion og træning (motionsløb, løb med fedme/kriminalitet/depression, personlig træningscoaches). Det blev altså beskrevet, at sundhed, styringen af sundhed og distributionen af sundhed mellem grupper i samfundet, sikkert i mindre grad reguleres af politik i konventionel betydning. Indspillet fra den type samtididiagnose og idehistorie repræsenteret ved Foucault og Rose, er, at skæbne efterhånden er erstattet af at subjektet selv er blevet central som entreprenør i sit

eget liv. Det er et scenarie i de Foucault inspirerede studier at man kan sige at vi i de moderne samfund er blevet vore egne bioetikere, der navigerer vores liv i samråd med eksperter og i dialog med medier om sundhed og sundhedsfremme. Via en præcis og individuel genetisk, molekylær diagnose kan grundlaget være klart (Rose 2009: 132). Dernæst etableres et samråd med egen læge, hvor vi, dvs. hver enkelt af os overvejer vore valgmuligheder på nye måder og præmisser. Det vil sige vi vil blive vore egne statistikere og sundhedsøkonomer der løbende skaber oversigt og kalkulerer vores egne QALY'er (kvalitetsjusterede leveår) i relation til fordele og ulemper ved den ene eller den anden handling i forhold til sundhed og livet. Vi er alle præ-patienter eller potentielt syge og kan måske på længere sigt med rettidig omhu korrigerer og forbedre vores livschancer via indsigter på det molekylære niveau hos os selv og vores familie (Larsen & Esmark, 2010). Den analyse at staten har skiftet strategi og at den via sine institutioner, bestræber sig på opsyn med sin befolkning (statistik, oversigt over ulighed i sundhed) og ønsker at individer selv tager vare på sin egen sundhed (selvstyring, governmentalitet) er et ganske godt signalement fx over hvad der afføder denne rapport.

Gennem en række diskurser, politikområder og dokumenter, men også via måder at organisere sundhedsfremme og forebyggelse på – går statslige institutioner og professioner direkte ind og bidrager til at styre og organisere fx rygestopkurser, ernæringskurser mv. I forhold til styring af befolkningen fokuserer Lisa Dahlager (2002) på forebyggelse. Dahlager viser hvordan styringsteknologier ikke blot er måder at forme handlerum på gennem at koble magt- og selvteknologier, men de fungerer også som måder hvorpå subjekter etablerer etiske selvforhold på. Det empiriske udgangspunkt var observationer og interviews koblet til livsstilsrelaterede forebyggelsessamtaler på en dansk hospital, der var udnævnt til modelhospital for forebyggelse. Samtalerne etablerer et bestemt etisk selvforhold for både de sundhedsprofessionelle og patienterne - og derved former de deres muligheder for in- og eksklusion. Men diskurserne der kan også bidrage til moddiskurser og modpraksis i forhold til de råd som eksperter og dominerende sociale klasser formidler. Dette bekræftes blandt andet i studie om den historiske konstruktion af ekspertdiskurser og den sideløbende konstruktion af oppositionelle livstile (Fagerholt 2011).

Analyser af samfund, levevilkår, livstile og sundhed

Efterfølgende analyseres relationer mellem samfundsforhold og social position. I de fleste tilfælde anvendes social position synonymt med social klasse baseret på uddannelsesniveau og/eller økonomi og boligforhold og sundhed. Vi vil præsentere centrale indsigter i, hvordan forskellige sociale positioner i Norge lever deres liv, med fokus på deres livsstile. Her vil vi især behandle forhold omkring ernæring/kost, rygning, drikkevarer/alkohol og brug af kroppen/motion. Disse indsigter analyseres ud fra aktuelle og fremherskende teorier som angivet i det foregående dog primært med inspiration fra sociologi nærmere repræsenteret ved Pierre Bourdieus sociologi og udviklinger af denne. Denne sociologi udgør en forholdsvis dominant position i studiet af relationer mellem sociale klasser og sociale livsstile. Der er tale om en type empirisk sociologi som er udviklet indenfor studier af social reproduktion relateret til uddannelsessystemet, studier af livsstile og studier af diverse autonome felter som religion, universitet, staten med videre. Bourdieus sociologi er efterhånden ved at vinde indtræden i forhold til studier af sundhed, sygdom, livsstil og klasse. Positionen er kort præsentert ovenfor (5. klasse, livstil og distinktion). Her uddybes hvordan sociologien kan inddrages til at beskrive og forklare uligheder i sundhed i Norsk kontekst.

Usundhed som modpraksis mod ekspertdiskurser

I de nordiske velfærdstater kan man antage at størstedelen af den voksne befolkning godt ved at det er usundt at ryge, at der findes usund kost og at det er sundt at motionere. Ud fra den sjette videnskabelige forskningsposition, kan usund levevis som fx det at ryge (Pettersen 2005) eller spise usundt (Andrews 1996) opfattes som symbolsk modhandling til eksperternes sundhedsdiskurser.

En usund livsstil kunne signalere fællesskab og afstandtagen til forældregenerationen. Dristighed, normbrud og protest (Grimsø 2009) eller sensationssøgning (Klepp og Aarø 2009) kan være andre begreber, der søger at forklare at fx unge handler på måder som strider mod de autoriserede idealer i forhold til kost/ernæring, rygning, drikkevarer/alkohol og bevægelse/motion. I et praktikteoretisk perspektiv er handlinger af unge, voksne eller gamle mennesker imidlertid ikke inspireret eller orienteret og endnu mindre styret af statslige eller institutionelle forskrifter, idealer eller værdier fx i forhold til livsstil. De indtager snarere positioner, også ud fra deres sociale biografi, ud fra hvilken visse handlinger er mulige og tænkbare og andre ikke-tænkbare og ikke-mulige. Som sådan tænker fx unge mennesker alt overvejende ikke, når de ryger eller drikker meget alkohol: "Nu vil jeg protestere mod ekspertdiskurserne"! Det er snarere sådan at de miljøer (klasse-mæssigt eller ungdomsgrupper) som er centrale i konstruktionen af identitet strukturerer en orientering der definerer sig som en afstandtagen eller modsætning til de fremherskende og dominerende(s) diskurser og praksisser, herunder ekspertdiskurserne.

Statens rolle i ulighed i sundhed

Når man taler om ulighed i sundhed vil man ikke umiddelbart opleve at samfund og staten direkte er relevante at involvere, ud over når det kommer til politiske beslutninger. Igennem politiske beslutningsprocesser lægges rammer for, hvordan mennesker lever deres liv gennem regulering af arbejdsmarkedet, uddannelsesmarkedet, social- og sundhedsområderne osv. Samtidigt påvirker de politiske beslutninger direkte fx menneskers økonomi i forhold til beskatning og moms af drikkevarer og madvarer mv. Men staten er også på andre måder en central part, når sundhed og social ulighed i sundhed er på tale. Staten er ikke noget, vi kan pege på og fæstne som et fysisk sted, med konkrete personer eller institutioner. Staten er et fænomen, som har en historie og en struktur med love, institutioner og professioner mv., som sikrer, at vi alle opfører os nogenlunde ensartet, trods alle forskelle. Staten kan regulere spillet i andre felter, som fx sundhedsområdet, når relationer mellem private og offentlige behandlingsinstitutioner forskydes, fx gennem lovgivning om fradragsordninger ved køb af private sundhedsforsikringer (Iversen, 2012). På den måde er staten en stærk medspiller når vi aktuelt ser hvordan forskellige livsstile også korresponderer med sociale uligheder. Staten er ansigtsløs, relativt tavs og anonym, og den har fæstnet sig i vores hoveder og tanker. Staten sikrer, at vi har et vist fælles moment af orienteringspunkter i forhold til os selv og vores omgivelser. Staten er svær at forstå, fordi vi forledes til at beskrive og forklare den gennem statslige og bureaukratiske begreber og logikker dvs. fortællinger om en 'udvikling' fra kongedømme til demokrati, fra 'hver sin elforsyning' til 'fælles elforsyning' (Bourdieu & Wacquant 1997: 101). Staten har installeret sig grundigt i den ydre verden (objektivt i form af specifikke strukturer og mekanismer) og ikke mindst i den indre verden (subjektivt i form af mentale strukturer for, hvordan verden skal opfattes og forstås). Det er imidlertid vigtigt at tænke staten og dens måde at opføre sig på som noget der kunne have været anderledes, dvs. den har indpodet en vilkårlig kulturel orden i os, som giver udseende af at være naturlig og måske indiskutabel og universel. Men det som fremtræder naturligt er i en sociologisk analyse kulturelt,

dvs. staten er et socialt artefakt, et menneskeprodukt (Bourdieu & Wacquant 1997: 101). Dermed er det indlysende, dvs. doxa, også et særligt synspunkt, det vil sige de dominerendes synspunkt (Ibid.: 128).

Symbolsk vold

Staten har som den eneste institution retten til legitim brug af fysisk og symbolsk vold inden for et afgrænset territorium og over for den samlede befolkning i dette territorium (Ibid.: 104). Hermed menes dette diffuse, som staten udgør, den kan gå i krig, den kan sætte mennesker i fængsel eller pålægge dem militærtjeneste, undervisningspligt eller behandlingsdomme. Staten iværksætter også forhold og særlige foranstaltninger på sundhedsområdet på mange områder. Her kan fx sundhedspleje være et eksempel: Der er lovpligtige besøg af sundhedsplejersker med henblik på at hjælpe og støtte småbørnsfamilier og som sådan er denne intervention og kontrol af børnefamilierne symbolsk. Men den er understøttet af fysisk repressionsmagt i form af politiet og domstolene. Familier kan og skal, alene på mistanke indberettes af sundhedsfaglige personer, fx af sundhedsplejersker hvis de finder anledning til det (Nygård, 2008). Det vil sige, at rapporter om 'vanrøgt', 'voksnes utilstrækkelige evner som forældre', 'psykisk børnemishandling' eller kritik af 'omsorgssvigt', kan give anledning til tvangs fjernelse af børn eller unge hjemmefra.

Det er effekter af staten, der er virksomme i os, når vi fx forsøger at skrive på den rette grammatiske måde. De er også virksomme i os, når vi orienterer os mod, hvordan en sund krop ser ud. Pointen er at vi kan gå uendeligt langt tilbage og langt ned i analyseniveauer og spørge; "hvem eller hvad giver statsministeren den magi som han/hun trækker på når han/hun skriver under på love" eller "hvem eller hvad tillægger lægen den magi som han/hun trækker på, når han/hun udskriver attester (sygdomsattest, invaliditetsattest) (Bourdieu & Wacquant 1997, p. 120-121). Altså hvorfra stammer den autoritet som autoriserer den autoriserende osv. Man tvinges til en uendelig regression, men det første eller sidste led i den indvielsehandling kan vi betegne stat (Larsen, 2010). I forhold til konkrete analyser relateret til sundhed kan man se at og hvordan staten agerer i forhold til sundhedsfeltet fx gennem den måde staten agerer i forhold til:

- Hvad eller hvilke typer af videnskabelighed, institutioner og aktiviteter, der kan opfattes som legitime i forhold til at forbedre sundhed og at reducere sygdom
- Hvilke begreber, klassifikationer og logikker, herunder årsagsforklaringer, der formidles og erfares som legitime i forhold til sygdom og sundhed
- Hvilke faggrupper der autoriseres og erfares som legitime på sundhedsområdet
- Hvilke typer af interventioner, herunder behandling, sundhedspædagogik og forebyggelsesstrategier, der autoriseres af staten
- Hvilke kroppe der anskues som legitime og normale (Larsen, 2008b)

Det fremgår således at staten og statslig regulering direkte og indirekte har stor betydning for regulering af det levede liv – herunder sundhed og usundhed - i det norske samfund. Dette sker gennem formel politik og regulering af ministerielle områder (økonomi, uddannelse, undervisning, sundhedsområder, arbejdsmarkedet osv.), men også gennem deltagelse i regulering og styring af videnskab, institutioner og professioner relateret til social ulighed i sundhed. Et lille delområde kan

fx være deltagelse i regulering af hvad der får – eller ikke får legitimitet gennem at betegnes som konventionelle behandlinger/behandlere eller alternative behandlinger/behandlere. Staten på dette abstrakte niveau indgår ikke mindst i regulering og fastholdelse af social ulighed i sundhed gennem konkret politik, men ikke mindst gennem (ekspert)diskurser (begreber, klassifikationer og logikker) der legitimerer at visse kroppe anses som normale, rigtige og sunde og andre unormale, afvigende og usunde. Her indgår det norske Helsedirektorat (fx 2011) som statslig institution der bidrager med at inkludere nogle og ekskludere andre via fx instrukser om kost, rygning, drikkevarer og motionsinstrukser og forslag (spise fisk 2-3 gange om ugen, at spise grove kornprodukter hver dag, at vand anbefales som drikkevarer, unge skal være fysisk aktive mindst 60 minutter hver dag).

Det udgør et særligt interessant område at se på, hvordan sundheds- og forebyggelsespolitik gennem regulering af områder fx ved større eller mindre økonomisk støtte (egen læge, tandlæge, psykolog mv.) har betydning for ulighed i sundhed. Dette sker på en subtil og ubemærket måde fordi det er "naturaliseret" hvordan regulering er organiseret. Måling af antal og status af tænderne i den ældre befolkningsgruppe er et af de bedste steder at iagttage social ulighed i sundhed i de nordiske velfærdsstater. Tandstatus er den stærkeste indikator der relaterer sundhed til social position⁹ (Larsen 2008a). Stort set hele den menneskelige krop kan undersøges og behandles i velfærdsstaterne med fuld eller meget stor statslige tilskud, mens mundhulen og tandpleje og behandling i langt lavere grad får tilsvarende statslige tilskud. Som sådan er mundhulens behandling i høj grad et privat finansieret område. Det er ikke nogen særlig stor ekstra udgift for højt positionerede familier at betale mellem 3.000 og 9.000 kroner for en tandbehandling af et familiemedlem. En lavt positioneret familie vil derimod have meget vanskeligt ved at frembringe så mange penge. Lavt positionerede grupper vil ofte vælge at få fjernet dårlige tænder frem for at få rekonstruktioner og proteser mv. Ulige vilkår i forhold til at opretholde sin sundhedsstatus, afføder ulige 'valg' i de respektive familier. Dette eksempel fremhæves med henblik på at formidle hvilke effekter staten har gennem at staten er i kroppen på os alle, men ikke mindst for at påpege hvordan relativt arbitrære dvs. tilfældige kropsdele og behandlinger subsidieres frem for andre (fx hud frem for tænder, og knogle kirurgi frem for tandkirurgi) og at dette har naturaliseret sig hos alle. De fleste tænker ikke over at de skal betale for at gå til tandlæge, mens lægebesøg er gratis – sådan er det bare! Og sådan har det altid været.

Velfærdsstat og transformation af fælles sundhedskapital

Der er via velfærdsstaten, investeret i og opbygget en viden og en 'know how' relateret til sundhedsområdet. Over flere hundrede år, er der i de nordiske velfærdsstater (Kuhnle 1991, Vallgård 2003, Vallgård og Krasnik 1999) og internationalt (Porter 2003) udviklet et relativt stort og overgribende statsligt system af institutioner, som har skullet bidrage til reduktion af sygelighed og optimering af sundhed. I de nordiske lande så vi med fremvæksten af velfærdssystemet, at der blev bygget institutioner såsom galeanstalter, sindssygehospitaller, fødselsstiftelser, hospitaler, embedslægeinstitutionen, statslige styrelser (fx sundhedsstyrelsen og miljøstyrelsen), lægepraksis,

⁹ I Norge viser undersøgelser foretaget i Oslo, at der for de 35årige er en sammenhæng mellem socioøkonomisk status og uddannelse og fremkomst af periodontal sygdom (paradentose) (Eriksen et. al. Berset, 1996) og karries (Skudutyte-Ryssstad et. al. 2009). I et dansk eksempel har de højt positionerede blandt de 45-66-årige i høj grad alle deres tænder tilbage (34,8-47,2 % af denne gruppe), mens det tilsvarende tal for de lavt positionerede blot er 22,9-23,1 %. Der er altså næsten dobbelt så mange blandt de højt positionerede i denne aldersgruppe, der stadig har alle deres tænder. Hvis man ser på den anden ende af skalaen, er der i den lavt positionerede gruppe mellem 5,1-9,8 %, som ikke har nogle af deres egne tænder tilbage, svarende til 7,5 ud af hundrede fra gruppen. Dette tal er kun 2,2 % blandt agenterne i de dominerende positioner (Larsen, 2008a).

sundhedspleje osv. Der er også udviklet teorier og modeller til at beskrive og forstå processer relateret til sundhed, lægemidler, medicinsk teknologi mv. Den viden er udviklet og oparbejdet i teorier, institutioner og materialitet. Der er tale om en akkumuleret viden som står til rådighed for alle. Med inspiration fra Bourdieus sociologi (Pierre Bourdieu, 1986; 1996 [1984]) kan man sige at kapitalen dvs. en bestemt type af oparbejdet ressource, kan findes i tre former:

- Materielt fx som basale artefakter dvs menneskefrembragte produkter. Der kan være tale om fx vejnet og elforsyning, kloakering mv., samt hospitalsbygninger – forebyggelsescentre, stoffer/materialer som lægemidler (fx penicillin), mineraler, vitaminer eller teknologier som måleredskaber, scannere, computere og røntgenapparater mv. De oparbejdede ressourcer relateret til sundhed, som er nedsænket materielt og konkret spænder vidt, fx i form af sikre, tørre, udluftede, sunde boliger, institutioner, arbejdspladser og alderdomshjem mv. Hvis man tænker på sundhedspleje så integrerer denne dimension de fysiske og konkrete manifestationer fx øjendråberne som anvendes af sundhedsplejersken.
- Institutionelt og som institutionaliserede ordninger som fx statslig støtte til sundhedspleje og sygdomsbehandling. Samtidig er kapitalen institutionaliseret som foreninger og sammenslutninger relateret til fx forskning i ulighed, social reproduktion, sundhed mv., konferencer, tidsskrifter med fokus på sundhed og ulighed, tekster, regler og love, herunder som teorier (fx videnskab/viden om sundhed og sociologi, kroppens anatomi/fysiologi, tidsskrifter, lærerbøger). Hvis man tænker på sundhedspleje så integrerer denne dimension den statslige støtte og lovgrundlag i forhold til opsøgende sundhedspleje mv., samt teorier om børn og deres udvikling mv.
- Kropsligt, fx i den viden som er oparbejdet i de sundhedsprofessionelles kroppe i form af viden om sundhed, hygiejne, behandling og sygdom eller sekundære tilgange som gennem viden indlejret i kroppe i forhold til brug af computere, søgesystemer mv. Også kropslig viden akkumuleret i lægmand, om hvordan man tager vare på sig selv på alle måder, herunder i forhold til brug af egenkroppen relateret til at forebygge sygdom og at optimere sundhed er en del af denne form. Det kan være kropslig viden om og erfaring generelt men også relateret til fx ernæring/kost, rygning, drikkevarer/alkohol og motion. Hvis man tænker på sundhedspleje så integrerer denne dimension den kropslige viden som ligger i ”håndelaget” hos sundhedsplejersken eller i moderens blik på barnets tilstand og dets normale/unormale reaktioner.

Studier af ulighed i sundhed relateret til livsstile – og muligheder for at optimere sundhed og minimere sygdom - er blevet mulige som produkt via de oparbejdede ressourcer med tilhørende teorier, statistiske analyser, viden om sundhed mv. Hvis man ikke havde statistik var den type problematikker ikke blevet mulige at bruge. På lignende måde kan alvorlig psykisk eller somatisk sygdom håndteres via et arsenal af sundhedsrelaterede ressourcer objektiveret i bygninger, teorier og kroppe. For størstedelen er denne fælles kapital stillet til rådighed via statens mellemkomst idet langt de fleste ydelser i forhold til sygdom og sundhed, er skattefinansierede dvs. ikke-privatiserede. Videnskab indenfor sundhedsområdet udvikles og distribueres dog mellem mange lokaliteter, men i udgangspunktet står fx sundhedsfremme, forebyggelse og behandling eller hospitalet som et oparbejdet reservoir af ressourcer, til rådighed for hele befolkningen på samme måde som andre basale artefakter (menneskefrembragte tingslige produkter) som vejnet, kloakering og elforsyning samt institutionaliserede ordninger som fx pædagogiske-, sociale- og sundhedsordninger. Dette for at påpege, at og hvordan denne ressource ikke er et naturprodukt, men et kulturprodukt. Tidligere var der ikke en stat med den type af sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige institutioner der i

dag kan opfattes som selvfølgelige og 'naturlige'. Etableringen og opretholdelse af skoler, børnehaver, uddannelsesinstitutioner, handicapcentre, sociale institutioner eller hospitaler har været objekt for politiske kampe, stridigheder mellem sociale grupper og grupper af mennesker har lidt afsavn pga. opbygningen af disse institutioner. Her romantiseres ikke i forhold til institutionernes eller deres virkemåder. Der er mange anledninger til at kritisere institutionerne for dehumanisering, rationalisering mv. Ovenstående er en sociologisk rekonstruktion af genesen af sådanne typer af institutioner og en påpejning af at hvad der kan erfares som naturligt og selvklart oftest er kulturligt og produkt af strid, investering og interessekamp mellem sociale grupper. Det der er, er blevet.

Når man sammenligner studier af sundhed og sygdom i et internationalt perspektiv, er det tydeligt, at der i den nordiske velfærdsstat er opbygget en vis mængde akkumulerede fælles ressourcer, som potentielt er demokratiseret og står til rådighed for alle. Vi kan tale om et slags sundhedsfelt¹⁰, eller et medicinsk felt med tilhørende 'sundhedskapital' (Jensen et. al. 2007, p. 119; Larsen et. al. 2013), som drejer sig om nogle ressourcer, der potentielt står til rådighed for alle agenter i den nordiske velfærdsstat, til forskel fra agenter i fx en række udviklingslande. Det er ressourcer, som er opbygget gennem kamp og investering af tidligere generationer af mennesker. Disse kapitaler er opsamlet i og gennem staten, dvs. den institution som vi alle indgår som del af, og den har tilsvarende kanaliseret en masse energi, penge, arbejde samt blod og sved ind i det investeringsarbejde som kapitalerne har akkumuleret. Man kan blot tænke på opfindelser af teorier om menneskekroppen, bygninger af hospitaler eller den viden som eksisterer som kropslige teknikker hos diætist eller læge. De ressourcer står til rådighed for de næste generationer. Aktuelt ser vi en forholdsvis stor udvikling af et privat og markedsorienteret sundhedsmarked dvs. med voksende udbud af privathospitaler, private jordemødre og fysioterapi. Transformationer af velfærdsstaten kan bidrage til øget social ulighed i sundhed. Et eksempel er hvordan øget privatiseringsbestræbelser fx i forhold til sundhedsforsikringer bidrager til øget ulighed i sundhed i Danmark fx med fordelinger der styrker mænd snarere end kvinder, privatansatte (61 %) frem for offentligt ansatte (6 %), unge (66 %) frem for ældre (40 %) ansatte frem for arbejdsløse og højtuddannede snarere end lavt uddannede, SAMAK 2010^[KS].

Ud fra en sociologisk inspiration fra (Pierre Bourdieu, 1996) ville man kunne se dette som et eksempel på, hvordan velfærdsstaten trækker sig på bekostningen af det økonomiske marked og dets logik, dvs. at et økonomisk magtfelt udhuler og former et sundhedsfelt og dets logikker. Sundhedsfeltet fungerer også med et hierarki af kundskabsformer hvor dominante positioner henviser til særlige kundskaber fx såkaldt evidensbaseret viden, mens andre former for viden henlægges som hverdagsviden eller erfaringsviden. Der kan også distingveres mellem formel ekspertviden og folkelig viden (Skogen & Krange, 2010, p. 160-161). Transformation af velfærdsstaten med effekter i sundhedsfeltet ses også fx gennem relativt nye ledelses- og styringsformer, nye begreber om udvikling af standarder, krav om evidensbaseret praksis og ikke mindst gennem nye økonomiske incitament-strukturer med begreber og logikker fra økonomiske magtfelt (cost/benefit, investering/outcome; DRG¹¹ systemer, ICD-10¹² mv.). De konkrete

¹⁰ Fagerholt (2011, pp. 10-12) beskriver på lignende vis et tænkt sundhedsfelt med dominerende positioner som sætter dagsordenen for et etableret værdihierarki for hvad der er sundt og usundt og på denne måde definerer, hvilke adfærd, idealer og værdier som er værdsatte og giver prestige og ikke mindst hvad der ikke giver prestige.

¹¹ Diagnose Relaterede Grupper (DRG) vedrører omkostninger for en diagnoselateret gruppe og udtrykker det relative ressourceforbrug for den pågældende patientgruppe (Helsedirektoratet, 2011a).

¹² International klassifikation af diagnoser.

implikationer dvs. både produkter af og producerende af disse transformationer kan fx ses i forhold til:

Lighed og sundhed: Tidligere bestræbelser og højere grad af fri og lige adgang til sundhedsydelse er under transformation. Her ses effekter af sundhedsforsikringer hvor nogle via ansættelsesforhold i øget grad end ikke ansatte har adgang til behandling. Man kan tale om transformation fra velfærdsstat til konkurrencestat¹³ med de implikationer det kan have på sundhedsområdet.

Sundhedsfremme, individualisering og behandling: Overordnet ses nye typer af sundhedsfremmende strategier, individualiseringsprocesser, koblet med kortere indlæggelsestider på 3-5 dage på hospitalerne. Hospitalerne er blevet mere produktive målt i antal af (ambulante) undersøgelser og behandlinger, men en stadig større del af behandling, rehabilitering og genoptræning er lagt ud i primær sektor herunder til privat/familiemæssige sammenhænge. Individens familiære dispositioner og kapitaler af økonomisk, kulturel og ikke mindst socialt art (social kapital) bliver centrale når sundhed skal optimeres og sygdom minimeres. Man kan med Roses ord sige at:

”en intensivering og generalisering af de sundhedsfremmende strategier, som blev udviklet i det tyvende århundrede, parret med fremvæksten af en privat sundhedsforsikringsindustri forstærker de forpligtigelser, individerne og familierne har til at overvåge og forvalte deres egen sundhed” (Rose, 2009, p. 98).

Eksperter og sundhed: Som en del af transformationerne ser vi et stort marked af varer, institutioner og faggrupper der udbyder sig med henblik på at optimere sundhed. Rose taler om somatiske eksperter fra læger og sygeplejersker, til ernæringseksperter, kosteksperter, sundhedseksperter, eksperter i træning og fitness, stofmisbrugs konsulenter og selvfølgelig genetiske konsulenter mv. (Rose 2009: p. 110-111). Alt sammen i sundhedens navn og direkte og indirekte med til at påvirke levevilkår og livsstile fx mod rygning (anti-rygning, rygestopkurser), mod fedme/diæter (kostvejledere, diætister), alkohol (alkoholeksperter, kure mod alkoholmisbrug) eller i forhold til motion og træning (motionsløb, løb med fedme/kriminalitet/depression, personlig træningscoaches).

Den strukturelle betydning af disse transformationer mellem metamatfeltet dvs. staten og et økonomisk magtfelt i forhold til sundhedsfeltet, kan formuleres sådan at statens beskyttelsesramme er reduceret samt individer og deres individuelle kapitaler er blevet centrale i bestræbelsen at opretholde eller forbedre social position, også i forhold til sundhed. Det kan også formuleres sådan at arbejdet med at opretholde eller forbedre sin samfundsmæssige position i øget grad er blevet individualiseret og blevet objekt for individuelle strategier blandt andet i forhold til at optimere kroppens sundhed. Det uddybes afsnit om Sundhedskapital og investering i et sundhedsfelt.

Staten, videnskab og professionernes dobbeltrolle i forhold til social ulighed¹³

I officielle dokumenter og rapporter relevant for sundhed og sygdom, fra ministerier, styrelser og regioner (fx Helse og omsorgsdepartementet, 2005), konstrueres social ulighed i sundhed, sygdom og sygdomsårsager på bestemte måder. I den fremherskende del af analyserne er der fokus på 'udsatte borgere', 'marginaliserede', 'etniske minoriteter', 'kontanthjælpsmodtagere', 'børns sundhed' eller 'arbejdsløse' (fx Folkehelseinstituttet, 2010; Helsedirektoratet, 2012a). Der er ligeledes udviklet indikatorer på risikofaktorer som relateret til livsstile fx med fokus på

¹³ Dette afsnit er en videreudvikling af (Larsen 2008b)

stofmisbrug, fysisk inaktivitet, usikker sex, arbejdsulykker eller psykisk arbejdsbelastning (Breivik et. al. 2011; Juel et. al. 2006). I de socialmedicinske perspektiver, som trækker på epidemiologi, er der tale om en slags risiko- eller belastningstænkning i forhold til særlige grupper af mennesker. Der er til forskel fra et salutogenetisk (dannelsen af det sunde) perspektiv, tale om et patogenetisk perspektiv, dvs. hvor genesen eller dannelsen af det syge efterspores; det kan være på genom eller genniveau, men her primært hvad angår belastende forhold. Virkeligheden tages 'face value', som den giver sig og kan måles og vejes, ofte gennem et stort talmateriale, der skaber overblik. Den første position der fokuserer på livstil og valg har ofte implicit en livsstilshypotese som grundtænkning idet der fokuseres på det individuelle og kognitive niveau. Studierne er koblet med en humanistisk og indigneret grundholdning, hvor det at beskrive og udforske belastende enkeltfaktorer tænkes at skabe baggrund for politisk, sundhedspolitisk, arbejdsmiljømæssig intervention mv. Data, signifikans og evidens er centrale og teori anvendes evt. i efterfølgende bestræbelser på oversigt og mulige sammenhænge. Denne viden er konstrueret indenfor eller parallelt med en (sundheds)politisk konstruktion (fx kost, rygning, alkohol, motion – de tidligere nævnte KRAM-faktorer), og den tænkes i høj grad at skulle fremlægges til det politiske niveau, med henblik på intervention. Der er tale om stærke konstruktioner, for staten og dens sundhedsprincipper og videnskabelighed, har støtte i FN og EU.

Der er imidlertid visse indsigter, som fortrænges med sådanne substansperspektiver hvor enkeltfaktorer isoleres og evt. adderes (enkeltbelastninger lægges sammen). Det bliver aldrig tydeligt, at agenter er relateret til hinanden, og som sådan giver det nogle ekstra indsigter at beskrive og analysere dem relationelt.

Ud fra et relationelt sociologisk perspektiv dvs. den femte position, er den fede krop, den inaktive – eller den tynde krop, den aktive – ikke et selvstændigt forskningsobjekt, selv om hverdagsfornuft og politik tilsiger det. Det, som kan være et videnskabeligt objekt, er et helt socialt rum eller felt af kroppe, dvs. relationer mellem kroppe, som er forskelligt positioneret og har forskellig magt og kredit i feltet, over tid. Det er altså ikke en anonym og neutral aktivitet, at der via statens støtte og autorisationer konstrueres risikogrupper, målgrupper, indsatsområder (fx 'fedme', 'alkohol', 'rygning' og 'motion') med tilknyttede professionelle interventioner (fx livsstilsbesøg, rygestopkurser, diætkurser og motionskurser). Det kan lidt polemisk siges sådan, at staten medskaber, hvad den ideologisk søger at undgå eller forebygge. Når staten og en række institutioner og professioner, som knytter sig til hertil, fokuserer på den store krop, udpeger store kroppe som risikogrupper, etablerer måleenheder som BMI (der indikerer den store krop), konstruerer særlige indsatsområder vedrørende de store kroppe og etablerer særlige procedurer (trænings-, slanke- eller diætkurser) for de store kroppe – legitimeret og gennemført af særlige professionelle, som er uddannet og evt. autoriseret til at varetage denne særlige gruppe af store kroppe – så indgår alle de aktiviteter (praktikker, klassifikationer osv.) også i konstruktionen og eksklusionen af store kroppe og i inklusionen af andre kropsfysiologier. Og de konstruktioner af virkeligheden indgår i en social fortrængning af nogle grundlæggende forskelle mht. økonomisk, kulturel og social kapital – som sætter grundlæggende rammer for sundhed og sygdom.

Sundhed og praktik mellem levevilkår og livsstil

I sociologiske, antropologiske og etnologiske studier af sundhed er kroppen vigtig, og det antages, at agenter er opdraget og formet, men også uddannet og kvalificeret overvejende gennem kropslige processer. I det sociale liv opdrages børn inden for konkrete og materielle vilkår, og denne verden

overdrages kun sekundært igennem verbale ytringer. Det lille barn oplever, lugter, rører, ser og hører og opfatter dermed – eller rettere – inkorporerer den sociale verden gennem kroppen, herunder de sociale og materielle vilkår, som gør særlige sociale praktikker fx i forhold til sundhed mulig. Som sådan er ”sundhed”, ”mad”, ”kur”, ”træning” eller ”u-sundhed”, ”fed mad” eller ”inaktivitet” slet ikke permanente eller nærværende objekter i agentens daglige praktikker (Jensen et al., 2007, p. 39). Et lille barn, der vokser op, er således snarere i færd med at spise, lege eller løbe og derved indprentes principper om, hvordan man spiser, hvad man spiser osv. I *Distinction - A Social Critique of the Judgement of Taste* analyserer Bourdieu bl.a. det han kalder habitus og livsstilens rum. Han ser her på den socialiserede krop – dens madsmag, spisevaner, selvpræsentation (klæder, kosmetik, kroppspositur, kropsfunktioner), sportspraktikker og alderstegn – og dens varierende sociale betingelser og virkninger i det sociale rum (Bourdieu, 1984, p. 169-225). Livsstilspraksis kan i det værk ses som en symbolsk kamp om magtpositioner som knyttes til habitus, kapitalsammensætning og et strukturerende hierarki. Smag og livstil er i den analyse først og fremmest afsmag for andre gruppers smag og livstil.

Ifølge Bourdieu er habitusbegrebet uomgængeligt, hvis man vil forklare, hvorfor mennesker handler fornuftigt uden at være eksplicit rationelle. Dvs. uden, at man hele tiden bevidst tilrettelægger adfærd med henblik på at maksimere afkastet af de midler, man har til rådighed. Dette betyder at mennesker handler fornuftigt og uden, at de eksplicit formulerer deres mål og bevidst tilrettelægger en strategi, der opregner deres egne ressourcer og de objektive midler, som er nødvendige. Mennesker er med andre ord ’fornuftige’ til trods for, at de ikke hele tiden er engageret i social langtidspanlægning og strategiske overvejelser. Det beredskab, som sætter agenten i stand til at opfinde adækvate handlinger i en vedvarende strøm af situationer, henter næring i en tidligt, førbevidst, kropsligt indlejret struktur. Habitus er de systemer af dispositioner, som agenterne tilegner sig i et bestemt miljø, og som tillader dem at generere praktik i de sociale felter. Norge udgør et overordnet homogent samfund bl.a. grundet den nordiske velfærdsstat, men dog også heterogent idet der er forskelle i ”miljøer” i form af sociale klasser, etniske, kønsmæssige og religiøse grupperinger. De miljøer skaber forskellige betingelser for hvad der opfattes som god smag og gode vaner i forhold til fx de områder der berøres med begreber om livstil (kost, rygning, alkohol og motion). Habitus indgår i Bourdieus forsøg med forbinde sociale strukturer og de individuelle mentale/kropslige strukturer. Nu er det ikke sådan at en person altid befinder sig i samme miljø. Man kan vokse op et sted, uddanne sig et andet og slutteligt bo i et tredje gennem sit arbejdsliv. Der er på den måde tale om en løbende bevægelse mellem den måde individet er formet på (habitus, de internaliserede dispositioner) og så de sammenhænge i form af klassemæssigt forskellige positioner som personen agerer indenfor efterfølgende (fx kan et individ uddanne eller gifte sig ”opad” eller ”nedad”). Man kan sige, at når der er korrespondance mellem den position, som agenten besidder, og de dispositioner, som vedkommende har tilegnet sig, så optræder agenten som en fisk i vandet, alt går af sig selv. Omvendt kan habitus løbende omgå forandringer når personen varigt er i anderledes betingelser end de der tidligere formede ham/hende i krop og psyke/mentalitet. Men fortiden lever videre i nutiden og som sådan er enhver ’ændring af livet’ altid en improvisation inden for grænser og mulige forandringer sker ikke blot som resultat af agentens kognitive processer som del af deltagelse i undervisning, vejledningsaktivitet mv. Selv om der er en vis regelmæssighed i agentens sociale praktik, følger vedkommende end ikke et implicit regelsystem. Det, der styrer praktikken, er en praktisk sans (Bourdieu 1973; 1994 p. 86). Dette forklarer, hvorfor f.eks. livsstilskorrigerende sundhedskampanjer kun sjældent efterleves særligt af socialt udsatte individer. Privilegerede eller dis-privilegerede opvækstbetingelser determinerer ikke henholdsvis et privilegeret eller et elendigt liv. Til gengæld sætter sådanne opvækstbetingelser nogle aftryk i en krop, som vil være virksomme gennem livet, og som enten fungerer som en støtte

eller udfordring. Den svenske fodboldsspiller Zlatan Ibrahimovic har sagt – både som støtte og udfordring - med reference til hans egne hårde opvækstbetingelser i et belastet kvarter i Malmø; ”Man kan tage en fyr ud af Rosengård, men man kan ikke tage Rosengård ud af en fyr” (Lagercrantz, 2012, p. 441). Forskellige positioner, med ulige tildelinger af kulturelle, økonomiske, bolig-mæssige og sociale kapitaler, bevirker, at vi alle kan improvisere og opfinde vores liv, men at der er meget forskellige grundlag og rammer for denne opfindelsesproces (Larsen & Rysse, 2013). Udgangspunktet for Bourdieus arbejde med habitus og praktikteorien var praktikker som produkt af en praktisk sans, en forståelse af et socialt konstitueret spil, som i udgangspunktet angik sociale praktikker i de mest banale og dagligdags udtryk, fx ritualer, valg af partner, økonomisk adfærd i dagligdagen, præferencer i forhold til hvad der var et godt liv, flot tøj, god madsmag eller fritidsinteresser. Herunder altså hvordan et individ fx forholder sig til kost/ernæring, drikkevarer/alkohol, rygning/stimulanser eller syn på og arbejde med kroppen som fx i form af motion eller sportspræferencer.

Ideologier om ens kropsidealer

Det er et bestemt samfund på en given tid, der bestemmer, hvad der er en sund krop. Nogle(s) kulturer har tendens til at blive opfattet som den rigtige, normale og legitime, mens andre(s) ringeægtes eller lægges for had, ses som vulgær osv. Når man ser tilbage fx på hvordan kroppe er blevet opfattet over et historisk forløb vil man fx se at for 50 år siden blev en fysisk stor og korpulent mand af alle grupper opfattet gennem positive kategorier som fx fyldig, trivelig, livskraftig, magtfuld eller kraftfuld, mens den tilsvarende fysiologiske konstitution ville blive kategoriseret som fed, vampet, overvægtig, lad og doven. Som det formuleres af Fagerholt:

”En global studie av overvekt og stigmatisering i ti ulike land, fant blant annet at synet på overvekt og fedme har gått fra å representere suksess og velstand, til å representere en negativ kroppstilstand som er tilknyttet mye stigmatisering” (Fagerholt, 2011, p. 17).

Tidligere var det således overklassens store og velnærede krop, der blev dyrket, i andre samtidige samfund hyldede man tyndere eller højere kroppe. Den tendens at fedme stigmatiseres og at fede anses som mennesker med svag selvkontrol er ikke let at analysere men nogle angiver at det blandt andet kan begrundes med en omfattende mediekonstruktion og dyrkelse af den tynde krop samt marginalisering af den tykke (Brewis et. al. 2011)

På det grundlag og med antropologisk, sociologisk og historisk indsigt står det klart, at der ikke er en krop eller livsstil der 'i sig selv' er mere normal, rigtig eller "sund" end andre. Man vil i dag, fra politisk side, argumentere ud fra, at der er evidens for at man lever længere, er mindre syg, bliver hurtigere rask og rapporterer højere grad af høj livskvalitet – ved at leve sundt osv. Men tidligere har man anvendt andre typer af begrundelser for hvad der var værd at dyrke og anerkende som normalt, smukt og sundt. Begrebet symbolsk vold i forhold til sundhed, dækker det fænomen at norges 'sundhedskultur' har tendens til at blive opfattet som den rette, både af de der praktiserer den, men også af de grupper som ikke gør det. Den symbolske vold ligger i det forhold at de dominerede grupper læser sig selv gennem de dominerendes blik og principper. Undertrykkelsen er altså ikke så meget 'udefra', som 'indefra' (Bourdieu 1973, 1977). En eller flere gruppers definition af en sund krop universaliseres og naturaliseres, dvs. formidles, ses og erfares som den eneste ene og rigtige. Dette sker samtidig med, at andre sociale gruppers kroppe og deres sundhed, ses og erfares, som forkerte, unormale eller usunde. Det blik, der ser og erfarer hvilken krop, der er

sund/usund, normal/ unormal osv., bliver indbygget i øjnene på alle. En bestemt udlægning af sund og normal ses og erfares af alle, ikke som en eller nogles version, men som versionen, sundheden og normaliteten. Det er ikke virksomt 'top down' dvs. at staten dominerer de dominerede. Den stærkeste (symbolske) magt ligger derimod i, at de som ikke bærer denne sunde krop - de læser dem selv gennem den. De ser deres egen krop som en fejlversion, en ringe krop, en defekt krop, en usund eller syg krop. Der sker til og med en individualisering som siger; det er din egen skyld, at din krop er usund, uskøn, unormal! (Larsen et. Al. 2013)

Social position og forskelle i kropsidealer¹⁴

De forskelligt positionerede kroppe i det sociale rum retter sig også mod forskellige idealer i forhold til, hvordan en flot krop skal se ud, hvad der karakteriserer den og hvad den skal kunne. I en analyse af krop, sport og ernæring siges det fx at:

“As is clearly seen in the case of a diet, which will vary depending on whether the objective () is to get fatter or thinner, to approach a weight defined in terms of an ideal which varies with time, place and milieu, the 'choice' of the 'aims' of sporting exercise is determined by a system of principles which orient the whole set of practices, i.e. sexual practices and eating habits, aesthetic preferences and style of dress, and so on. It would not be difficult to show that the different social classes do not agree as to the effects expected from bodily exercise, whether on the outside of the body (bodily hexis), such as the visible strength of prominent muscles which some prefer or the elegance, ease and beauty favoured by others, or inside the body, health, mental equilibrium, etc.”

(Bourdieu, 1978, p. 835)

Positioner lavt i det sociale rum muliggør og nødvendiggør et ret funktionelt og instrumentelt blik på kroppen, dvs. egen-kroppen. Det ser man fx, når bodybuildere gennem intens træning optimerer deres krop og med detalrigdom beskriver det antal centimeter, som skulderen, brystmusklen eller overarmen er tiltaget i omfang. Fx udtaler en lavt positioneret mand om styrke og silhouette i Distinction:

“I was not weakling for my age when I started, but all the same I've put 5 inches on my shoulders, 3 inches on my chest and 1½ inches on my arms () my father gets me to take off my shirt and show visitors what I've achieved” (Bourdieu, 1984, p. 210).

Man finder også det instrumentelle blik, eller den instrumentelle relation til kroppene, aktiveret i arbejderklassen i henhold til diæt og skønhed samt i relation til sygdom og medicinsk behandling. Der er mange andre typer af forhold til kroppen som artikuleres forskelligt blandt sociale grupper. Man kan forestille sig at sociale grupper orienterer sig mod kroppen fx i en spænding mellem:

-Den *indre* krop (fx orienteringen mod og arbejdet med de usynlige sundhedsindikatorer som kolesterolniveauer, blodtryk osv.) / den *ydre* krop (fx arbejdet med og orienteringen mod den slanke versus fede krop).

-Kroppen som *rå-ubearbejdet* (fx en 'autentisk - naturlig krop¹⁵) / kroppen som *kunstigt modelleret-formgivet* (fx en konstrueret krop via bodybuilding, plasticoperationer).

¹⁴ Dette afsnit er en videreudvikling af Larsen (2008a)

-Kroppen som *mål* i sig selv (fx orientering mod kroppen som fremtræden – som vare) / kroppen som *redskab* (fx orientering mod at kroppen skal være funktionel – som maskine eller instrument).

-Kroppen som *vedligeholdelse* (fx kroppen som subjekt dvs. redskab der løbende kræver intervention i forhold til at skabes/genskabes fx ud fra autoriserede anvisninger) / kroppen som *nedslidning* (fx kroppen som objekt dvs. redskab der er skabt og langsomt opbruges-ignorerer).

Pointen er at alle individer og grupper ikke retter sig efter samme principper og idealer i forhold til hvordan en krop skal se ud, ej heller i forhold hvordan de hver især ser på deres egen krop og andres. Disse spændinger og orienteringer (indre/ydre, rå/kunstig, mål/redskab, vedligeholdelse/nedslidning), samt sikkert flere andre, har forskellig udformning og betoning særligt klasse-mæssigt, men også i et livsfaseperspektiv (barn, ung, voksen og gammel). Som eksempel vil en ældre person snarere end en ung erfare sin krop som noget der skal vedligeholdes osv. Som et tankeeksperiment kan man konstruere to modsatrettede personer ud fra afsnittet om social ulighed i sundhed i Norge:

Den ene er en kortuddannet og arbejdsløs mand. Han ryger hver dag, er ret kraftig, drikker dagligt sodavand og kan ikke se ideen i at motionere, da han ikke er en af de der ”overenergetiske fitness-typer”. Den anden er en højtuddannet kvinde med en stor lønindkomst. Hun er meget opmærksom på at have en sund og varieret kost og spiser tit frugt og bær (måske som del af en Paleo-inspireret kost). Samtidigt motionerer hun dagligt da hun er meget opmærksom på, at hendes BMI ligger lidt over normalen. Hver fredag og lørdag drikker hun rødvin, gerne sammen med nogle bekendte til et kulturarrangement eller måske bare et glas alene for at stresser lidt af ovenpå den hårde arbejdsuge. Med udgangspunkt i analyser af den nyeste levekårsundersøgelse (Thorsen & Normann, 2011) kan man tilføje flere karakteristika ved personerne fx tager kvinden tit på langrendsturer i fjeldet gerne hele weekenden, og kan lide at sejle i hendes kajak eller måske tage på sejlbadsture i hendes forældres gamle sejlbad. Modsat foretrækker den første person at korte gåture, hvis det endelig skal være og tager en gang imellem på dagslange fisketure med en kammerat ved den nærmeste sø eller strand. Disse to personer vil tydeligt have delvis modsatte orienteringer i forhold til deres krop og syn på sundhed, fx i forhold til hvad der prioriteres mellem den indre og ydre krop, den rå og kunstige krop, kroppen som mål eller redskab, eller kroppen som vedligeholdelse og nedslidning.

Bolig og materialitet - klasse-mæssige forskelle

Et helt væsentligt grundlag bag analyserne er det relationelle perspektiv og en betoning af materialitet. Materialitet fremhæves her, fordi denne dimension bag menneskers handlinger og livsstil, fx i forhold til sundhed, ofte fortrænges. Med materialitet tænkes på helt konkrete eksistensbetingelser i betydningen: ’er der penge nok til, at hele familien kan få tilstrækkeligt med mad at spise’, og ’er der tilstrækkelige ressourcer til, at børnene kan få varmt og tørt tøj på, så de ikke fryser’. Denne tvingende materialitet kan i vores samfund primært kompenseres gennem økonomisk kapital, modsat lande med mere udpræget naturalieøkonomi. Men den kan ligeledes tilvejebringes gennem konvertering af kapitaler, fra eksempelvis sociale kapitaler til økonomiske kapitaler, hvor man fx trækker på venskabsrelationer, som kan frembringe relevante ressourcer (fx

¹⁵ Distinktionen mellem naturlig og kunstig er ikke meningsfuld, fordi alle kroppe ses som formede, modificerede bevidst og ikke-bevidst. Her ligger distinktionen snarere i graden og intensiteten af denne formning, og individets orientering heri.

mad og tøj). Med materialitet menes imidlertid, at det sociale ikke bare lever og oppebæres i sociale kroppe (fx økonomisk privilegerede og ikke-privilegerede kroppe), men at det også er 'indbygget' i materialitet og relationer mellem materialitet (fx store, lyse og tørre boliger kontra små, mørke og fugtige boliger). Agenternes æstetik og præferencer tænkes derfor tæt relateret til positionen i det sociale rum. Jo lavere agenten er positioneret i det sociale rum, des mere vil vedkommendes position trække mod en nødvendighedssmag (Bourdieu, 1984). Maden skal 'fylde', der skal være "mad til at mætte alle munde", 'stort og stærkt er godt' osv. De højt positionerede agenter kan snarere karakteriseres af en luksussmag eller æstetisk smag, der er defineret af en afstandtagen fra denne nødvendighedssmag og den tilknyttede funktionalisme med hyldelse til det grove, det store, det voluminøse osv.

Ernæring, madvaner og sundhed – klasse-mæssige forskelle

Set fra et hverdagsperspektiv er madvarer blot objekt for forskellige smagspræferencer. Hver har sin smag og sine særlige præferencer for, hvad man kan lide og hvad der opleves som upiseligt, upassende, for surt/sødt, stærkt/svagt osv. Det opfattes altså som noget dybt personligt og individuelt hvad hver enkelt kan lide. Det er også rigtigt på det enkelte individs niveau, men på et overordnet niveau er det også muligt at vise en række forskelle indenfor enkeltindivider og mellem grupper i samfundet, også grupper indenfor den samme sociale klasse. Empiriske analyser viser at ernæring og madvaner er ganske forskellige i forskellige grupper i det norske samfund og internationalt i øvrigt. Et eksempel er den nævnte modsætningen mellem de langtuddannede kvinder som spiser mange bær og frugter og de kortuddannede mænd som foretrækker sukkerholdige drikke. Analyser viser, at sociale grupper har forskellige og modsatte måder at spise og drikke på. I det franske aristokrati er formen først og fremmest et spørgsmål om rytme i forhold til spisningen med regelsæt, der implicerer, hvornår og hvordan man sætter sig til bordet, pauser i spiseforløbet, at man venter med at spise, til sidste person har fået serveret maden, og at man ikke må virke for ivrig og oversulten. Man ser også et forløb, som skarpt adskiller fx spisning af fisk og kød, ost og dessert. Blandt de højest positionerede sociale grupper er tendensen også, at tallerkener og bestik skiftes ud til forskel fra hos arbejderklassen. Her siger man fx: "*Det bliver alligevel blandet inde i maven*" (Bourdieu, 1984, p. 195). Man kan argumentere for, at man kan rekonstruere to grundlæggende modsatte tilgange til mad og relationer til mad blandt sociale grupper ud fra Bourdieu og studier inspirerede af hans arbejde. I det ene tilfælde ses og erfares mad som en materiel realitet, en nærende 'substans', som understøtter kroppen og giver styrke. Det andet og modsatte tilfælde sætter styrke og substans i baggrunden og identificerer sand frihed med diskret askese af en selvvalgt regel (Bourdieu, 1984, p. 199). Mad anses i det første tilfælde som noget der skal til for, at kroppen kan fungere funktionelt og det er samtidig en potentielt sparsom ressource. Forklaringen er, at arbejderklassen som gruppe er tættere relateret til den sociale og materielle nødvendighed, og som sådan må man sikre sig at få "noget for pengene", og at det valgte "holder". Smagen skal matche det, man har penge og kompetence til (L. Rosenlund & Prieur, 2006, p. 147).

Ud fra data fra levekårsundersøgelsen fra 2011 er det mere almindeligt for de kortuddannede som er placeret lavere i det sociale rum at gå på jagt, fiske og samle bær i fritiden, i stedet for bruge fritiden på en mere økonomisk krævende aktivitet som sejlsport, der fortrinsvis foretrækkes af de langtuddannede med en høj placering i det sociale rum (Thorsen & Normann, 2011). I levekårsundersøgelsen fra 2008 spørges ind til fritidsaktiviteter som hvor tit man går på museum, til koncert, til opera, i biografen, på kunststillinger, hvor tit man tager på cafe, på restaurant eller bar, på udflugter, weekendturer og ferie. I de nævnte kategorier er det dem med længst uddannelse som er de største kulturforbrugere og dem med kortest uddannelse som i mindre grad

bruger fritiden på disse ting (Bilag 8). Ovennævnte aktiviteter er alle aktiviteter som koster penge, hvor at fiske og samle bær er nogenlunde omkostningsfrit. I det norske samfund vil man kunne finde struktureringer af distinktioner i forhold til præferencer relateret til mad, kost, ernæring mellem lavt og højt positionerede (nødvendighedsmag kontra luksusmag) og også distinktioner mellem positioner tæt ved den kulturelle og tæt ved den økonomiske pol (asketisk æstetik kontra en hedonistisk æstetik). Som også Fagerholt (2011) finder omkring distinktioner og studier af unge i Norge, virker disse ikke kun oppefra og ned, men lige så vel mellem klassefraktioner på samme niveau fx som forskelle mellem positioner der overvejende baserer deres position på økonomisk kapital (håndværksmestre) i forhold til positioner der overvejende baserer deres position på kulturel kapital (folkeskolelærere). Man ser også afvigende livsstilspræferencer indenfor og mellem forskellige grupper af studerende. I en afdækning af læreruddannelsens ændrede placering over tid, i det svenske højskolefelt ses også mønstre i indikatorer på kulturelle og andre praktiker, dvs. på et mere specificeret felt (Hultquist & Palme, 2009). Det viser sig fx at studerende til arkitekt og kulturvidenskab snarere investerer i kunstmuseer, fri teatergruppe, mens studerende til lærer (underskolen), læge eller sygeplejerske, snarere investerer i "Friskis & Svettis" og jogging. 'Valg' af livsstile er både orienteret mod at signalere et tilhørsforhold, men samtidig udgør livsstilen objekt for måder at afvige på.

Ernæring, madvaner og sundhed – kønsmæssige forskelle

I Bourdieus analyser af indtagelse af madvarer viste det sig, at der var nogle underliggende relationer af inklusion og eksklusion mellem de sociale køn og indtagelse af madvarer. Det opfattes fx upassende for mænd i arbejderklassen at spise fisk, ikke blot fordi fisk opfattes som en let madvare, der ikke på tilstrækkelig måde 'fylder', og som kun serveres af sundhedsmæssige årsager (dvs. for børn og handicappede), men også fordi fisk er en barnlig ting, som en mands hånd ikke kan håndtere. Fisk er noget sart, skrøbeligt og småt, og håndteringen af sådanne genstande får manden til at virke barnlig. Men som det siges, er fisk primært modsætningsfyldt at spise for en mand, fordi "*fisk skal spises på en måde der totalt modsiger (contradicts) den maskuline spisemåde*" (Bourdieu, 1995 [1979], p. 190). Manden må, når han spiser fisk, nødvendigvis spise med en vis forsigtighed, i små mundfulde, forrest i munden, med forsigtig tyggen på grund af benene osv. Maskuliniteten, der i henhold til den sociale kode for hvordan munden anvendes ved forarbejdning af mad, retter sig mod at indtage store mundfulde af mad, idet maden forarbejdes og tygges godt igennem med særlig brug af de store kindtænder. Hele kroppen og særligt ansigtet må gerne være involveret, og det opfattes ikke som upassende at spisningen ledsages af lidt gnaskelyde, smaskelyde eller grynt. Det er her spisning af fisk, og evt. brug af små sarte kleenex® lommetørklæder, støder mod fundamentale sociale kropskoder relateret til mænd. Spisning af en oksesteg, med tilhørende brug af en stor bomuldsserviet hvori manden med høj lyd og kraft kan pudse og tørre næsen, relaterer sig bedre til det maskuline, som det er socialt konstrueret og virksomt. Hvis man skal trække paralleller til den norske kontekst vi har undersøgt kan man langtuddannede kvinder er dem der spiser mest frugt og bær og kortuddannede mænd er dem der drikker mest sukkerholdige drikke. I den henseende kan man diskutere om frugt og bær kan karakteriseres som en feminin, "højkulturel" spise, som man går og nipper til hvor sukkerholdige drikke som fx en halv liter cola i norsk sammenhæng i højere grad forbindes med noget maskulint, "lavkulturelt".

Tid og strategier i forhold til sundhed, ernæring og krop

Et vigtigt moment i distinktionen mellem at være tæt relateret til nødvendigheden eller til en luksussmag er dimensionen tid; fortid, nutid og fremtid. Når habitus orienterer en praktik, involveres både fortid, nutid og fremtid i denne praktikgenese. Habitus kan foregribe fremtiden og konvertere denne til en orientering i nuet. Dermed menes, at hvis man ikke har nogle fremtidsudsigter, har man heller ikke noget at miste, intet at gå glip af, og man kan lige så godt leve den enkelte dag, som om det var den sidste. Princippet kunne muligvis rekonstrueres til at være: ”jeg kan lige så godt få det hele med nu, for jeg ved ikke noget om i morgen”, eller ”så blev jeg da mæt i dag”. Er agenten positioneret lidt højere oppe i det sociale rum, dvs. en lille smule længere fra nødvendigheden, kan der indgå andre forventninger og orienteringer i forhold til fx mad eller sundhed. Det styrende princip ville kunne rekonstrueres til at være: ”sørg for at gemme lidt til i morgen nu, hvor du har sikkerhed for i dag”. Denne lille distance til materialiteten og dens krav gør det muligt for agenten, ikke blot at være og orientere sig i nuet. Vedkommende kan kigge og orientere sig lidt fremad, mod en fremtid af kortere eller længere tidshorisont.

Når vi ser på de højest positionerede i det sociale rum, knytter der sig til deres position en langt større oparbejdet kredit, oftest over generationer, af den ene og den anden art, dvs. af symbolske og materielle goder. Positionen tildeler agenten en orientering, som gør, at denne virkelig kan og dermed holder af at være i ’nuet’. Agenten er langt fra nødvendigheden, og til positionen knytter der sig det, Bourdieu kalder en luksussmag. Fremtiden er ikke i den konkrete og materielle betydning formuleret som noget truende, noget der er usikkert. Det kan være, at agenten har en række bekymringer om diverse menneskelige forhold; fx i forhold til frygt for sygdom, arbejdsløshed, fallit af virksomheden osv. Men når materialiteten, i betydningen tæthed til nødvendigheden, fremhæves her, så ligger fremtiden ikke som noget truende – og som sådan virksomt – i den aktuelle nydelse af fx et lækkert måltid. Påstanden er, at materialitet og afstanden til den konkrete sociale nødvendighed er afgørende for sociale præferencer. Forskelligt socialt positionerede agenter orienterer sig fx forskelligt og modsatrettet i forhold til præferencer i livet generelt, herunder i forhold til sundhed, kroppen og madvarer. I et studie af lavt positionerede gruppers levevilkår og livsstile blev det tydeligt at denne gruppes hele livssituation giver ophav til en ’stærkt indrammet nutidshorisont, som stort set ikke muliggør overvejelser om en fremtidshorisont, der rækker mere end et par timer eller dage frem. Sociologisk set er deres samlede ’locus of control’¹⁶ minimal i betydningen, at deres råderum for at agere i forhold til en mulig fremtid er ’låst’ af en anmassende og presserende nutid og effekter af fortid, styret af nødvendigheder. Nødvendighederne udgøres ofte både af effekterne af diverse misbrug af stimulanser men også af hele den økonomiske, bolig-mæssige, kulturelle og sociale virkelighed, der indrammer deres liv” (Larsen & Ryssel 2013 p. 17). Højt i det sociale rum, med stor afstand til nødvendigheden, gøres en dyd af det, som er positionens vilkår – der er ingen fra dag til dag, eller uge til uge trussel i forhold til at tilegne livets fornødenheder, fx at få mad og drikkevarer, at sikre sundhed i familien.

¹⁶ Begrebet er oprindeligt udviklet som et (social)psykologisk begreb af Julian B. Rotter i 1954. Locus kommer af latin og lægger op til fysisk placering (place) eller sted (location) i betydningen, at kraften eller magten i forhold til f.eks. sundhed er fysisk lokaliseret. I denne sammenhæng er begrebet anvendt i en mere sociologisk forståelse, hvor det betones, hvorledes handlingsrummet for nogle grupper i samfundet er minimalt, fordi de kun kan trække på få eller flygtige ressourcer, forstået som kapitaler af forskellig art. I forhold til sundhed så indfanger det den interne kontrol, hvor individet mener, at det selv er i kontrol over egne handlinger eller, i modsætning hertil, er styret af ydre kontrol, hvor vedkommende opfatter, at dets handlinger snarere ligger i andre menneskers hænder, eller at det er skæbnen, der styrer deres liv og sundhed.

Strategien at spare på energien

Som et eksempel på habituelle principper kan man fremhæve, at de lavt positionerede grupper trækker på et "energibesparende princip" i forhold til hvor de bor, hvor de handler, hvad de køber og spiser mv (Lindbladh & Lyttkens 2003). Økonomiske udgifter og indtægter skal gå op når måneden er omme. Et sådant generativt princip er ikke eksplicit for agenterne men det kan rekonstrueres teoretisk. Habitus fungerer som et bundt af generative principper. Med generativt princip menes en underliggende rationalitet ("*Fra hver etter evner, til hver etter behov*", "*En fugl i hånden er bedre enn ti på taket*", "*I morgen er det atter en dag.*", "*Betre buk sprengje enn god mat slengje.*") som er virksom på forskjellige områder fra indkøb af madvarer til måder at sidde ved bordet på. Der går ikke en lige linje mellem sociale gruppers økonomiske formåen og deres sundhedstilstand, men jo lavere grupper er positioneret i det sociale rum, des mere er penge en sparsom ressource og det har konkrete implikationer. Familien som en lille husholdning skal 'løbe rundt' med udgifter til bolig, fagforening, forsikringer, vand/el, mad, tandlæge, børns tøj og fritidsaktiviteter, evt. små ferier. I den sammenhæng bliver det med Bourdieus praktikteori og habitusbegreb, adækvat at forvalte ressourcerne og være sparsom i en her og nu orientering. Fx er det rationelt qua disse vilkår at vælge den billige grovhakkede leverpostej frem for den dyre fiber- og proteinrige økologiske. Man kan ved at søge på databaser som www.statistikbanken.dk og www.folkesundhed.dk (susy undersøgelsen) blive opmærksom på at social position har nedslag i langt mere end blot indkøb af madvarer (Larsen 2008a).

Det angår sundhed og 'valg', men valgene er situeret i en konkret kontekst og blandt lavt positionerede familier spiller økonomi og tid sammen på en særlig måde. I Venezuela er mange fattige bønder døde af "Chagas Disease" som overføres af en tægeagtig parasit. Sygdommen har ramt 7,6 % af de 24 millioner som udgør befolkningen i Latin Amerika. Sygdommen angriber mest børn og i det akutte stadie dør 5 – 10 procent. Derodover kan sygdommen blive kronisk og symptomer kommer evt. først efter 10 – 20 år. Hvorfor valgte bønderne ikke at forebygge sygdommen gennem blot at lappe de hullede lervægge i deres hytter? Gennem sociologiske analyser bliver det tydeligt at sygdommen ikke eksisterede kulturelt eller kognitivt blandt bønderne! De havde et sprog og en række forebyggelsesprincipper for at undgå slangebid, men denne sygdom blev ikke set eller erfaret. Det viste sig, at økonomiske og sociale eksistensbetingelser var så anmassende, at ingen kunne tænke mere end en uge frem og 10 år blev opfattet som næsten ikke-eksisterende (Briceño-León & Dias 1993). Bønderne kunne først 'forstå' sygdommen og de enkle forebyggelsesprincipper, da de konkrete levevilkår dvs. penge til mad og drikke til familien, gjorde en sådan 'forståelse' mulig og nødvendig. Lavt positionerede familier, har et mindre 'locus of control' dvs. område for kontrol over deres liv, primært fordi økonomien sætter grænser. Dette billede kan opfattes som lidt eksotisk og fremmedartet men kan hjælpe med at illustrere at praktikker, der virker irrationelle kan være rationelle når man sætter sig i de pågældende menneskers sted og medtænker deres position i en samfundsmæssig sammenhæng. I dette tilfælde, når bønderne ikke havde en forventning om at leve mange år – så forholder de sig ikke til potentiel sygdom om 10 år. På det grundlag er det rationelt at de snarere orienterede sig mod det som var nærværende her og nu – at skaffe mad, drikke og husly til familien. I Norsk kontekst vil man således kunne finde måder at leve på, fx spise og drikkevaner som kan virke afvigende og mærkværdige men som under de givne betingelser er fornuftige.

Kroppen med motion og idræt i og mellem generationer

I forhold til brug af kroppen ud over i det øvrige arbejds- eller fritidsliv har været under forandring gennem de sidste 30 år, blandt andet på grund af fremvækst af nye sportsgrene og nye faciliteter for

brug af kroppen (fx fitnesscentre, styrketræning, ekstrem sport). Der er forskelle i, hvordan sociale aktører handler i deres liv i forhold til tidligere generationer i Norge. I Norden er der en vis opløsning af tidligere meget strukturerede kulturer og en større tendens til at unge i dag, har et større rum for at kunne improvisere deres liv – dog med større grænser end man umiddelbart kunne forvente sig. Når en gruppe mennesker vokser op, så er deres 'valg' af uddannelse og erhverv mv. i højeste grad relateret til deres oprindelsesklasse (Hansen 1995). På samme måde overdrages kulturpræferencer i forhold til livsstile fra den ene generation til den næste (Fridberg, 1989, 2000^[K7]), og reproduktion af værdier angående et sundt liv, ernæring, fysisk aktivitet og kropsudformning – og tilfredshed reproduceres (Christensen 2010, p. 133-34^[K8]). Her er relationer mellem unge mennesker samt mellem de unge og deres forældregeneration især betydningsfulde (Jensen et. al. 2007). De højt positionerede sociale grupper vedbliver i højere grad end de lavere positionerede med at udøve sportsaktiviteter, og de er snarere end disse tiltrukket af tennis, sejlsport og golf, frem for vægtløftning og boksning. Der rekrutteres relativt bredt til sportsgrene som gymnastik (dog flest fra de højere sociale positioner) og fodbold (overvejende de mellemste sociale positioner). Interessant er ligeledes at se, hvordan sociale grupper på samme "hierakiske niveau" distingverer sig fra hinanden. Den højt positionerede gruppe, der i høj grad baserer deres position på kulturel kapital, er fx tiltrukket af tennis, roning, kano og kajak, mens gruppen ved den modsatte pol, hvor det snarere er økonomisk kapital, der trækkes på, retter interessen mod fx golf og ridning. Den asketiske æstetik, der knytter sig til ved egen kraft og 'naturligt' at glide gennem vandet i kano, kajak eller sejlbåd, er i opposition til den hedonistiske æstetik, der knytter sig til at 'krydse' og skære sig gennem havet eller havnefronten i hurtige, kraftfulde og energikrævende motorbåde (mod den økonomiske pol). I en norsk kontekst står flere langtuddannede på ski, især på længere skiturer i fjeldet og kan godt lide bådssport. De arbejdsløse er ikke så meget til bådssport og skiløb, men er mere til at fiske og samle bær og korte gå- og skiturer (Thorsen & Normann, 2011).

Sociale rum og det relationelle forklarer, at denne forskelsstruktur mellem de relativt højt positionerede stikker dybere end blot relationen mellem brug af 'egen kraft' eller 'vindkraft' og det at 'forbruge' og 'købe' energi. Dette er blot eksempler på forskellige positioner med forskellige og modsatrettede præferencer, som også angår relationer til andres og egen krop, relationer til politik, madvarer, bolig, venner, kolleger osv. At kroppen, træning, fysisk aktivitet knytter sig til uddannelsesniveau sandsynliggøres i et studie der viser at indbyggerne i Trondheim var relativt mere fysisk aktive end tilsvarende andre byer eller geografiske områder (Anderssen et. al. 2009). Forklaringen var, at byen er en universitetsby med mange højtuddannede (Dommerud et. al. 2010).

Sundhedskapital og investering i et sundhedsfelt

Der er i bestemte tidsepoker nogle opfattelser af hvad der er normalt, sundt og godt. Dette skifter over tid, men nogle bestemte måder at opfatte fx sundhed på har en vis gennemslagskraft i alle sociale grupper. Man kan sige, at der i dag er udviklet en slags doxa dvs. en fælles tavs konsensus omkring, hvordan kroppen skal se ud, hvad man skal fylde i den og hvor meget, hvordan den skal bevæge sig mv. Ingen kan være upåvirkede eller helt resistente over for disse idealer, og selv de agenter, som tager stærkest afstand, må distancere sig i forhold til bestemte sundhedsidealere. Hvordan kan det være at sundhed er blevet sat på dagsordenen i så høj grad gennem de sidste 30 år i de nordiske velfærdsstater? Hvorfor er der opstået en øget bevidsthed om, og også arbejde med kroppen, så at sige med henblik på at "trimme egenkroppen" - som sund? Ud fra en psykologisk tankegang kan det, at flere og flere løber og trimmer deres krop, forklares med at løberne erfarer

'flowoplevelser'. Hvor i mod man ud fra en fysiologisk tankegang kan fremhæve tendensen til, at mennesket stimuleres af endorfiner ved at løbe og bliver afhængige af stoffet.

I det følgende forklares arbejdet med kroppen ud fra sociologiske antagelser. Det antages at der i samfundet og i feltet for sundhedsviden og sundhedsinstitutioner er udviklet en bestemt smag for sundhed. Derfor er sundhed objekt for investering, måske som en form for kulturel kapital. Dette er her begrundet primært med, at staten er under transformation fra velfærdstat og socialstat til konkurrencestat, med tilhørende ændringer i sundhedsydelse, individualisering, styring af behandling og nye eksperter indenfor sundhed. Statens beskyttelsesramme er reduceret og individer og deres individuelle kapitaler er blevet centrale i bestræbelsen på at opretholde eller forbedre social position. Sundhed er blevet en ny type investeringsobjekt – fordi det har afsætning på et marked. Man kan tænke opkomst af et produktionsfelt, hvor der produceres viden om sundhed (idealer om den sunde krop og en simultan produktion af piller, kirurgi, cremer mv.), og et konsumtionsfelt, hvor der produceres aftagere af disse produkter, dvs. af idealer om en sund krop og tilhørende indoptagelse af piller, brug af cremer og kirurgiske indgreb. De to niveauer er uadskillelige; kapital og marked konstitueres samtidigt. Hvis ikke de dominante sociale grupper kunne se en fordel i at investere i denne kapital (med en forestilling om at den kan afsættes), ville man ikke tale om sundhed som en kapital. Den ville ikke udgøre en distinktiv fordel.

Kroppen har historisk været objekt for investeringer med hensyn til udseende, fysiognomi osv., i dag kræves nye former for trimning og optimering af kroppen - ikke blot som krop, men som sundhedskrop. En bestemt forestilling om en sund krop er 'salgbar' på fx et arbejdsmarked (i en jobstruktur), et reproduktionsmarked (et marked for giftermål), et uddannelsesmarked – og læringsmarked, et boligmarked (et marked for udbud af boliger) eller et behandlingsmarked (i et sundhedssystem, hvor der prioriteres, og hvor fede og storrygere kan afvises). I forhold til at finde (eller opretholde) et arbejde, at få en kæreste eller en operation i det offentlige sundhedsvæsen har kroppen (dens størrelse, fysiognomi, BMI, serumkolesterol mv.) i dag til forskel fra for 25 - 30 år siden, en helt særlig status for inklusion eller eksklusion. Egenkroppens værdi bliver stadig mere og mere relevant som kapital. Der er ingen grund til at tro, at kroppen og nærmere bestemt den sunde krop er ved at tabe kreditværdighed, hverken på ægteskabsmarkedet, på arbejdsmarkedet, behandlingsmarkedet, boligmarkedet mv. Økonomisk kapital, uddannelseskapital og social kapital er stadig centrale kapitaler når de gælder om at opretholde eller forbedre social position. Men arbejdet med- og investeringen i kroppen fx i forhold til en velanset, sundhedsrelateret livsstil har sandsynligvis vundet mere plads. Sagt med begreber fra det økonomiske magtfelt – den er blevet revalueret dvs. har øget sin kreditværdighed eller valutakurs. Arbejdet med kroppen som sundhedskrop er således blevet vigtigt. En særlig sundhedsrelateret livsstil anses som kreditgivende ikke blot formidlet i medier og reklameindustrien, men også som virksom kapital dvs. nødvendig og adgangsgivende kredit, når agenter retter sig mod arbejde, bolig og uddannelse mv.

Sundhedsinvestering som distinktiv praksis

På individ- og gruppeniveau betyder sundhedskapital et livslangt investeringsarbejde i egenkroppen og delvis i familie og venner mv., som optimerer sundhedskroppens værdi fx objektiveret i 'ikke-rygning' eller evt. 'kontrolleret rygning', i et ikke for højt BMI og serumkolesterol, i 'ungdommelig-opretholdelse', i højt kondital, i stærke muskler, i stram og fast hud, i ren og velplejet krop, i fravær af upassende dufte på upassende tider og steder osv. Arbejdet består derfor i at investere tid, penge og energi med at trimme kroppen på den rette måde gennem en hel række aktiviteter som at anvende tid i træningscentre, på kostkurser og på diæter. Investeringen angår både

den ydre og i mindre udstrækning den indre krop og dette involverer også brug af det rette outfit i form af løbetøj, cremer mv. Det centrale i beskrivelserne er den hårfine distinktion mellem at kroppen er smuk, veltrænet og 'in'/fitt' med en pikant lille tatovering på rette sted, størrelse og form - og så det vulgære, overdrevne eller platte og proletaragtige. Dette gælder alle dimensionerne af investeringsarbejdet i den sunde krop: Idealet er fx at være veltrænet, men ikke for veltrænet og volumniøst. At individet skal være opmærksom på den sunde krop, men ikke for anspændt og neurotisk. Samtidig skal individet spise den rette kost, på rette tider og udøve fysisk træning, men med den nødvendige lethed. Overinvestering i sundhedskapital, hvilket er en risiko for sociale grupper, der ikke har den tilstrækkelige kulturelle kapital til at læse spillet, lægges for had af socialt privilegerede grupper. Kropper med meget store muskler og massiv kontrol over kostindtag, koblet med for mange, voldsomme eller for indgribende kirurgiske indgreb, kan tilegne en vis kredit i nogle miljøer. Men i en samfundsmæssig sammenhæng giver sådanne investeringer ikke afkast på højt positionerede ægteskabsmarkeder, arbejdsmarkeder osv.

De mere privilegerede sociale grupper investerer således gennem tid og energi vedvarende i at forbedre egen kroppen, så den fremtræder bedst muligt. Man kan også sige, at der højt i det sociale rum er en høj grad af overvågning både af kroppen og sproget og som sådan skal kroppen trimmes og trænes, plejes og passes, smøres og masseres og dette i en lang og endeløs proces. Kroppen kan gå i forfald, men den kan også trimmes og optimeres, og for nogle sociale positioner er dette blik på kroppen mere nødvendigt og nærværende end for andre. Bourdieu beskriver fx, at arbejderkvinden tendentielt i mindre udstrækning har et fast job og en fast tilknytning til arbejdsmarkedet, og for så vidt hun er i arbejde, er tendensen ikke, at hun varetager jobs, som i strikt forstand kræver konformitet eller underkastelse i forhold til den dominante norm for skønhed. Som sådan er denne gruppe, strukturelt set, mindre opmærksom på og mindre følsomme overfor deres kroppes markedsværdi, og de er derfor i mindre grad inklineret i forhold til at investere tid og energi samt at ofre penge på at kultivere deres kroppe (Bourdieu 1986 p. 206). Man kan omvendt sige, at positionen, der tager afstand fra den konventionelle og ortodokse konstruktion af den sunde eller flotte krop, tilsvarende har en større mulighed for at tilegne og værdsætte en heterodoks smag, dvs. 'andre' definitioner af, hvordan en krop skal se ud, hvad der er flot eller sundt osv. Pointen er, at kroppene er forskellige og at fordelingen af forskellighederne ikke falder tilfældigt ud set i forhold til social klasse. Dette gælder fx i spændingen mellem stor/lille, tyk/tynd, stærk/sart, naturlig/objekt osv. Der kan rekonstrueres et socialt rum af forskelle, som leverer den strukturelle ramme, indenfor hvilken de enkelte agenter agerer. Det er således ikke meningsfuldt at etablere et universelt, abstrakt blik, der situerer en bestemt krop eller en krops fysiognomi som den rigtige, normale eller sunde. En hver universalisering af den rigtige, normale eller sunde krop er en naturalisering af en kulturel variant. Det vil sige nogle kroppe bliver målestokken.

Investering som en uendelig proces

Investeringen i egenkroppen og dens sundhed finder altid sted. Dog med både ensartede og også modsatrettede bestræbelser og målsætninger i løbet af et liv. I en vis periode af livet (ungdommen) kan den urene hud og mangel på hårvækst i ansigtet være en udfordring, der kræver sine særlige forholdsregler, mens en senere livsfase (alderdommen) gør den løse hud, rynkerne og for megen hårvækst til en udfordring. Investeringsarbejdet er kontinuerligt, således at selv kroppens hvile, søvn eller inaktivitet kan indgå som del af investeringsarbejdet. Pointen med, at sundhed er blevet en ny form for kapital der kan investeres i – er, at der er afsætning for denne kapital. Det at holde sin krop trimmet og med passende ernæringstilstand og kontrol over indtag af røg og alkohol mv. – gøres med henblik på at optimere eller opretholde sin samfundsmæssige position. Det vil sige at

investering i sundhedskapital kun har en vis værdi i sig selv. Den centrale værdi består i at den er omsættelig og konverterbar til andre kapitaler fx økonomisk kapital (at få adgang til eller forbedre jobposition), kulturel (at komme ind på uddannelse og fremtræde på den rette måde) eller social kapital (at få adgang til venskaber og netværk) – vice versa. Det vil sige at sundhedskapital kan veksles til anerkendelse og ressourcer på andre områder.

Det uafbrudte investeringsarbejde pågår med større eller mindre intensitet afhængigt af livsfaser (fx barndom, ungdom, voksendom, alderdom) og årstider (fx kan hudens teint og farve trimmes via naturlig sol om sommeren og via kunstig sol om vinteren). Huden, kroppens umiddelbare overflade, udgør et betydningsfuldt objekt for investeringsarbejdet, som hele tiden ses, vurderes og bedømmes. Der er tale om helt fine og små nuancer i den distinktive bedømmelse af, hvorvidt en huds rødlig glans associeres med noget positivt, fx som 'frisk, varm og rød' eller negativt som fx 'alkoholisk, fugtig og rødme'. Desuden er investeringsarbejdet forskelligt afhængigt af kontekster som agenterne indgår i på arbejdspladser, fritidsliv, venskabsrelationer mv. Visse former for investeringsarbejde er orienteret mod langtidseffekter, fx kropsoperationer, mens andre former for investeringer i kroppen, dens udseende og fremtræden, er mere 'her og nu'-orienterede og rettet mod særlige sammenhænge. Det kan i nogle sammenhænge være væsentligt at fremhæve og forstærke nogle sider af kroppen og dens fremtræden, mens andre sammenhænge vil afkræve, at andet løftes frem. Her kan man fx tænke på en kvinde, der søger job i en undertøjsforretning, en bankfilial, i militæret eller på et autoværksted. Det er sandsynligt, at hun vil promovere noget og minimere andet, i forhold til det hun gør, herunder hendes tøjvalg, hud- og neglepleje og ikke mindst måden, hun går, står og taler på.

Investering kræver og giver ressourcer

Arbejdet består i at investere tid, penge og energi foran spejlet, i træningscentre, på kostkurser og diæter og på det rette outfit i form af løbetøj, cremer mv. Det betyder, at visse former for investering i sundhedskapital kræver penge (økonomisk kapital) som fx sejlsportsgrene og andre udstyrssportsgrene, venskabsrelationer fx institutionaliseret som foreninger (social kapital) og også formåen til at læse, skrive og tale på visse måder (kulturel kapital). Ikke mindst kræver investeringsarbejdet en, for nogle sociale grupper, knap ressource, nemlig tid. Arbejdet med kroppen, der skal trimmes, består også i mange hårde timers investeringer, hvor man sveder og forbruger energi og tid. Der er imidlertid ikke tvivl om, at vi stadig i dag ser at denne trimning af kroppen fx gennem fysisk træning retter sig mod modstridende mål i forskellige sociale klasser. Forholdet til kroppen er ifølge Bourdieu socialt forskelligt i det, at lavt positionerede sociale lag har en ret fysisk og funktionelt forhold til egenkroppen – hvilket matches bedre med bodybuilding, i forhold til dominerende sociale klasser der snarere dyrker andre former for fysiske kropspraktikker med henblik snarere på "indre træning".

Arbejdet består også af konkrete fysiske interventioner i eller på kroppen, således at denne trimmes og optimeres via skalpel og laserbehandling og andre former for kirurgiske indgreb. Her ses fremvæksten af stadig flere og mere sofistikerede typer af kirurgi, som indgår i korrektionen af kroppe og kropsdele fra relativt specifikke sygdomsbehandlinger i form af fx hofteleds-, skulderleds- eller knæledsoperationer, til brystforstørrelse og formindskelser, fedmeoperationer, ansigtsløftninger og kirurgi omkring de mandlige og kvindelige kønsorganers størrelse, former og design. Desuden ser vi farmakologisk biokemisk eller biomedicinsk intervention i form af indtag i eller på kroppen af forskellige biomedicinske midler, som stimulerer de ønskede processer i kroppen (fx forbrænding af fedt, protein eller sukkerstof) eller hæmmer den (fx optagelse af fedt

eller alkohol). Hud, tænder eller modermærker kan også farves eller affarves ved brug af kemiske midler. Optimeringen af kroppen kan desuden have karakter af, at artefakter, dvs. menneskefrembragte produkter, indsættes eller indsprøjtes i kroppen, som fx når kroppens udseende søges optimeret ved brug af botox i læberne, eller når implantater indsættes i bryster eller på baller. Der er udviklet en mangfoldighed af lægemidler, både legitime og såkaldt alternative, som enten har eller kan opleves at have effekter på optimeringen eller reduktionen af mandighed eller kvindelighed. Ligeledes findes der præparater, der øger eller hæmmer mani/depression, seksualbehov/ seksualafholdenhed, hårvækst/hårtab, muskelvækst/muskeltab osv.

Arbejdet med at korrigere og optimere kroppen involverer også i høj grad sofistikerede overvejelser om spisetider, spisemåder, antal og sammensætning af kostindtag, fx små og hyppige måltider versus få og fyldige måltider. Investeringsarbejdet forudsætter i sin distinkte form, at agenten er opdateret om, hvad de nyeste undersøgelser siger om molekyler, proteiner, enzymer, vitaminer, mineraler samt, hvordan alle disse elementer sammensættes, fremskaffes og anvendes i madretter. Der er også udviklet en særlig vidensform, som angår overvejelser om kroppens renselsesprocesser, hvor tarm eller mundskylninger indgår. Med hensyn til indtag af ernæringsmidler er der både tale om en positivering, dvs. at noget kan eller skal spises og det på bestemte måder og ved bestemte temperaturer og forarbejdninger. Men investeringsarbejdet har også en negativtende dimension, da den også består i askese, dvs. fornægtelse af indtag af visse stoffer, fx overdreven eller unødigt forbrug af stimulanser, alkohol, madvarer eller slik.

Monitorering af sundheden

Investeringsarbejdet i forhold til sundhedskapital nødvendiggør som sagt andre typer af kapital (økonomisk, kulturel og social) som forudsætninger for, at investeringsarbejdet skal bære frugt. Men investeringsarbejdet kræver også et større og løbende monitoreringsarbejde. Denne monitoreringsfunktion består i, at agenterne holder øje med effekterne af deres investeringsarbejde. De varetager denne funktion i forhold til deres omgivelser, særligt agenter i omgangskredsen, familien, arbejdskolleger og venner. Produktet eller markedsværdien af sundhedskapitalen skal tjekkes via en opmærksomhed rettet mod egne og andres kroppe. Denne monitorering sker helt overvejende via direkte brug af se-, høre- og lugtesanserne, som af og til støttes af diverse medicinske eller sundhedsmæssige teknologier, som skærper eller direkte konstruerer information om kroppen. Teknologierne kan være lavtekniske som puls- eller blodtryksmålere, men også mere sofistikerede målinger af sukker eller kolesterol i blodet, samt scanninger eller gentest mv. Monitorering har også backup i relationer til sundhedsprofessionelle fx læger, psykologer og diverse terapeuter og rådgivere, både i den statslige og private sektor. Disse sundhedsprofessionelle og deres institutioner kan opdeles i forhold til, hvorvidt de er statsligt autoriserede eller ikke-autoriserede, samt i forhold til hvorvidt de er statsligt legitime i forhold til de såkaldt alternative. Dette kan evt. ske under henvisning til godkendelser af særlige uddannelser via bekendtgørelser, cirkulærer og anordninger eller via læreprocesser, som ikke hviler på statslige uddannelser og godkendelser, måske uddannelser som trækker på autodidakte læremåder.

Perspektiveringer om ulighed i sundhed

I Norge formidles fx via stortingsmeldinger anbefalinger om rigtig sammensat kost, ophør med rygning og snus, og at drikke vand frem for alkohol, samt om regelmæssig fysisk aktivitet. Store dele af den norske befolkning agerer ikke som anbefalingerne angiver og der er et mønster omkring

social position og sundhedsrelaterede livsstile. De lavest positionerede grupper, herunder grupper af unge i samfundet har en livsstil som er mest afvigende i forhold til statslige idealer. Norske mænd med kort uddannelse og deres drengebørn drikker mest sukkerholdige drikke, mens højt uddannede kvinder spiser flest frugter og bær; færre nordmænd ryger målt over seks år, faldet er størst blandt folk med grundskole, men gruppen som sådan ryger mest; mænd drikker mere end kvinder og langt uddannede drikker mest og der er vækst i indtag af vin; lidt under halvdelen af alle nordmænd er overvægtige, men særligt kortuddannede og mænd snarere end kvinder har højt BMI. Barstad og Sandnes (2010) konkluderer på baggrund af levekårsundersøgelserne at uligheden i sundhed er øget i Norge. I rapporten konstrueres seks forskningspositioner der på overlappende og delvis modstridende måder søger at beskrive, forklare og evt. forandre ulighed i sundhed: 1. Livstil og valg, 2. Biologi, gener og determination, 3. Socialstruktur og determination, 4. Sociale relationer, materialitet og netværk, 5. klasse livsstil og distinktion, 6. Historie, netværkstænkning og samtidsdiagnose. De respektive forskningspositioner konstruerer tematikken på forskellig måde, som også implicit eller eksplicit giver anledning til uensartede normative anbefalinger. Her formidles nogle perspektiveringer og kritikpunkter inspireret af sociologisk forskning repræsenteret ved Pierre Bourdieu og samtidsdiagnose repræsenteret ved Nikolas Rose.

Ulighedens kompleksitet

Ulighed i sundhed er som det fremgik, relativt let at dokumentere på et statistisk grundlag. Det er til gengæld svært at forklare hvordan præcis hvorfor nogle grupper håndterer deres egen krop på specifikke måder fx gennem typer af livsstile – samt hvordan disse praksisser formes og bestemmes af individerne selv og af ikke-valgte vilkår. Menneskers liv og herunder deres sundhed formes i samspil mellem valghandlinger (agens) og vilkår (struktur) relateret til fx: -livsfaser (opvækstbetingelser - barndom, ungdom, voksenliv og alderdom), -institutionelle sammenhænge (vuggestuer, børnehaver, skoler, ungdomsuddannelser, erhverv), -sundheds- og sygdomsinstitutionelle sammenhænge (forebyggende/behandlende institutioner; sundhedspleje, lægebehandling, hospitalsinstitutioner, rehabiliteringsinstitutioner, plejehjem mv.); -fysisk materielle sammenhænge (boligområder, lokalområder, by/land og regionalt, men også boligforhold, forening, fugtighed mv.); -nationale og internationale politiske forhold (sundhedspolitik, men ikke mindst brede politikområder omkring opdragelse, uddannelse, erhverv og arbejdsmarked). Ulighed i sundhed er således kompliceret at forklare og endnu mere vanskeligt at reducere gennem politiske initiativer. På det politiske niveau findes der ikke noget "quick fix" og bestræbelsen om lighed i sundhed involverer modsætninger og strid mellem politikområder. Reduktion af ulighed involverer politik i betydningen prioritering af områder i forhold til andre politikområder. Der kan fx, i hvert fald på kort sigt, være modsætninger mellem sundhedsfremmende eller forebyggende indsatsområder i forhold til livsstile fx hos hjemløse, socialt udsatte, lavt-uddannede eller i belastede boligområder og erhvervs politik der søger at reducere de offentlige udgifter. Omvendt vil man med studier og anbefalinger fra Marmot og Wilkinson (Marmot 2009, Marmot & Wilkinson 2009), samt Wilkinson & Pickett (2009^[KØJ]) kunne argumentere for at alle lever længst og bedst, også de dominerende grupper i samfundet, når der er størst mulig lighed mellem dominerende og dominerede grupper i et samfund.

Staten bidrager til ulighed i sundhed

Der er ikke nogen direkte implikation fra sociologiske studier af ulighed i sundhed til rekommandationer i den forbindelse. Men sociologiske analyser kan bidrage med et forpligtende perspektiv fx på ulighed i sundhed.

Visse firmaer og arbejdspladser støtter sunde madvaner ved at udbyde gratis frugt eller frokost til de ansatte, eller man motiverer til fysisk træning og motion ved at stille træningscentre, cykler eller fysioterapeuter til rådighed. I forhold til belastninger i selve arbejdet, er der udviklet en hel industri af hjælpemidler til at optimere et sundt arbejdsmiljø; fra bedrift sundhedstjenester, coachvejledning af ansatte til kurser i management osv. I den fremherskende del af de statslige politikforslag anbefales en sundhedspolitik, som tænkes at være på de 'svages' side, idet man fx vedrørende rygning anbefaler at indføre rygeforbud, at cigaretter skal beskattes yderligere, eller at der skal udbydes rygestopkurser til rygere. I forhold til fedme og motion foreslås regulering af skatter og afgifter, så visse madvarer bliver dyrere og andre, de sunde, bliver billigere. Med den konstruktion af grupper som en slags isoleret substans, tænkes det at politik kan og skal rettes mod den pågældende (svage/svækkede) gruppe. Her anlægges et deficitperspektiv på svage eller svækkede sociale grupper. Grupperne er defineret af en mangelposition, som politik skal korrigere for. Som eksempel herpå skal der i forhold til børns tidlige udvikling, interveneres ved at svangreomsorgen skal omfatte indsatser, som når alle kvinder så tidligt i graviditeten, som kan forebygge for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, gravides tobaksrygning, skadeligt arbejdsmiljø mm. (fx Sundhedsstyrelsens rapport, Ulighed i sundhed – årsager og indsatser 2011 p. 143).

Disse aktiviteter har sikkert en plads og kan være virksomme på et individuelt niveau. Men det er tydeligt, at modellen er, at der reguleres på de teknikker og virkemidler, som er sekundære, hvorimod basale betingelser vedr. sundhed og sygelighed ikke reguleres. Man kan sige at staten gennem aktiviteter, samt gennem begreber, klassifikationer, logikker og årsagsforklaringer i forhold til sundhed og sygdom, herunder gennem autorisation af faggrupper og interventioner, bidrager til at sikre en status quo på sundhedsområdet. Befolkningens sundhed skal optimeres, og sygdomme skal reduceres, men grundlæggende økonomiske, kulturelle og sociale relationer i samfundet skal ikke forandres. Staten bidrager gennem sine klassifikationer, institutioner og professioner til at forbedre sundhedsstandarden i samfundet - og samtidig, via en umærkelig proces, sikres opretholdelse af sociale magtrelationer. Det kan også siges sådan at der fokuseres på svage, svækkede eller marginaliserede grupper – som et produkt, - men ikke på de processer der svækker de svækkede eller de som marginaliserer de marginaliserede.

Præ-patient og somatiske eksperter

Samfundsmæssige forandringer har ifølge Rose (2009) konstitueret et marked med en stor gruppe af professionelle og terapeuter i tilknytning til sundhedsområdet. Rose taler om somatiske eksperter. Vi ser således råd og interventioner fra læger, sygeplejersker, jordemødre og sundhedsplejersker, men også mange forskellige terapeuter, ikke blot psykoterapeuter, men taleterapeuter, beskæftigelsesterapeuter, kunstereapeuter, fysioterapeuter og en hærskare af andre terapeuter. Der er ernæringseksperter, kosteksperter, sundhedseksperter, eksperter i genoptræningsgymnastik,

eksperter i træning og fitness, stofmisbrugskonsulenter, sexkonsulenter, familie- og parforholdskonsulenter, psykiske sundhedskonsulenter og selvfølgelig genetiske konsulenter, familieplanlægningskonsulenter, fertilitetskonsulenter og reproduktionskonsulenter, der alle kan hjælpe med at udforme et liv i sundhedens navn (Rose 2009: 110-111). Denne fremvækst af eksperter er med på det marked som strukturelt og indirekte, men også formelt og direkte, virker ind på individers og grupperes måde at leve livet på, herunder på deres levevilkår og livsstile. Man kan i forhold til 'korrektion af livsstile' nævne fx fremkomst af en række eksperter med kursus og undervisningsaktiviteter som retter sig mod rygning (anti-rygning, rygestopkurser), mod fedme/diæter (kostvejledere, diætister), alkohol (alkoholeksperter, kure mod alkoholmisbrug) eller i forhold til motion og træning (motionsløb, løb med fedme/kriminalitet/depression, personlig træningscoaches). I den optik er sundhed og styringen af sundhed og distributionen af sundhed mellem grupper i samfundet i mindre grad end tidligere reguleret af politik i konventionel betydning. Indspillet fra den type samtididiagnose og idehistorie repræsenteret ved Foucault og Rose, er, at skæbne efterhånden er erstattet af at subjektet selv er blevet central som entreprenør i sit eget liv. I Foucault inspirerede studier kan man sige at vi i de moderne samfund er blevet vore egne bioetikere, der navigerer vores liv i samråd med eksperter og i dialog med medier om sundhed og sundhedsfremme. Via en præcis og individuel genetisk, molekylær diagnose kan grundlaget være klart (Rose 2009: 132). Dernæst etableres et samråd med egen læge, hvor vi, dvs. hver enkelt af os overvejer vore valgmuligheder på nye måder og præmisser. Det vil sige vi vil blive vore egne statistikere og sundhedsøkonomer der løbende skaber oversigt og kalkulerer vores egne QALY'er (kvalitetsjusterede leveår) i relation til fordele og ulemper ved den ene eller den anden handling i forhold til sundhed og livet. Vi er alle præ-patienter eller potentielt syge og kan måske på længere sigt med rettidig omhu korrigere og forbedre vores livschancer via indsigter på det molekylære niveau hos os selv og vores familie (Larsen & Esmark 2010). Den analyse at staten har skiftet strategi og at den via sine institutioner, bestræber sig på opsyn med sin befolkning (statistik, oversigt over ulighed i sundhed) og ønsker at individer selv tager vare på sin egen sundhed (selvstyring, governmentalitet) er et ganske godt signalement fx over hvad der afføder denne rapport. Gennem en række diskurser, politikområder og dokumenter, men også via måder at organisere sundhedsfremme og forebyggelse på – går statslige institutioner og professioner direkte ind og bidrager til at styre og organisere fx rygestopkurser, ernæringskurser mv.

Vilkår mere end valg

Hvad betyder de statistiske informationer i forhold til sundhed og valg? Groft sagt betyder det, at hvis et individ vil leve længe, godt, sundt og med høj livskvalitet, så skal vedkommende med stor omhu vælge sig den rette mor. Men ingen har valgt sin mor, ligesom ingen har valgt om de fødes som sorte, gule, røde eller hvide, om de bliver født i en kristen, jødisk, hinduistisk, muslimsk eller buddhistisk familie. Ingen har valgt om deres forældre er rige eller fattige. Ingen har valgt om deres problem bliver 'livsstilssygdomme og valgsituationer' eller 'hungersnød, krig, afmægtighed og magtesløshed'. Det eneste som er fælles for alle mennesker i verden er, at hver enkelt må improvisere og være entreprenør i deres eget liv uanset hvor, hvornår og hvordan de er blevet født. Det betyder, at 'skabelsen af en livshistorie' foregår på nogle vilkår som er givne snarere end valgte. I et sociologisk perspektiv er forestillingen om 'individet der vælger sin sundhed' kulturelt

dominerende og naturlig, og den fortrænger den 'ikke-valgte-grundpræmis'. Dominerende grupper i samfundet har en, godt nok ikke-bevidst, interesse i at alle opretholder forestillingen om det frit vælgende subjekt, der på lige præmisser vælger og er ansvarlig i forhold til sundhed, men også vedrørende 'valg af' uddannelse, arbejde mv. En kritisk sociologi kan bidrage med at udfordre sådanne udlægninger af virkeligheden dvs. at forskyde grænserne for hvad der kan siges. Sociologien kan påpege, at antagelsen om at mennesker i Norge eller i resten af verden har frie og lige muligheder for at vælge det sunde liv, fremstår som en meget stærk, velbevaret og velunderstøttet løgn.

Litteraturliste

- Adler N.E., & J.M.Ostrove. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3-15.
- Album, D. (1992). Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 111(17), 2127ff.
- Andersen, L. F., Husøy, T., Kolset, S. O., & Jakobsen, H. N. (2007). *Impact on health when sugar is replaced with intense sweeteners in soft drinks, 'saft' and nectar*. Vitenskapskomiteen for mattrygghet Norwegian Scientific Committee for Food Safety:
- Anderssen, S. A., Hansen, B. H., Kolle, E., Lohne-Seiler, H., Edvardsen, E., & Holme, I. (2010). *Fysisk form blant voksne og eldre i norge - resultater fra en kartlegging i 2009-2010*Helsedirektoratet.
- Andrews, T. (1996). *Hemil rapport: Ungdommens matvaner sett i et sosio-kulturelt perspektiv* No. 2. Bergen: Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil.
- Axelsen, I. (2004). *Sundhedspleje og "særlige indsatser for svagt stillede børn og unge" – myte eller virkelighed?*, Viborg: Forlaget PUC.
- Baker, D., & Illsley, R. (1990). Trends in inequalities in health in europe. *International Journey of Health Science*, 1-2, 89-111.
- Baron, S., Field, J., & Schuller, T. (Eds.). (2000). *Social capital. Critical perspectives*. Oxford University Press:
- Barstad, A., & Sandnes, T. (2010). Sosiale indikatorer 2010, velferd i endring. *Samfunnsspeilet*, (5-6), 28.6.2013-6.12.2010.
- Bendixen, H., Holst C. , Sorensen T.I., Raben, A., Bartels, E. M., & Astrup, A. (2004). Major increase in prevalence of overweight and obesity between 1987 and 2001 among danish adults. *Obesity Research*, 12(9), 1464-72.
- Berntsson, L. & Köhler, L. (2001). Quality of life among children aged 2-18 in five nordic countries. *European Journal of Public Health*, 11, 437-445.

- Bilgrei, O. R., & Karl Erik Lund, Janne Scheffels, Gunnar Sæbø, Rikke Iren Tokle. (2012). «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» røykernes syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken No. 3). Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS):
- Blaxter, M., & Poland, F. (2002). Moving beyond the survey in exploring social capital. In C. Swann, & A. Morgan (Eds.), *Social capital for health. insights from the qualitative research* (pp. 87-109)
- Bonderup, G. (2006). *Det medicinske politi. sundhedspolitikken i danmark 1750-1860*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Bourdieu, Pierre (1973). Cultural reproduction and social reproduction. In R. Brown (Ed.), *Knowledge, education, and social change: Papers in the sociology of education* (pp. 71-112). London: Tavistock.
- Bourdieu, Pierre (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, Pierre (1978). Sport and social class. *Social Science Information*, 17(6), 819-848.
- Bourdieu, Pierre (1982). *Leçon sur la leçon*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, Pierre (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, Pierre (1985). Le champ religieux dans le champ de manipulation symbolique. In G. V. e. al (Ed.), *Les nouveaux clercs – prêtres, pasteurs et spécialistes des relations humaines et de la santé* (pp. 255-261). Genève:
- Bourdieu, Pierre (1995 [1979]). *Distinksjonen. en sosiologisk kritikk av dømmekraften* (A. Prieur Trans.). Oslo: Pax Forlag.
- Bourdieu, Pierre (1996). *The state nobility, elite schools in the field of power*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, Pierre (1996 [1984]). *Homo academicus*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Bourdieu, Pierre (1997). *Men hvem skabte skaberne*. København: Akademisk forlag.
- Bourdieu, Pierre (1997 [1994]). *Af praktiske grunde, omkring teori om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, Pierre (2008). *Political interventions. social science and political action*. London: Verso.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J., & Passeron, J. (1991). *The craft of sociology: Epistemological preliminaries*. Berlin: Walter de Gruyter.

- Bourdieu, P., & Passeron, J. (2006 [1970]). *Reproduksjonen. bidrag til en teori om undervisningssystemet*. København: Reitzel.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1997). Passport to duke. *Metaphilosophy*, 28, 449-455.
- Bourdieu, P. et al (1999). *The weight of the world. social suffering in contemporary society*. Cambridge: Polity Press.
- Breivik, G., & Rafoss, K. (2012). *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering og revisjon*. Oslo: Norges Idrettshøgskola.
- Brewis, A. A., Wutich, A., Falletta-Cowden, A., & Rodriguez-Soto, I. (2011). Body norms and fat stigma in global perspective. *Current Anthropology*, 52(2)
- Briceño-León, R., & Dias, J. C. P. (Eds.). (1993). *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana y Consorcio de Ediciones Capriles C.A.
- Burkhauser, R. V., & Cawley, J. (2008). Beyond BMI: The value of more accurate measures of fatness and obesity in social science research. *Journal of Health Economics*, 27(2), 519-529.
- Carpiano, R. M. (2007). Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a bourdieu-based model. *Health & Place*, 13(3), 639–655.
- Case, A., Lubotsky, D., & Paxson, C. (2002). Economic status and health in childhood; the origins of the gradiment. *The American Economic Review*, 92(5), 1308-1334.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67.
- Cockerham, W. C. (2013). *Social causes of health and disease*. Cambridge: Polity Press.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: *Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: *Sociological Quarterly*, 38(2), 321-342.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, (1), 1-28.
- Dahl, E., Kjetil A. van der Wel, & Ivan Harsløf. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet* Højskolen i Oslo.
- Dahlager, L. (2001). I forebyggelsens magt. *Tidsskriftet Distinktion*, 3, 91-102.
- Dommerud, T., Salvesen, I., & Skodje, K. (2010). Træg trønder sa du? *Aftenposten*, , 14.05.2011 / 28.6.2013-28.12.2010.

- Donald, L. C., & Carpiano, R. M. (2013). Neighborhood social capital, neighborhood attachment, and dental care use for los angeles family and neighborhood survey adults. *American Journal of Public Health*, 103(4), 88-95.
- Drake, A. J., & Walker, B. R. (2004). The intergenerational effects of fetal programming: Non-genomic mechanisms for the inheritance of low birth weight and cardiovascular risk. *Journal of Endocrinology*, 180, 1-16.
- Droyvold W.B., Nilsen T.I., Kruger O., Holmen T.L., Krokstad S., Midthjell K., et al. (2006). Change in height, weight and body mass index: Longitudinal data from the HUNT study in norway. *International Journey of Obesity*, 30(6), 935-939.
- EFSA. (2011). *The EFSA comprehensive european food consumption database* The EFSA Comprehensive European Food Consumption Database.
- Ekholm, O., Kjølner, M., Davidsen, M., Hesse, U., Eriksen, L., Christensen, A. I., et al. (2006). *Sundhed og sygelighed i danmark & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: Teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- Elstad, J. I. (2009). *The hierarchical diffusion model and the changing patterns in health-related habits in norway since the 1970s*. Unpublished manuscript: NOVA (Norwegian Social Research) and Department of sociology and human geography, University of Oslo.
- Eriksen, H. M., Hansen, F. B., Bjertress, E., & Berset, G. (1996). Tannhelsen hos 35-åringer i oslo. *NTF's Tidende*, 106, 732-5.
- Esmark, K. (2008). Pierre bourdieu og det religiøse felt. *Gjallerhorn*, 6, 28-38.
- EUFIC. (2013). *Fruit and vegetable consumption in europe – do europeans get enough?* The European Food Information Council (EUFIC).
- Fagerholt, R. A. (2011). Kampen om helsen, en kvantitativ studie av koblinger mellom en offentlig ekspertdiskurs og ungdoms livsstilspraksiser. NTNU). *master*
- Fergusson, D. M., Herwood, J. L., & Lowton, J. M. (1990). Vulnerability to childhood problems and family social background. *Journal of Childs Psychology and Psychiatry*, 178(7)
- Field, J. (2003). *Social capital* Routledge.
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Helsetilstanden i norge* No. 2) Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Foucault, M. (1972 [1969]). *The archeology of knowledge*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1994 [1976]). *Viljen til viden* (S. Gosvig, Olesen Trans.). København: Det lille forlag.

- Foucault, M. (2002 [1994].). *Forelesninger om regjering og styringskunst* (I. B. Naumann Trans.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Foucault, M. (2000). *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (2008 [1975].). *Overvåkning og straff* (D. Østerberg Trans.). Oslo: Gyldendal.
- Fugelsnes, E. (2012). Drikker mindre saft og brus., 09.01.2013.
- Glasdam, S. (2003). *Inklusion og eksklusion af kræftpatienters pårørende i en onkologisk klinik*. Viborg: Forlaget PUC.
- Global Market Information Database. (2002). "Soft drink consumption by country" Euromonitor.
- Goetz, T. (2010). *The decision tree: Taking control of your health in the new era of personalized medicine*. New York: Rodale.
- Grimsmo, A. (2009). Tidlige brukere av alkohol - hvem er de? kjenneteng ved ungdom som starter tidlig med alkohol. *Norsk Epidemiologi*, 6(1), 97-102.
- Hånes, H., Sidsel Graff-Iversen, Haakon Meyer, & med bidrag fra HUNT (K. Midthjell). (2012). *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne* Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Hansen, E. J. (1995). *En generation blev voksen* No. 95:8, Sosialforskningsinstituttet.
- Harding, A. H. e. a. (2008). Plasma vitamin C level, fruit and vegetable consumption, and the risk of new-onset type 2 diabetes mellitus: The european prospective investigation of cancer - norfolk prospective study. *Archives of Internal Medicine*, 168(14), 1493-1499.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2002-2003). «*Resept for et sunnere norge. folkehelsepolitikken*» No. 16)
- Helse -og Omsorgsdepartementet. (2005). *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet*.
- Helse -og Omsorgsdepartementet. (2013). *En framtid uten tobakk, nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader 2013-2016*.
- Helsedirektoratet. (2011). «Nye kostråd kan forebygge livsstilssykdommer», <http://www.matoppskrift.no/sider/artikkel2094.asp> , 01.02.2011.
- Helsedirektoratet. (2011). *DRG-ordliste*. Helsedirektoratet>Forsiden >Finansiering og helseøkonomi>DRG-systemet >Ordliste>DRG-ordliste: <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/ordliste/Sider/default.aspx>, 10.8.2013
- Helsedirektoratet. (2011). *Utviklingen i norsk kosthold 2011*
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, folkehelsepolitisk rapport 2012*.

- Helsedirektoratet. (2012). *Utviklingen i norsk kosthold, matforsyningsstatistikk*.
- Helsedirektoratet. (2013). *Ungdom bruker fortsatt mye tobakk*. Forsiden > Om oss > Nyheter > Ungdom bruker fortsatt mye tobakk: <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/ungdom-bruker-fortsatt-mye-tobakk.aspx>, 10.8.2013
- Hemmingsson, T., Lundberg, I., & Didrichsen, F. (1999). The roles of social class of origin, achieved social class and intergenerational social mobility in explaining social class inequalities in alcoholism among young men. *Social Science and Medicine*, 49(7)
- Hertzman, C., & Wiens, M. (1995). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annual NY Academic Science*, 1995(898), 85-95.
- Hjellbrekke, J., Le Roux, B., Korsnes, O., Lebaron, F., Rosenlund, L., & Rouanet, H. (2010). The norwegian field of power anno 2000. *European Societies*, 9(2), 245-273.
- Hultquist, E. o. P., Michael. (2009). Stå vid rodret eller tappa bort sig. en sociologisk studie av rekryteringen till läroverutbildningen och dess följder. *Praktiske Grunde, Nordisk Tidsskrift for Kultur- Og Samfundsvitenskap*, 4
- Hultquist, E., & Palme, M. (2009). Stå vid rodret eller tappa bort sig. en sociologisk studie av rekryteringen till läroverutbildningen och dess följder. *Praktiske Grunde. Nordisk Tidsskrift for Kultur- Og Samfundsvitenskap*, 4, 77-94.
- Iversen, T. (2012). *Rapport om problemer i helseektorene i nordn* No. 1). Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HERO): Universitetet i Oslo.
- Jack, D., Neckerman, K., Schwartz-Soicher, O., Lovasi, G. S., Quinn, J., Richards, C., et al. (2013). Socio-economic status, neighbourhood food environments and consumption of fruits and vegetables in new york city. *Public Health Nutrition*, 16(7)
- Jensen, B., Larsen, K., Koudahl, P., & Andsager, G. (2007). *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Jørgensen, E. B. (2007). *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje*. København: Forlaget Hexis.
- Juel, K., Sørensen, J., & Brønnum-Hansen, H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i danmark*. Statens Institut for Folkesundhed: Sundhedsstyrelsen.
- Klepp, K. I., & Aarø, L. E. (Eds.). (2009). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kränge, O., & Pedersen, W. (2001). Return of the marlboro man? recreational smoking among young norwegian adults. *Journal of Youth Studies*, 4(2), 155-174.
- Krokstad, S., Langhammer, A., Hveem, K., Holmen, T., Midthjell, K., Stene, T., et al. (2012). Cohort profile: The HUNT study, norway. *International Journal of Epidemiology*,

- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lush, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 778-783.
- Kühle, L. (2009). Bourdieu om det religiøse felt. *Praktiske Grunde, Nordisk Tidsskrift for Kultur- Og Samfundsvidenskab*, 1-2, 7-20.
- Kuhnle, S. o. L. S. (1991). *Velferdsstaten: Vekst og omstilling*. Oslo: TANO.
- Lagercrantz, D. (2012). *Jeg er zlatan ibrahimic: Min egen historie*. Stockholm: Gyldendal (e-bog).
- Lahire, B. (2008). Prolonger le travail de bourdieu: Des attitudes à la théorie. In P. Bourdieu (Ed.), *Son œuvre, son héritage* (pp. 96-100). Paris: Éditions Sciences Humaines.
- Lamont, M., & Lareau, A. (1988). Cultural Capital: Allusions, gaps and glissandos in recent theoretical developments. *Sociological Theory*, 6(2)
- Larsen, K., & Ryssel, M. (2013). Marginale – udsatte, men ikke kun socialt. -bourdieuinspireret studie af marginalitet og kritik af konstruktionen ”socialt udsatte” anvendt i politik, administration og videnskab. *Praktiske Grunde, Nordisk Tidsskrift for Kultur- Og Samfundsvidenskab (in Press)*, (Tema om sundhed og sociologi)
- Larsen, K. (1999). Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider. et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen. Københavns Universitet). *ph.d.*
- Larsen, K. (2008). Kroppe - sundhed og social ulighed. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (pp. 8) Dansk sygeplejeråd Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- Larsen, K. (2008). Sundhedsprofessionernes kamp – hvorfor opretholdes status quo over tid? - om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. In K. A. Petersen, & M. Høyen (Eds.), *At sætte spor på en vandring fra aquinas til bourdieu* (). Forlaget Hexis: København.
- Larsen, K. (2009). Danske kroppe og deres sundhed – en sociologisk analyse af social ulighed, kroppe, staten og professionerne. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (pp. kap. 8). København: DSR og Nyt Nordisk Forlag.
- Larsen, K. (2010). Pierre bourdieu. In H. Timm, & P. T. Andersen (Eds.), *Sundhedssociologi, en grundbog* (). København: Hans Reitzels forlag.
- Larsen, K., Cutchin, M., & Harsløf, I. (2013). Health capital: New health risks and personal investments in the body in the context of the changing nordic welfare states. In I. Harsløf, & R. Ulmestig (Eds.), *Changing social risks and social policy adaptations in the nordic welfare states* (pp. 8) Palgrave Macmillan (in press).
- Larsen, K., & Esmark, K. (2008). Territorial stigmatisering, social eksklusion og praktisk sans. *Praktiske Grunde, Nordisk Tidsskrift for Kultur- Og Samfundsvidenskab*,

Larsen, K. & Esmark, K. (2010). Om studier af sundhed mellem Nikolas Rose og Pierre Bourdieu. In Larsen, K., Esmark, K., & Høyen, M. (Eds.), *Hvorfor Bourdieu?* (pp. 133-150). København: Forlaget Hexis^[K10].

Larsen, K., Jensen, B., & Koudahl, P. (2010). Sundhed og unge – sociologiske perspektiver. *Ungdomsforskning*, 2^[K11]

Larsen, N. S., & Larsen, K. (2008). Rehabilitering og 'motion på recept' - sociologiske perspektiver. In Morten Nørholm, K. Jensen & N. R. Jensen (Eds.), *Studier af pædagogisk praksis* (pp. 35-56). København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

Lindbladh, E., & Lyttkens, C. (2002). Habit versus choice: The process of decision-making in health-related behaviour. *Social Science and Medicine*, 55, 451-465.

Lindbladh, E., & Lyttkens, C. (2003). Polarization in the reaction to health-risk information: A question of social position. *Risk Analysis*, 23(4), 841-855.

Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., et al. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western european countries. *International Journal of Epidemiology*, 32, 830-837.

Madanipour, A. Social exclusion and space. In A. Madanipour, G. Cars & J. Allen (Eds.), *Social exclusion in european cities, processes, experiences and responses* (pp. 75-94). London: The Stationary Office.

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social determinants of health* Oxford University Press.

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (2006). *Social determinants of health* Oxford University press.

Martin, P. A. (1999). Genes as drugs: The social shaping of gene therapy and thereconstruction of genetic disease. *Sociology of Health and Illness*, 21(5), 517-538.

Midthjell, K., O Krüger, J Holmen, A Tverdal, T Claudi, Bjørndal, A., et al. (1999). Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes in an adult norwegian population. *Diabetes Care*, 22(11)

Mirmiran P, e. a. (2009). Fruit and vegetable consumption and risk factors for cardiovascular disease. *Metabolism*, 58(4), 460-468.

NBT. (2011). *Fedme truer folkehelsa*. NRK>Nyheter>Norge: NRK.

Neovius, M., Janson, A., & Rössner, S. (2006). Prevalence of obesity in sweden. *Obesity Reviews*, 7(1), 1-3.

Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.

- Noiesen, E., Larsen, K., & Agner, T. (2004). Compliance in contact allergy with focus on cosmetic labelling: A qualitative research project. *Contact Dermatitis*, 51, 189–195.
- Nordlund, S. (2010). *Forbruk av alkohol i norge før og nå* SIRUS, Statens Institutt for rusmiddelforskning.
- NTNU. (2013). *The HUNT study - a longitudinal population health study in norway*. About NTNU>Faculty of Medicine> The Nord-Trøndelag Health Study: NTNU-Trondheim.
- Nygård, M. (2008). *Sundhedsguiden*
- OECD. (2011). *Health at a glance 2011*. OECDilibrary:
- Pampel, F. C. (2005). Diffusion, cohort change, and social patterns of smoking. *Social Science Research*, 34, 117-139.
- Pampel, F. C. (2012). Does reading keep you thin? leisure activities, cultural tastes, and body weight in comparative perspective. *Sociology of Health and Illness*, 34(3), 396-411.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349-370.
- Pettersen, K. S. (2001). *Nova rapport: Røykeloven og gjester ved brune serveringssteder. konsekvenser, tilpasninger og vurderinger* No. 1). Oslo: Norsk senter for oppvekst og aldring.
- Porter, R. (2003). *Medicinens historie fra oldtid til nutid* Rosinante.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 23
- Praktiske grunde. nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab, tema: Bourdieu og staten*(2010). . www.hexis.dk:
- Prieur, A., & Rosenlund, L. (2010). Danske distinksjoner. In K. Dahl, & J. Ljunggren (Eds.), *Klassebilder. ulikhet og sosial mobilitet i norge* (). Oslo: Universitetsforlaget.
- Prieur, A., & Rosenlund, L. (2010). Danske distinksjoner. In K. o. J. L. Dahl (Ed.), *Klassebilder. ulikhet og sosial mobilitet i norge* (). Oslo: Universitetsforlaget.
- Putnam, R. *Making democracy work. civic traditions in modern italy*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Ramm, J., Otnes, B., & Lunde, E. S. (2009). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen, 2008*. Forsiden > Helse > Helseforhold, levekårsundersøkelsen: Statistisk Sentralbyrå.
- Ramm, J., Otnes, B., & Lunde, E. S. (2013). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen, 2008*. Forsiden > Helse > Helseforhold, levekårsundersøkelsen: SSB.

- Reas, D. L., Nygård, J. F., Svensson, E., Sørensen, T., & Sandanger, I. (2007). Changes in body mass index by age, gender, and socio-economic status among a cohort of norwegian men and women (1990–2001). *BMC Public Health*, 7(269)
- Roos, ., , Lahelma, ., , Saastamoinen, ., & Elstad, . . (2005). the association of employment status and family status with health among women and men in four nordic countries. *Scandinavian journal of public health*, 33(4), 250-260.
- Rose, N. (2007). Det biologiske selv (interview). *Tidsskriftet Turbulens (Temanummer: Liv, Krop Og Teknologi)*, , [6.4.2010].
- Rose, N. (2009). *Livets politik. biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede* Dansk Psykologisk Forlag.
- Rosenlund, L. (1998). Sosiale strukturer og deres metamorfoser. *Sosiologisk Tidsskrift*, 1(2), 45-74.
- Rosenlund, L. (1998). Sosiale strukturer og deres metamorfoser. *Sosiologisk Tidsskrift*, 1(2), 45-74.
- Rosenlund, L., & Prieur, A. (2006). Det sociale rum, livstilenes rum og *la distinction*. In A. Prieur, & C. Sestoft (Eds.), *Pierre bourdieu, en introduktion* (). København: Hans Reitzels forlag.
- Saegert, S., & Evans, G. W. (2003). Poverty, housing niches, and health in the united states. *Journal of Social Issues*, 59(3), 569-590.
- Schultz, L. (2009). De forsømte: Skitse til en socialvidenskabelig analyse om relationerne mellem produktionaf forsømte boligområder, de sociale kampe om det boligsociale integrationsarbejde og den boligsociale integration. (ph.d., Roskilde Universitet). , 114-250.
- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment.. *Journal of Health and and Social Behavior*, 51(1), 1-15.
- Skogen, K., & Krange, O. (2010). Middelklasse-makt? nei takk! et essay om kulturell motstand. In K. Dahl, & J. Ljunggren (Eds.), *Klassebilder. ulikhet og sosial mobilitet i norge* (). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skretting et. al., A. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet.grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. Oslo: SIRUS.
- Skudutyte-Ryvsstad, R., Sandvik, L., Aleksejuiene, J., & Eriksen, H. M. (2009). Dental health and disease determinants among 35-year-olds in oslo, norway. *Acta Odontologica Scandinavica*, 67, 50-56.
- Skydsgaard, M. (2006). *Ole bang og en brydningstid i dansk medicin*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Social- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen*Social- og helsedirektoratet.

- Sørensen, T., Mastekaasa, A., Sandanger, I., Kleiner, R., T., M., O, K., et al. (2002). Contribution of local community integration and personal social network support to mental health. *Nor Epidemiol*, 12, 269-74.
- Statistisk Sentralbyrå. (2013). *Røykevaner 2012*
- Stea, T. H., Øverby, N. C., Klepp, K., & Bere, E. (2012). Changes in beverage consumption in norwegian children from 2001 to 2008. *Public Health Nutrition*, 15(3), 379-385.
- Store norske leksikon. (2013). *Levekårsundersøkelse*. Store norske leksikon:
- Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodwin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. In C. D., & C. D.J. (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp. 1-37)
- Thonstad, M. (2013). Røykevaner, 2012., 5.2.2013.
- Thorsen, L. R., & Normann, T. M. (2011). *Idrett og friluftsliv, levekårsundersøkelsen, 2011*. Forsiden > Kultur og fritid > Idrett og friluftsliv, levekårsundersøkelsen: Statistisk sentralbyrå.
- Tonstad, E., & Tønnesen, C. (2012). Færre røyker - flere unge snuser. *Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, 1*
- Vallgård, S. (2003). *Folkesundhed som politik. danmark og sverige 1930 til i dag*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, S., & Krasnik, A. (1999). *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik. en introduktion*. København: Københavns Universitet, Afdeling for sundhedstjenesteforskning.
- Vrålstad, S., Wiggen, K. S., & Thorsen, L. R. (2012). *Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2011, tema: Friluftsliv, organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk, dokumentasjonsrapport*. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå • Statistics Norway.
- Wacquant, L. (2008). *Urban outcast: A comparative sociology of advanced marginality*. Cambridge: Polity.
- Wilhelmsen, M. (2013). *Reise- og ferieundersøkelsen 2011, dokumentasjonsrapport*. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå • Statistics Norway.
- World Cancer Research Fund (WCRF) Panel. (2007). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: A global perspective*. Washington, DC: World Cancer Research Fund.



www.hioa.no

Stuedsted Pilestredet
Pilestredet 46
0167 Oslo

Stuedsted Kjeller
Kunnskapsveien 55
2007 Kjeller

